

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
MURIELLE ROUILLER

DE LA MALTRAITANCE À LA BIEN-TRAITANCE ENVERS LES PERSONNES
ÂGÉES : ANALYSE THÉMATIQUE DE LA PRATIQUE INFIRMIÈRE EN
ÉTABLISSEMENTS DE SOINS INFIRMIERS

13 SEPTEMBRE 2022

Université du Québec

Maîtrise en sciences infirmières
Programme offert à l'Université du Québec en Outaouais

Ce mémoire intitulé :

De la maltraitance à la bientraitance envers les personnes âgées : analyse
thématique de la pratique infirmière en établissements de soins infirmiers

Présenté par Murielle Rouiller

Évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Isabelle St-Pierre, inf., Ph. D., professeure agrégée
Présidente du jury

Marie-Chantal Leclerc, inf., Ph. D., professeure agrégée
Membre du jury

Louise Bélanger, inf., Ph. D., professeure agrégée
Directrice de mémoire

Pierre Pariseau-Legault, inf., Ph. D., professeur agrégé
Co-directeur de mémoire

Sommaire

En raison du vieillissement de la population, la proportion de personnes âgées nécessitant un transfert dans les établissements de soins infirmiers pour y vivre va augmenter. Or, ces établissements font face à des manques de personnel de façon récurrente, ce qui peut occasionner de la maltraitance dans les soins aux personnes âgées. Les infirmières occupent une place centrale dans la prévention, le dépistage, l'évaluation, la gestion et le signalement de situations de maltraitance. Or, de nombreux facteurs les empêchent de signaler les situations observées aux autorités compétentes. En s'inspirant de la théorie des comportements interpersonnels de Triandis (1980), cette recherche exploratoire vise à identifier les facteurs facilitant la bientraitance et la maltraitance et ses conséquences sur la personne âgée, sa famille et le personnel soignant. Pour se faire, sept entrevues semi-dirigées ont été effectuées auprès d'infirmières ($n = 3$) et infirmières auxiliaires ($n = 4$), au Québec, entre les mois de février et juin 2020. Les données issues de ces entrevues ont fait l'objet d'une analyse thématique. Les résultats de cette analyse suggèrent que les infirmières et les infirmières auxiliaires vivent une surcharge de travail qui impacte leur disponibilité auprès de la personne âgée, sa famille et l'équipe soignante. De plus, la relation entre la famille et le personnel soignant peut avoir un impact à la fois positif et négatif sur la maltraitance. En présence de maltraitance, les infirmières ayant participé à cette recherche n'interviennent pas de manière systématique, et ce, en raison de freins au signalement de situations problématiques, dont la crainte de vivre des représailles de la part de l'équipe soignante. L'ambiance au sein des équipes de travail a un impact direct sur la qualité des soins, car elle peut faciliter la bientraitance ou la

maltraitance. D'autres études seront nécessaires pour comprendre comment favoriser la bientraitance dans un contexte de rationalisation des soins et de manque de personnel.

Mots-clés : bientraitance, maltraitance, personne âgée, établissement en soins infirmiers, infirmière

Table des matières

Sommaire.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures.....	ix
Avant-propos et remerciements.....	x
Introduction.....	12
Problématique.....	15
Maltraitance des personnes âgées vivant en établissements de soins infirmiers.....	19
Pertinence de la recherche, buts et questions de recherche.....	27
Cadre de référence.....	28
Recension des écrits.....	34
Définition des concepts.....	35
La maltraitance des personnes âgées.....	35
La bientraitance des personnes âgées.....	37
Démarche de la recension des écrits.....	39
Facteurs ayant une incidence positive sur les soins prodigués.....	46
Facteurs organisationnels.....	46
Facteurs relationnels.....	46
Facteurs personnels du soignant.....	48
Facteurs ayant une incidence négative sur les soins prodigués.....	49
Facteurs organisationnels.....	49
Facteurs relationnels.....	53
Facteurs personnels du soignant.....	55
Synthèse de la recension des écrits.....	56
Méthodologie et méthodes de recherche.....	57
Devis méthodologique.....	58
Milieu.....	58
Population et échantillon.....	59
Recrutement.....	59
Collecte et analyse des données.....	60
Critères de scientificité.....	62
Aspects éthiques.....	63
Résultats.....	66
Caractéristiques des participants.....	67
Résultats.....	68
La bientraitance des personnes âgées.....	68
Structure et dynamique optimales de l'équipe de soins.....	70
Intégrité de l'équipe soignante.....	70
Climat de travail paisible.....	70
Culture de soins axée sur la personne âgée.....	72

Implication de la famille dans la planification des soins et relation de confiance avec l'équipe soignante.....	72
Disposition de l'équipe soignante au respect de la personne âgée.....	74
Acclimatation des personnes âgées à leur milieu de vie.....	76
Établissement d'une relation de confiance entre la personne âgée et l'équipe soignante.....	76
Amélioration de la santé et de l'autonomie de la personne âgée.....	77
Amélioration du climat de travail.....	78
Valorisation du personnel soignant.....	78
Amélioration des relations interpersonnelles au sein de l'équipe soignante.....	79
La maltraitance des personnes âgées	79
Environnement de travail et de soins non optimal.....	79
Surcharge de travail du personnel soignant.....	79
Dynamique relationnelle compliquée entre les familles et le personnel soignant.....	83
Non-reconnaissance de la maltraitance et peur de la signaler.....	85
Vulnérabilité de la personne âgée vieillissante.....	86
Dépendance et difficultés communicationnelles de la personne âgée.....	86
Manque de sensibilité du personnel soignant à la vulnérabilité de la personne âgée.....	87
Dégradation de la qualité de vie des personnes âgées.....	88
Besoins non comblés de la personne âgée.....	88
Dégradation de la condition physique et psychologique de la personne âgée.....	91
Altération de la relation soignant-soigné.....	92
Instauration d'un climat de méfiance.....	93
Climat de méfiance entre la famille et l'équipe soignante.....	93
Surveillance et suivi de la personne suspectée de maltraitance.....	95
Discussion.....	98
Discussion des résultats.....	99
Charge de travail.....	100
Interactions avec la famille.....	102
Climat au sein de l'équipe soignante.....	105
Freins au signalement de situations de maltraitance.....	107
Implications de cette étude sur les cinq axes de la profession infirmière.....	113
Forces et limites de cette étude.....	115
Conclusion.....	117

Références.....	119
Appendice A.....	132
Appendice B.....	135
Appendice C.....	138
Appendice D.....	143
Appendice E.....	145
Appendice F.....	150
Appendice G.....	152
Appendice H.....	154

Liste des tableaux

Tableau 1	Caractéristiques des entités favorisant la maltraitance aux personnes âgées.....	23
Tableau 2	Indices de maltraitance	24
Tableau 3	Fondement de la bientraitance aux personnes âgées	39
Tableau 4	Synthèse de la recension des écrits	43
Tableau 5	Compétences de l'infirmière en ESI	50
Tableau 6	Caractéristiques des participantes	68
Tableau 7	Thèmes et sous-thèmes des résultats	69
Tableau 8	Terminologie de la maltraitance	133
Tableau 9	Descripteurs, mots-clés et équation de recherche utilisés sur les bases de données	136
Tableau 10	Résumé des articles retenus dans la recension des écrits.....	139

Liste des figures

<i>Figure 1</i>	Schématisation de la TCI	30
<i>Figure 2</i>	Diagramme de flux	41
<i>Figure 3</i>	Facteurs réversibles contribuant à la bientraitance ou à la maltraitance	100

Avant-propos et remerciements

Ce travail représente la continuité de ma volonté d'apprendre, de satisfaire ma curiosité et de comprendre les enjeux de la profession infirmière, et ce, dans le but d'améliorer la qualité des soins fournis. Ayant à cœur le bien-être des personnes âgées, j'ai déménagé en Suisse pour étudier dans une haute école de la santé et travailler ensuite auprès de cette clientèle. Mon expérience professionnelle m'a permis de comprendre que le questionnement des pratiques est complexe et que de nombreux freins aux changements existent. De plus, différents patients m'ont fait cheminer sur l'importance de posséder une identité professionnelle appuyée sur des principes tels que la bienveillance, un leadership positif et une volonté de défendre les intérêts de la personne âgée et de sa famille. Sachant que cette clientèle peut être victime de maltraitance commise par du personnel soignant, il me semblait important de comprendre comment cette réalité persiste dans nos pratiques et de savoir comment y remédier. Pour ce faire, j'ai quitté la Suisse pour le Canada, afin de parfaire ma formation et trouver des solutions à cette problématique.

Je remercie sincèrement madame Louise Bélanger de m'avoir prise sous son aile, depuis la Suisse jusqu'au Québec. Grâce à sa disponibilité, son expérience et sa rigueur professionnelles, elle a réussi à ficeler une idée en un projet. Je remercie notamment, monsieur Pierre Pariseau-Legault pour s'être ajouté à mon projet en cours de route. Grâce à ses connaissances en éthique, son regard critique et réflexif, nous avons réussi à ancrer dans ce projet les enjeux actuels et politiques de la profession infirmière.

Je remercie notamment ma famille d'avoir compris et accepté mon besoin de quitter mes racines pour m'établir ailleurs. Merci à mes grands-parents, Arnold et Herta pour leur soutien indéfectible. À mon conjoint, Stéphane, je le remercie de sa patience, de son écoute et de s'émerveiller à chaque relecture pour les changements apportés. Je lui dis « J'ai réussi ! Prochaine étape le doctorat, ahah ». Finalement je remercie ma fille, Rosalie, de m'avoir donné l'élan nécessaire pour clôturer ce mémoire.

- Merci
- Avec plaisir, voyez-vous, moi aussi j'ai des grands-parents et j'aimerais qu'ils reçoivent les meilleurs soins possibles, donc je ne verrai pas pourquoi, je ne le ferai pas pour vous.

Extrait d'un de mes échanges avec une personne âgée

Introduction

D'ici 2036, les personnes de plus de 65 ans vont représenter 26 % de la population québécoise (Payeur, Azeredo, & Institut de la statistique du Québec, 2014) et les projections indiquent une augmentation du nombre de personnes vivant dans un établissement de soins infirmiers (ESI) (Statistique Canada, 2018a). Or, dans ces établissements, les personnes âgées peuvent vivre de la bienveillance, mais aussi de la maltraitance, de la part du personnel soignant. Dans leur étude, Yon, Ramiro-Gonzalez, Mikton, Huber, et Sethi (2019) rapportent que 64,2% des employés travaillant en institution déclarent avoir commis de la maltraitance envers les personnes âgées. Certains facteurs expliquent pourquoi le personnel soignant commet et tolère la maltraitance (Kamavarapu, Ferriter, Morton, & Völm, 2017), mais ces facteurs ne sont que très rarement mis en relation avec ceux pouvant contribuer à l'émergence et au maintien d'une culture de bienveillance. La théorie des comportements interpersonnels de Triandis (1980) catégorise les facteurs qui ont une influence sur un comportement, ce qui permet d'identifier le schéma de pensée de l'individu et les facteurs externes facilitant ou nuisant à l'adoption d'un comportement. Par exemple, si une personne veut skier et qu'il n'y a pas de neige, elle ne pourra pas exercer cette activité (Godin & Vézina-Im, 2012). Ainsi, dans cette étude, nous souhaitons explorer les facteurs qui favorisent l'adoption d'un comportement bienveillant et malveillant et les conséquences de ces comportements sur la personne âgée, sa famille et le personnel soignant. L'échantillon est constitué d'infirmières et d'infirmières auxiliaires travaillant en ESI.

Ce mémoire est composé de six chapitres. Dans le premier chapitre, le problème de recherche est expliqué et les questions de recherche sont identifiées. Dans le deuxième chapitre, le cadre de référence est présenté et mise en relation avec le domaine des sciences infirmières. La recension des écrits, qui compose le troisième chapitre, comprend la définition des concepts de bientraitance et de maltraitance et une revue de la littérature portant sur le problème de recherche. Le quatrième chapitre, soit la méthodologie et les méthodes de collecte des données, comprend une description de l'approche méthodologique utilisée, de la collecte et de l'analyse des données ainsi que les critères de scientificité et les aspects éthiques. Le cinquième chapitre est composé des résultats de la recherche, qui sont ensuite discutés dans le dernier chapitre, soit la discussion. Les impacts sur la profession infirmière et les forces et limites de cette étude concluent ce mémoire.

Problématique

Ce chapitre permet de comprendre le problème initial, soit l'existence et le maintien de la maltraitance aux personnes âgées dans les établissements de soins infirmiers. Une description du rôle infirmier dans la prévention de la maltraitance est présentée, suivie par la justification de la pertinence de la recherche et des questions de recherche.

En 2016, les personnes de plus de 65 ans représentaient 16,9 % de la population canadienne et 18,3 % de la population québécoise, soit environ 1,5 million de personnes sur une population d'environ 8,2 millions d'habitants au Québec (Statistique Canada, 2018b). D'ici à l'année 2036, il est estimé qu'environ 26 % de la population québécoise sera âgée de plus de 65 ans sur un total estimé à 9,4 millions d'habitants. Des disparités sont toutefois existantes entre les différentes régions administratives du Québec et au sein des municipalités régionales de comtés (MRC). En effet, d'ici 2036, dans sept régions administratives du Québec, la proportion des personnes de plus de 65 ans représenterait plus de 30 % de la population. Plus spécifiquement, dans certaines MRC, les aînés représenteraient plus de 45 % de ses habitants (Payeur et al., 2014). La plus grande partie des personnes âgées canadiennes vit dans un logement privé, alors que seule une minorité de ces personnes sont hébergées dans un logement collectif. En effet, 32% des personnes âgées de plus de 85 ans vivent dans ce type de logement comparativement à 1,4% des personnes âgées de 65 à 69 ans (Statistique Canada, 2018a). Au sein des logements collectifs, une distinction existe entre les résidences pour personnes âgées, qui fournissent des services de soutien personnel ou d'aide à la vie autonome, et les ESI qui fournissent

des services de soins de santé, et ce, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (Statistique Canada, 2017). En Ontario, les ESI sont décrits comme un environnement hautement performant et évolutif, fournissant des soins de qualité et sécurisés, soutenant une qualité de vie, favorisant le confort et respectant l'humanité (Ontario Long Term Care Association, 2018). Au Québec, les ESI sont des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) publics ou privés conventionnés qui visent à offrir du soutien, de l'assistance et de la surveillance à ces personnes (Gouvernement du Québec, 2017a). Dans cette province, entre 2006 et 2031, le nombre de personnes âgées ayant des besoins de soins de longue durée et vivant en CHSLD risque de doubler, voire de tripler selon les régions administratives (Institut national de santé publique du Québec, 2010).

Or, l'augmentation attendue du nombre de personnes âgées en CHSLD soulève différents enjeux, que cela concerne les effets de cette importante transition sur les personnes ou la réorganisation des ressources nécessaires afin d'assurer le maintien de la qualité des soins et des services. En effet, les personnes âgées résidant dans des ESI peuvent vivre des expériences positives, comme la création de nouveaux liens sociaux et une amélioration de leur confort (Cho et al., 2017), de leur qualité de vie, de leur condition physique et morale, ainsi que de leur estime de soi (Bradshaw, Playford, & Riazi, 2012). Néanmoins, elles peuvent se sentir confinées, isolées et avoir une autonomie limitée (Cho et al., 2017). En fait, ces ESI sont des environnements dans lesquels les aînés peuvent vivre de la maltraitance (Kamavarapu et al., 2017 ; Lacher, Wettstein, Senn, Rosemann, & Hasler, 2016 ; Lindbloom, Brandt, Hough, & Meadows, 2007 ; McDonald, 2011 ;

Pelletier & Beaulieu, 2014) et de la bienveillance (Dewar & MacBride, 2017, Hedman, Häggström, Mamhidir, & Pöder, 2019; Kiljunen, Välimäki, Kankkunen, & Partanen, 2017). Par exemple, au Québec, selon Le Protecteur du citoyen (2018)¹, dans un contexte de pénurie de personnel, certains besoins des personnes âgées sont inassouvis tels que les bains hebdomadaires, les soins d'hygiène buccale, le rasage, la coiffure, pour privilégier les soins de base (p.ex., l'administration des médicaments, l'alimentation, certains soins d'hygiène minimaux). Selon le Protecteur du citoyen (2018), cela va à l'encontre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et s'apparente à de la maltraitance selon la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité. Ces situations sont « devenues si fréquentes que des CHSLD [ou ESI] ont élaboré des directives écrites guidant les décisions du personnel de soins quant à la réorganisation des tâches et au report ou à l'annulation de certains soins ou services » (Le Protecteur du citoyen, 2018, p.73). La Cour supérieure du Québec a reçu une demande de recours collectif le 10 juillet 2018 à l'encontre des ESI et concerne les résidents de ces lieux estimant avoir reçu des services contraires à ce qui est attendu dans la LSSSS (Larochelle avocats, 2018). Depuis, la demande de recours collectif a été autorisée (Cour supérieure du Québec, 2019).

¹ Le protecteur du citoyen est une institution indépendante et sans parti-pris, qui veille au respect des droits des citoyens par, entre autres, les ministères et les organismes québécois, les personnes âgées vivant en CHSLD, établissement financé par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) du Québec (Index Santé, 2018).

La bientraitance des personnes âgées est une approche favorisée par le Gouvernement du Québec (2017b) pour lutter contre la maltraitance dans les ESI. Actuellement, de nombreux écrits permettent de comprendre les facteurs contribuant à l'émergence de la maltraitance et ses conséquences, mais peu d'écrits s'intéressent à la bientraitance. De plus, une analyse de la pratique infirmière doit être faite pour comprendre ce qu'est son rôle, ses responsabilités et ses expériences professionnelles en lien avec la maltraitance et la bientraitance.

Maltraitance des personnes âgées vivant en établissement de soins infirmiers

Dans les ESI, la maltraitance peut être présente dans les rapports entre un membre du personnel et une personne âgée, entre deux personnes âgées et entre la famille de la personne âgée et cette dernière (Bédard, Gagnon, & Beaulieu, 2016). Dans ces établissements, les personnes âgées peuvent aussi être maltraitées par plusieurs intervenants différents (Kamavarapu et al., 2017 ; Lacher et al., 2016). De plus, elles sont à risque de vivre de la maltraitance dans différents endroits, tels que dans les aires communes de l'ESI, leur chambre, et ce de jour comme de nuit. Toutefois, c'est principalement lorsqu'elles se retrouvent isolées avec l'intervenant que les actions maltraitantes sont commises (Kamavarapu et al., 2017).

Jusqu'à ce jour, peu d'études permettent d'établir un consensus quant à la prévalence de la maltraitance en institution de santé (Kamavarapu et al., 2017 ; Pelletier & Beaulieu, 2014). Au Danemark, Yon, Ramiro-Gonzalez, Mikton, Huber, et Sethi (2019) ont réalisé

une méta-analyse et une revue systématique des écrits (neuf articles retenus parus entre 1991 et 2012) dans le but de documenter la prévalence de la maltraitance en institution, soit dans des hôpitaux, des maisons de retraite ou des établissements de soins de longue durée. Selon ces résultats, 64,2 % des employés ont déclaré avoir fait de la maltraitance. Les personnes âgées rapportent avoir vécu, durant l'année écoulée, de la maltraitance psychologique (33,4 %), physique (14,1 %), sexuelle (1,9 %), financière (13,8 %) et de la négligence (11,6 %). En comparaison, lorsqu'une personne âgée vit dans la communauté, la prévalence totale calculée de la maltraitance est de 15,7% avec une prédominance pour la maltraitance psychologique (11,6%) et la maltraitance financière (6,8%) (Yon, Mikton, Gassoumis, & Wilber, 2017). Au Canada, selon McDonald (2011), il est impossible de déterminer la prévalence de la maltraitance faite aux personnes âgées en milieu institutionnel. En effet, depuis 1991, aucune étude pancanadienne ne s'y est intéressée. Les constats à l'époque étaient que les connaissances sur ce concept étaient limitées en raison d'une définition imprécise de la maltraitance, d'une quantité limitée d'études s'intéressant à la prévalence et à l'incidence de la maltraitance, de théorie explicative et de lois canadiennes permettant la protection des personnes âgées maltraitées et d'un nombre limité d'interventions basées sur des résultats probants (McDonald, Hornick, Robertson, & Wallace, 1991). Vingt ans plus tard, des chercheurs émettent les constats suivants : les définitions et la perception de la maltraitance faite en ESI, ainsi que les outils de collecte de données utilisées, diffèrent d'une étude à l'autre, ce qui peut, en partie, expliquer les divergences dans la compréhension de l'ampleur de ce phénomène (McDonald et al., 2012) qui serait sous-estimée (Kamavarapu et al., 2017). De plus, il

existe des freins au signalement de situations de maltraitance. Pour la personne âgée, cela peut être le fait qu'elle soit dépendante du maltraitant et qu'elle ait peur de vivre des répercussions possibles si elle le signale (Gouvernement du Québec, 2016 ; Registered Nurses' Association of Ontario, 2014). Le manque de preuves et une tendance à la dédramatisation de la maltraitance sont aussi des éléments défavorisant le signalement de situations de maltraitance (Kamavarapu et al., 2017). Quant aux infirmières, il n'est pas toujours aisé pour elles de reconnaître la maltraitance (Ahmed et al., 2016 ; Almogue, Weiss, Marcus, & Beloosesky, 2010 ; Daly & Coffey, 2010) et de signaler des situations de maltraitance découlant de pratiques problématiques de collègues de travail (Malmedal, Hammervold, & Saveman, 2009) ou en raison de procédures institutionnelles. Par exemple, les culottes d'incontinences peuvent être changées uniquement si un certain niveau d'absorption a été atteint. Sans cela, la personne âgée se voit refuser le changement de culotte d'incontinence (Bédard et al., 2016).

Au Québec, un travail de concertation a été réalisé par différentes parties prenantes, soit le centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, la Ligne Aide Abus Aînés, la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées et le ministère de la Famille, le Secrétariat aux Aînés, le Gouvernement du Québec, afin de préciser le concept de maltraitance aux personnes âgées (Aide Abus Aînés, 2017), qui se définit comme ceci :

Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, intentionnel ou non, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne âgée (Gouvernement du Québec, 2017b, p.15)

La maltraitance se manifeste par de la négligence ou de la violence. La négligence est définie comme étant de « ne pas se soucier de la personne âgée, notamment par une absence d'action appropriée afin de répondre à ses besoins » (Gouvernement du Québec, 2017b, p.16) et la violence comme étant de « malmener une personne âgée ou la faire agir contre sa volonté, en employant la force et/ou l'intimidation » (Gouvernement du Québec, 2017b, p.16). La maltraitance peut être physique, psychique, sexuelle, matérielle ou financière, organisationnelle, une violation des droits et de l'âgisme (Gouvernement du Québec, 2017b). Dans l'Appendice A, les différentes définitions de ces sept types de maltraitance sont présentées ainsi que leurs manifestations. De plus, toutes ces manifestations de maltraitance se retrouvent en ESI (Kamavarapu et al., 2017 ; Lindbloom et al., 2007 ; McDonald, 2011). Cependant c'est la maltraitance psychologique et physique qui sont les plus récurrentes (Blumenfeld Arens, Fierz, & Zúñiga, 2017 ; Cohen, Halevy-Levin, Gagin, Priltuzky, & Friedman, 2010) et peuvent être réalisées simultanément (Frazão, Correia, Norton, & Magalhães, 2015). Pour comprendre la maltraitance en ESI, il est utile de connaître les différents facteurs contribuant à son apparition, qui sont présentés dans le Tableau 1. Ils sont liés aux caractéristiques de l'ESI, de l'équipe soignante, des intervenants et de la personne âgée, ainsi qu'à la relation soignant-soignée. Les différents indices qu'une personne âgée est maltraitée sont exposés dans le Tableau 2. Outre les conséquences de la maltraitance sur la personne âgée, le système de santé et le

Tableau 1

Caractéristiques des entités favorisant la maltraitance aux personnes âgées

Entités ayant une incidence sur la maltraitance	Caractéristiques favorisant la maltraitance
ESI	<ul style="list-style-type: none"> - Âgisme (Band-Winterstein, 2015) - Restrictions budgétaires ; politique institutionnelle déficiente dans la gestion et le traitement de la maltraitance (Kamavarapu et al., 2017) - Gestion des problèmes selon une perspective linéaire (Burns, Hyde, & Killett, 2013)
Équipe soignante	<ul style="list-style-type: none"> - Surcharge de travail (Blumenfeld Arens et al., 2017) - Manque de personnel, culture de soins déficiente (Wangmo et al., 2017) - Supervision selon une perspective bureaucratique (Band-Winterstein, 2015) - Manque de soutien (Figueredo Borda & Yarnoz, 2015) et présence de conflits (Malmedal, Hammervold, & Saveman, 2014) au sein de l'équipe soignante
Intervenant	<ul style="list-style-type: none"> - Travailler en première ligne (Wangmo et al., 2017) ; - Manque de connaissance et de sensibilisation : dépistage et signalement de situations de maltraitance, des troubles du comportement de la personne âgée (Kamavarapu et al., 2017), du cadre légal (Hirst et al., 2016) ; - Vision négative de la personne âgée (Band-Winterstein, 2015) - Insatisfaction professionnelle (Kamavarapu et al., 2017) ; - Être épuisé, stressé, consommer des substances, venir travailler en étant malade, avoir des antécédents de maltraitance aux personnes âgées (Kamavarapu et al., 2017).
Personne âgée	<ul style="list-style-type: none"> - Être une femme (Kamavarapu et al., 2017) ; - Avoir des troubles cognitifs et comportementaux, notamment des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence ; être dépendant d'autrui pour répondre à ses besoins (Kamavarapu et al., 2017) ; - Ne pas recevoir de visite ; être incapable de se défendre ou de parler (Wangmo et al., 2017).
Relation soignant-soignée	<ul style="list-style-type: none"> - Relation conflictuelle (Kamavarapu et al., 2017) ou agressive (Wangmo et al., 2017).

Tableau 2

Indices de maltraitance

Maltraitance	Indices
Psychologique	Peur, anxiété, dépression, repli sur soi, hésitation à parler ouvertement, méfiance, interaction craintive avec une ou plusieurs personnes, idées suicidaires, déclin rapide des capacités cognitives, suicide.
Physique	Ecchymoses, blessures, perte de poids, détérioration de l'état de santé, manque d'hygiène, attente indue pour le changement de culotte d'aisance, affections cutanées, insalubrité de l'environnement de vie, atrophie, contention, mort précoce ou suspecte.
Sexuelle	Infections, plaies génitales, angoisse au moment des examens ou des soins, méfiance, repli sur soi, dépression, désinhibition sexuelle, discours subitement très sexualisé, déni de la vie sexuelle des personnes âgées.
Matérielle financière	ou Transactions bancaires inhabituelles, disparition d'objets de valeur, manque d'argent pour les dépenses courantes, accès limité à l'information sur la gestion des biens de la personne.
Âgisme	Non-reconnaissance des droits, des compétences ou des connaissances, utilisation d'expressions réductrices ou infantilisantes.
Organisationnelle (soins et services)	Réduction de la personne à un numéro, prestation de soins ou de services selon des horaires plus ou moins rigides, attente indue avant que la personne reçoive un service, détérioration de l'état de santé (plaies, dépression, anxiété, etc.), plaintes.
Violation des droits	Entrave à la participation de la personne âgée dans les choix et les décisions qui la concernent, non-respect des décisions prises par la personne âgée, réponses données par un proche à des questions qui s'adressent à la personne âgée, restriction des visites ou d'accès à l'information, isolement, plaintes.

Source : Gouvernement du Québec. (2017b). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées : 2017-2022*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/plan-action-maltraitance-2017-2022.pdf>

maltraitant sont aussi touchés par ce phénomène. . Dans leur étude qualitative exploratoire effectuée auprès de 23 infirmières suisses, Wangmo, Nordström et Kressig (2017)

rapportent que l'intervenant à l'origine de l'acte de maltraitance peut être congédié ou mis en probation et Jackson (2016) complète en expliquant que cette personne peut vivre de la culpabilité. De plus, la maltraitance engendre des coûts financiers pour le système de la santé lié aux hospitalisations et aux soins de santé offerts à la victime, mais aussi dû à la perte de productivité de l'employé maltraitant (Registered Nurses' Association of Ontario, 2014).

Les infirmières occupent une place stratégique pour prévenir la maltraitance aux personnes âgées, la repérer et intervenir dans de telles situations (Miller, 2004 ; Nakamura, Schwab, Laouadi, Robellaz, & Garcia Manjon, 2015). Au Québec, les infirmières se doivent d'assurer des soins sécuritaires et de qualité (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2013) et ont une obligation de signaler tout acte de maltraitance faite aux personnes âgées (Létourneau, 2017). Cela s'explique en raison de leurs responsabilités professionnelles et de l'adoption, en 2017, de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (Gouvernement du Québec, 2021a). Or, dans une étude phénoménologique réalisée en Israël, les chercheurs expliquent que l'expérience des infirmières au sujet de la maltraitance est subjective. Leurs valeurs personnelles et professionnelles ont un impact sur leur perception et leur implication dans la maltraitance. Tandis que certaines éprouvent de la pitié pour la personne âgée et de la honte pour l'intervenant à l'origine de la maltraitance, d'autres essaient de trouver le coupable idéal à la situation, allant jusqu'à mettre la faute sur la personne âgée (Band-Winterstein, 2012). De plus, les infirmières

manquent de confiance pour reconnaître toutes les formes de maltraitance. Par exemple, 75% ($n = 86$) des participantes estiment que de forcer une personne à prendre son bain deux fois par semaine est de la maltraitance physique alors que de forcer une personne âgée à assister à des activités est considéré comme de la maltraitance psychologique par 54% ($n = 61$) des participantes (Daly & Coffey, 2010). Dans une étude réalisée en Italie, la négligence est identifiée par 25% ($n = 18$) des infirmières et par 20% ($n = 39$) des étudiantes en sciences infirmières (Pelotti et al., 2013). En outre, travailler dans un ESI qui ne permet pas aux professionnels de la santé de respecter ses idéaux de soins peut la mener à la dépression, au stress, à l'absentéisme, à la démission, à l'anxiété ainsi qu'à de l'agressivité entre les personnes âgées et elle-même (Pickering, Nurenberg, & Schiamberg, 2017).

Au Québec, dans les prochaines années, le nombre de personnes âgées vulnérables vivant en ESI, où elles peuvent vivre de la maltraitance, va croître. Sachant qu'il existe des freins au signalement de situations de maltraitance, qu'elles ont des causes variées et que leurs impacts sont multiples, il est primordial que l'infirmière intervienne pour prévenir la maltraitance, favoriser la bientraitance, tout en pouvant respecter le cadre légal entourant sa pratique. De plus, il semblerait qu'aucun écrit scientifique ne s'est intéressé récemment à ces sujets de recherche.

Pertinence de la recherche, buts et questions de recherche

Dans le contexte actuel du Québec, il est nécessaire de développer des connaissances quant à l'expérience des infirmières travaillant en ESI en regard de la maltraitance aux personnes âgées, mais aussi en regard de la bientraitance, un concept émergent utilisé dans la prévention de la maltraitance. En effet, la bientraitance est une approche positive qui promeut des comportements et des attitudes positifs en veillant à respecter les souhaits et les préférences des personnes âgées. Six conditions existent pour favoriser la bientraitance soit : placer la personne au centre des actions, favoriser son autodétermination et son *empowerment*, respecter sa personne et sa dignité, favoriser son inclusion et sa participation sociale, offrir un soutien concerté et déployer des actions et des interventions alliant compétence et jugement (Gouvernement du Québec, 2017b).

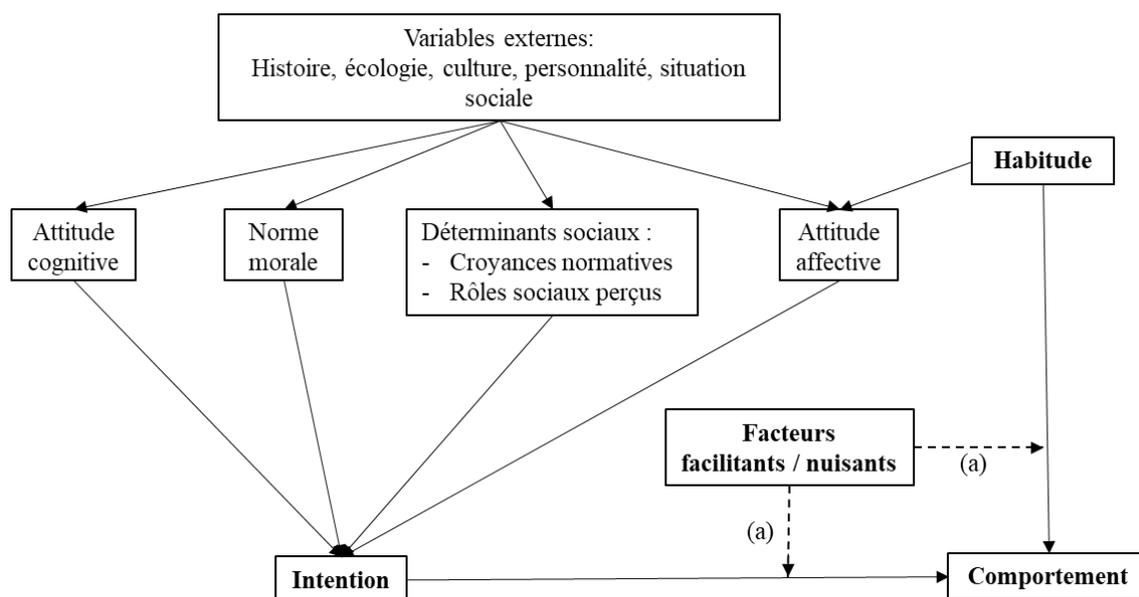
Ainsi, le but de l'étude, s'inspirant de la théorie des comportements interpersonnels, sera de comprendre les expériences des infirmières et des infirmières auxiliaires, travaillant en ESI, en regard de la bientraitance et de la maltraitance pour identifier les facteurs facilitants ces situations et les conséquences associées. Plus précisément, l'étude permettra de répondre aux questions suivantes :

1. Quels sont les facteurs influençant le comportement des infirmières et des infirmières auxiliaires en regard de la bientraitance et de la maltraitance ?
2. Quelles sont les conséquences du comportement bientraitant ou maltraitant sur les infirmières et les infirmières auxiliaires, la personne âgée et sa famille, l'équipe soignante et l'ESI ?

Cadre de référence

Dans ce chapitre, le cadre de référence est présenté, expliqué, mis en relation avec le domaine des sciences infirmières et sa pertinence pour l'étude justifiée.

Dans cette étude, le cadre de référence choisi est la théorie des comportements interpersonnels de Triandis (1980). Harry C. Triandis, né en 1926 en Grèce, a migré au Canada vers l'âge de vingt ans. Il a obtenu son doctorat en psychologie sociale en 1958. Il a été un pionnier dans les recherches s'intéressant à la psychologie interculturelle, notamment en ce qui concerne les valeurs, attitudes, normes et rôles culturels (Federation of Associations in Behavioral & Brain Sciences, 2019). La théorie des comportements interpersonnels, ou TCI, fait partie des théories de prédication, car elle permet de prédire l'adoption d'un comportement. Godin, Bélanger-Gravel, Eccles, et Grimshaw (2008), dans leur revue systématique, rapportent que la TCI prédit mieux l'intention d'un professionnel de la santé d'adopter un comportement que les autres théories de prédication comme la théorie de l'action raisonnée et du comportement planifié car elle comporte, notamment, de plus nombreux déterminants influençant l'intention d'adopter un comportement. De plus, selon Godin et Vézina-Im (2012) comparativement à la théorie des comportements planifiés, la TCI met l'emphase sur l'habitude de réaliser un comportement comme un indicateur important de l'adoption du comportement. La schématisation de la TCI est présentée dans la Figure 1.



(a) Effet modérateur sur les relations intention - comportement et habitude - comportement

Figure 1. Schématisation de la TCI.

Source : Godin, G., & Vézina-Im, L.-A. (2012). Les théories de prédiction. Dans G. Godin (Éd.), *Les comportements dans le domaine de la santé : comprendre pour mieux intervenir* (pp. 13-40). Montréal, QC : Les presses de l'Université de Montréal.

Dans la TCI, l'adoption d'un comportement résulte de trois facteurs soit « la force de l'habitude pour un comportement donné, l'intention d'adopter le comportement et la présence de conditions qui facilitent ou qui nuisent à son adoption » (Godin & Vézina-Im, 2012, p. 28). L'habitude est déterminée par l'expérience acquise par la personne à la suite de la répétition de ce comportement et par ses habiletés à le réaliser (Godin & Vézina-Im, 2012). Les écrits actuels ne permettent pas d'indiquer si l'habitude d'adopter un comportement, notamment en raison de la culture de soins, de l'expérience et des compétences professionnelles, a déjà été étudiée dans des études portant sur la maltraitance ou la bientraitance aux personnes âgées. Lorsque la personne n'a pas

l'habitude de réaliser un comportement, c'est son intention de l'adopter qui va être un facteur déterminant. L'intention est composée de quatre déterminants principaux, soit :

- Attitude cognitive : correspond à une analyse personnelle des avantages et des inconvénients à l'adoption d'un comportement ;
- Norme morale : consiste à une évaluation personnelle de l'adoption d'un comportement qui doit correspondre aux valeurs et aux principes de la personne ;
- Déterminants sociaux : comprend deux sous-facteurs soit les croyances normatives et les rôles sociaux perçus. Les croyances normatives font référence à une analyse personnelle de l'opinion des personnes importantes pour celui qui va adopter le comportement tandis que les rôles sociaux perçus concernent la pertinence d'adopter un comportement à l'intérieur d'un groupe qui occupe une position sociale similaire à la personne ;
- Attitude affective : représente un sentiment qui peut être positif ou négatif à l'idée d'adopter le comportement (Godin & Vézina-Im, 2012 ; Triandis, 1980).

Dans les écrits concernant la maltraitance et la bientraitance aux personnes âgées, certains facteurs ont été documentés sauf l'attitude cognitive et les croyances normatives. Pour la norme morale, dans l'étude de Nordström et Wangmo (2018), qui s'est intéressée à comprendre l'expérience des infirmières en regard de la maltraitance, les résultats indiquent que ces professionnels souhaitent assurer le bien-être des personnes âgées et être un professionnel de la santé tolérant et empathique. Pour les rôles sociaux perçus,

Malmedal, Hammervold, et Saveman (2009) indiquent qu'il est parfois difficile pour certains intervenants travaillant en ESI de signaler des négligences faites par des collègues. Finalement, concernant l'attitude affective, Band-Winterstein (2012), dans son étude qualitative, a souhaité comprendre la signification de la maltraitance aux personnes âgées du point de vue des infirmières. Les résultats de l'étude ont pu mettre en valeur que certaines infirmières pouvaient ressentir de la honte pour le professionnel maltraitant ou souhaiter le protéger.

Pour prédire si un comportement va être adopté ou non, il est important de prendre en compte la présence de conditions facilitant ou nuisant à son adoption. Dans certains cas, l'adoption d'un comportement sera extrêmement difficile, voire impossible (Godin & Vézina-Im, 2012). Nordström et Wangmo (2018) expliquent que l'environnement de travail des infirmières, soit un ESI, les empêche d'assurer le bien-être des personnes âgées et d'agir de manière tolérante et empathique. Pour ces chercheurs, l'occurrence de la maltraitance aux personnes âgées est le résultat d'un manque de pouvoir de l'infirmière dans son environnement et peut être reliée à différents facteurs tels qu'un manque de formation, d'expérience ou une surcharge de travail.

La TCI a été couramment utilisée pour comprendre les comportements de santé d'une population, mais elle est plus rarement employée pour étudier les pratiques des professionnels de la santé. Elle a déjà toutefois été intégrée dans l'étude de Kingston, Evans, Smith, et Berry (2004) pour présenter les résultats. Le but de leur étude qualitative

exploratoire était d'identifier les attitudes du personnel médical et infirmier dans le report des accidents/incidents. De plus, dans l'étude corrélationnelle descriptive de Johansen, Stenvig, et Wey (2012), la TCI a été utilisée auprès d'infirmières pour examiner pourquoi certaines d'entre elles se font vacciner contre l'influenza et d'autres non.

Dans la présente étude exploratoire, la TCI sera utilisée pour modéliser le processus de bienveillance et de maltraitance aux personnes âgées sans nécessairement établir de causalité ou de prédiction entre les différents déterminants à l'adoption d'un comportement. En effet, peu d'études ont utilisé cette base théorique pour documenter les facteurs qui influencent le comportement et les pratiques des professionnels de la santé à l'égard de la bienveillance et de la maltraitance. Néanmoins, certains concepts centraux comme l'intention d'adopter un comportement, les conditions facilitant ou nuisant à l'adoption du comportement sont pertinents pour mieux comprendre et documenter le phénomène à l'étude. Ainsi, la TCI semble appropriée pour atteindre le but et répondre aux questions de recherche de la présente étude. Précisément, elle servira de guide, notamment pour catégoriser la recension des écrits, rédiger les questions d'entrevues et analyser les données collectées.

Recension des écrits

La recension des écrits est divisée en trois sections. Premièrement, les concepts de maltraitance et de bientraitance seront exposés. La démarche de la recension des écrits effectuée sur les bases de données sera expliquée. Finalement, les résultats de la recension des écrits seront présentés.

Définition des concepts

La maltraitance des personnes âgées

Les premiers écrits s'intéressant à la maltraitance aux personnes âgées datent des années 1970 (Stannard, 1973). Ce n'est que dans les années 2000 que la maltraitance aux personnes âgées est reconnue comme étant un problème social et de santé publique, époque durant laquelle l'OMS a défini ce concept (OMS, 2002). Au Québec, les premières études s'intéressant à ce concept datent des années 1980, mais il faudra attendre une dizaine d'années pour l'émission des premières recommandations relatives à l'implantation de directives gouvernementales (Beaulieu, Leboeuf, Pelletier, & Cadieux Genesse, 2018). En 2010, le gouvernement du Québec élabore et met en œuvre le premier plan d'action gouvernemental (PAG) d'une durée de cinq ans pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (Gouvernement du Québec, 2010). Après une prolongation de deux ans du premier PAG, un deuxième PAG, d'une durée de cinq ans a été élaboré et mis en œuvre en 2017. Dans ce PAG, le gouvernement souhaite, entre autres, développer des connaissances sur la bientraitance, sur les facteurs protecteurs de la maltraitance, sur sa prévalence qui est encore difficile à documenter, en plus d'améliorer la sensibilisation

et la formation des acteurs confrontés à la maltraitance et de faciliter la divulgation et le signalement de la maltraitance aux personnes âgées (Gouvernement du Québec, 2017b). C'est aussi en 2017 que la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité est adoptée par le Gouvernement du Québec (Gouvernement du Québec, 2021a).

L'OMS (2019) définit la maltraitance aux personnes âgées comme étant « un acte unique ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, et qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est la victime » (p. s.p.). Au Québec, le premier PAG définit la maltraitance aux personnes âgées selon la définition de l'OMS (Gouvernement du Québec, 2010). À la suite du déploiement de ce PAG, une augmentation des connaissances sur la maltraitance aux personnes âgées a permis de préciser la terminologie de ce concept. En effet, grâce à un partenariat avec diverses parties prenantes, issues de la pratique, de la recherche et de l'administration publique, le gouvernement du Québec a réalisé une clarification conceptuelle de la maltraitance aux personnes âgées. Ce concept devait représenter les différentes spécificités observées par les parties prenantes (Gouvernement du Québec, 2017b). La maltraitance aux personnes âgées est actuellement définie au Québec comme étant un « geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, intentionnel ou non, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne aînée » (Gouvernement du Québec, 2017b, p.15). C'est cette définition qui a été retenue dans la présente étude.

La bientraitance envers les personnes âgées

Dans les années 1990, le concept de bientraitance est apparu en France dans un comité de pilotage ministériel visant l'humanisation de l'accueil de très jeunes enfants maltraités. L'enjeu était tant sociétal qu'humanitaire, car ce projet visait à favoriser le développement de l'enfant dans un environnement sécuritaire (Comité de pilotage de l'opération pouponnières, 1997). En France, en 2007, le concept de bientraitance est introduit dans les soins aux personnes âgées (Gaudier, 2014). L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ou ANESM (2008) a alors émis un guide de recommandations quant aux bonnes pratiques professionnelles en ESI. Selon eux, la bientraitance prend racine dans l'éthique et inclut différentes notions et concepts complémentaires tels que la bienfaisance, la bienveillance, la communication, la sollicitude, le *care* et la réflexion. La bientraitance ne peut être définie de manière définitive. C'est une culture qui inspire les actions individuelles et les diverses relations au sein d'un service ou d'un établissement et visant à promouvoir le bien-être de la personne âgée (ANESM, 2008). Les acteurs de la bientraitance en ESI sont les intervenants, l'institution, les gestionnaires, le résident, ainsi que ces proches. Les gestionnaires, l'institution, les intervenants agissent de manière bientraitante envers le résident. Ce dernier et ses proches favorisent la bientraitance en s'impliquant dans leurs soins. Grâce à leurs interactions favorables, l'ensemble de ces personnes facilite la bientraitance (Haute autorité de santé, 2012).

La bientraitance est un concept contextuel et non figé dans le temps, car elle est définie selon la conception de la société dans laquelle elle s'inscrit et à un moment donné du temps (ANESM, 2008). C'est pourquoi la définition du Gouvernement du Québec (2017b) est privilégiée dans cette étude.

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. 38).

Cette définition s'applique à tous les contextes, à tous les milieux de vie et vise toutes les personnes âgées, qu'elles soient en situation de vulnérabilité ou non (Gouvernement du Québec, 2017b). Or, selon l'ANESM (2008), les professionnels bientraitants doivent être eux-mêmes soutenus, reconnus et accompagnés dans leurs pratiques de la bientraitance. Dans le Tableau 3, les fondements de la bientraitance sont présentés, selon sa définition québécoise (Gouvernement du Québec, 2017b) et française (ANESM, 2008). La bientraitance, qui est une culture de soins, n'est pas le contraire de la maltraitance, qui est un acte ou l'absence d'action appropriée, et ne se réduit pas à son absence (ANESM, 2008 ; Gouvernement du Québec, 2017b). La bientraitance peut prévenir la maltraitance en faisant la promotion d'attitudes et de comportements positifs et respectueux des souhaits et des préférences de la personne âgée. Néanmoins, selon le Gouvernement du Québec (2017b), dans certains contextes ou particularités propres à un milieu ou à un individu, certaines mesures bientraitantes ne peuvent pas être mises en place.

Tableau 3

Fondement de la bientraitance aux personnes âgées

ANESM (2008)	Gouvernement du Québec (2017b)
Culture de respect de la personne âgée et de son histoire, de sa dignité, et de sa singularité	Placer la personne âgée au centre des actions : fournir des soins et des services qui respectent et répondent aux préférences de la personne et à ses besoins spécifiques
Posture professionnelle de bientraitance : manière d'être, d'agir, de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus	Favoriser l'autodétermination et l' <i>empowerment</i> afin que la personne âgée puisse faire des choix et agir
Être capable de s'adapter au lieu, au rythme et aux modalités exprimés par la personne âgée ou ses proches	Respecter la personne et sa dignité
Culture de questionnement permanent : réflexion collective sur les pratiques actuelles et mise en acte rigoureux des mesures choisies pour améliorer la pratique	Favoriser l'inclusion et la participation sociales pour apporter du bien-être à la personne âgée
Démarche continue d'adaptation à une situation donnée qui implique les résidents et leurs proches, les intervenants, les parties prenantes dans le but de réfléchir et de collaborer ensemble de manière continue à la recherche de la meilleure réponse possible à un besoin identifié à un moment donné	Intervenir auprès de la personne âgée avec <u>savoir-faire et savoir-être</u> Échange de savoirs entre les intervenants, les proches afin que les soins et les services à la personne âgée se fassent dans le respect de sa singularité

Démarche de la recension des écrits

La recherche documentaire dans les bases de données CINHALL, MEDLINE, Cochrane, Scopus, PsycARTICLE et Proquest Dissertation a été effectuée durant le mois de janvier 2019 et a permis la recension des articles parus durant les dix dernières années, soit de 2008 à 2019. Cet intervalle de temps a été choisi afin de recenser les articles les

plus récents et d'avoir un aperçu de l'évolution de la recherche sur le sujet à l'étude durant la dernière décennie. Les études retenues ont été révisées par les pairs, rédigées en anglais et en français, et sont des études qualitatives, quantitatives, des revues de la littérature, des revues systématiques et des méta-analyses. Une mise à jour a été effectuée en février 2022. Les équations de recherche ainsi que les termes utilisés, issus des descripteurs spécifiques aux bases de données ou de mots-clés, sont présentés dans l'Appendice B. Une bibliothécaire a été consultée afin de s'assurer de l'adéquation des équations de recherche. La Figure 2 présente le diagramme de flux, soit la méthode qui a permis de passer de 1454 articles identifiés, entre 2008 et 2022, à douze articles retenus.

La méthode *PICO*, adaptée de la méthode PICO pour la recherche quantitative, a été utilisée. Il s'agit d'une stratégie facilitant l'exploration des bases de données selon trois modalités. Le « *P* » fait référence à la population de l'étude, soit les infirmières et les professionnels de la santé, le « *I* » au phénomène d'intérêt, soit la maltraitance et la bientraitance aux personnes âgées et le « *Co* » au contexte, soit l'ESI (Library - Curtin University, 2019). Les articles ont été retenus s'ils s'intéressaient à la maltraitance ou à la bientraitance aux personnes âgées et si la recherche avait lieu dans un ESI et si l'échantillon était constitué d'infirmières, d'infirmière auxiliaire ou de tous autres soignants et ce, en raison d'un manque d'études portant uniquement sur les infirmières. Il n'y a pas eu de critères d'exclusion. La lecture approfondie des études a été réalisée en se référant à la théorie des comportements interpersonnels de Triandis en 1980 et traduite

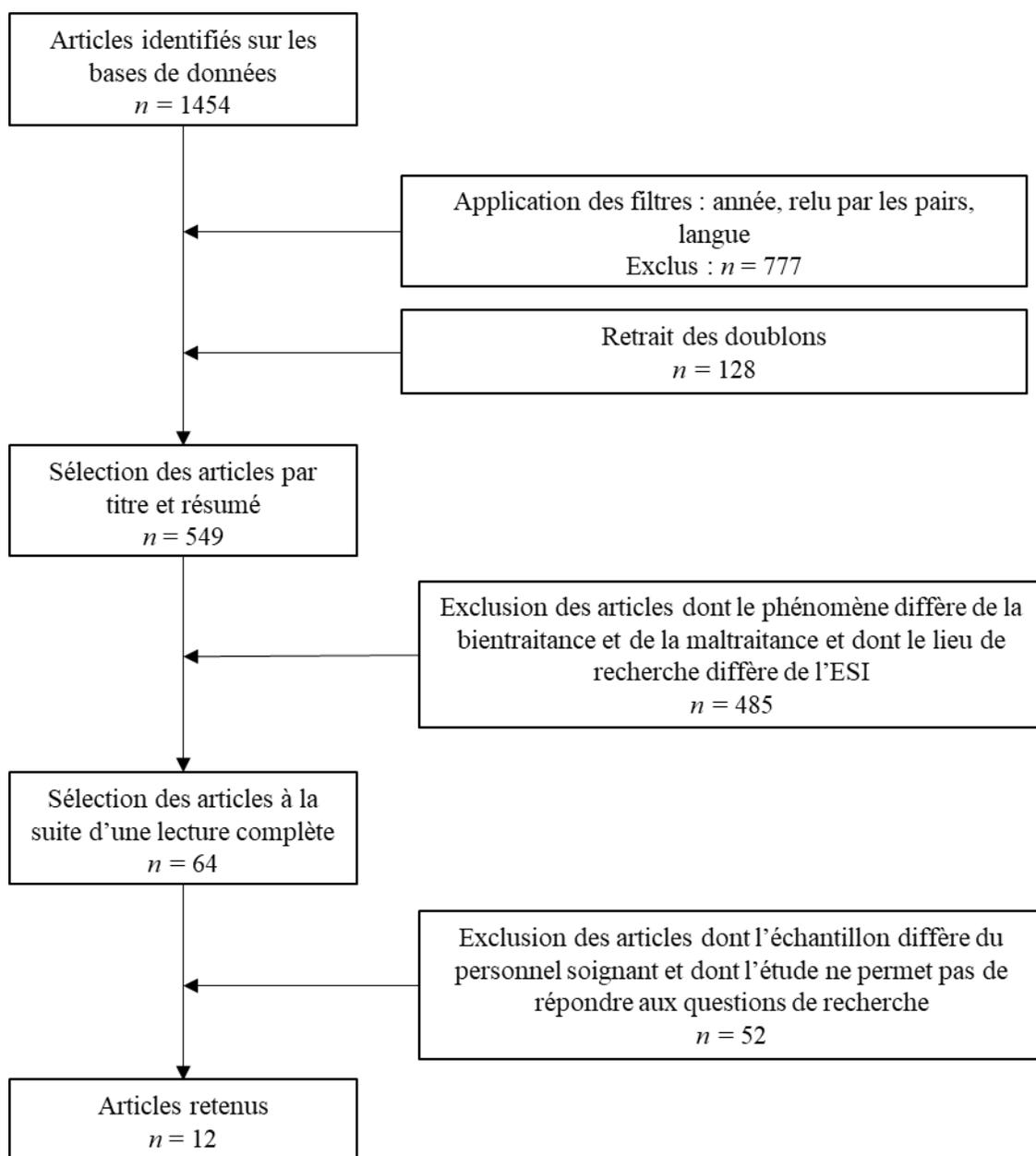


Figure 2. Diagramme de flux.

par Godin et Vézina-Im (2012). Les articles sélectionnés ont permis de recenser les conditions pouvant faciliter ou nuire à l'adoption d'un comportement bienveillant ou favorisant la prévention, l'évaluation, le signalement, la gestion, le dépistage de la

maltraitance des personnes âgées commise dans un ESI, chez les intervenants. Dans l'Appendice C sont résumés les articles retenus. La qualité des études a été évaluée par différents outils : les revues systématiques et méta-analyses par le *PRISMA statement* (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009), les articles scientifiques, avec devis qualitatif, quantitatif ou mixte, par le *Mixed Methods Appraisal Tool* (Pace et al., 2012 ; Pluye et al., 2011) et les revues des écrits et les études corrélationnelles par l'outil d'évaluation proposé par Polit et Beck (2017). Pour chaque article retenu, une fiche de lecture a été remplie. Les résultats de la recension des écrits sont présentés sous forme de deux sections, soit les facteurs ayant une incidence positive ou négative sur les soins prodigués. Ces termes ont été choisis pour faciliter la lecture de ce chapitre à la place de bienveillance et de maltraitance. En effet, les articles retenus possèdent des définitions différentes de ces deux concepts si l'on se réfère aux définitions choisies dans la présente étude. Par exemple, certaines études font une différence entre la négligence et la maltraitance alors que dans l'étude que nous avons menée, la négligence est considérée comme une forme de maltraitance. Les sous-sections sont similaires dans les deux sections et sont divisées selon que les facteurs sont organisationnels, relationnels ou personnels. Le Tableau 4 présente la synthèse des résultats de la recension des écrits. Les articles recensés n'ont pas permis la création d'une section traitant de l'habitude et de l'intention d'adopter un comportement bienveillant ou maltraitant en raison d'un manque de données.

Tableau 4

Synthèse de la recension des écrits

Conditions qui nuisent à des soins de qualité	Facteurs organisationnels	Conditions qui facilitent des soins de qualité
<ul style="list-style-type: none"> - Manque de ressources humaines, financières et matérielles (Preshaw, Brazil, McLaughlin, & Frolic, 2016) - Âgisme (Band-Winterstein, 2015 ; Preshaw et al., 2016) - Règles institutionnelles (Cooper et al., 2013) - Surcharge de travail (Nordström & Wangmo, 2018 ; Pickering et al., 2017 ; Shinan-Altman & Cohen, 2009) 	ESI	<ul style="list-style-type: none"> - Ressources adaptées aux besoins des personnes âgées, valeurs humanistes, valorisation de l'image de la profession infirmière (Band-Winterstein, 2015)
<ul style="list-style-type: none"> - Harcèlement, sentiment de peur, gestion insatisfaisante des incidents critiques (Pickering et al., 2017) - Supervision bureaucratique (Band-Winterstein, 2015 ; Cooper et al., 2013) - Manque de soutien de la part du gestionnaire (Botngård, Eide, Mosqueda, Blekken, & Malmedal, 2021), de pouvoir (Nordström & Wangmo, 2018), d'échange (Cooper et al., 2013 ; Hov, Hedelin, & Athlin, 2013) - Ambiguïté du rôle et conflit de rôle (Shinan-Altman & Cohen, 2009) 	Équipe soignante	<ul style="list-style-type: none"> - Communication ouverte, acceptation des erreurs et des lacunes, sentiment d'appartenance (Nordström & Wangmo, 2018) - Relation de qualité avec son gestionnaire et ses collègues de travail (Andela, Truchot, & Huguenotte, 2021)

Tableau 4

Synthèse de la recension des écrits (suite)

Conditions qui nuisent à des soins de qualité		Conditions qui facilitent des soins de qualité
	Facteurs relationnels	
- Collaboration difficile entre les intervenants (Hov et al., 2013)	Personnel soignant	- Vision commune entre les intervenants (Band-Winterstein, 2015)
- Questionne constamment les soins (Nordström & Wangmo, 2018)	Famille	- Utilisation de la conversation bienveillante (Dewar & MacBride, 2017) et développement d'une relation de confiance avec la famille et la personne âgée (Hedman et al., 2019)
- Menace le personnel soignant (Preshaw et al., 2016)		- Implication des familles (Hedman et al., 2019)
- Difficile de parler de sujet sensible et tabou (Hov et al., 2013)	Personne âgée	- Connaître la personne âgée (Cooper et al., 2013 ; Nordström & Wangmo, 2018 ; Preshaw et al., 2016)
- Raciste et agressif (Cooper et al., 2013)		
- Conflit avec la personne âgée (Botngård et al., 2021)		
- Demande du temps (Nordström & Wangmo, 2018)		

Tableau 4

Synthèse de la recension des écrits (suite)

Conditions qui nuisent à des soins de qualité		Conditions qui facilitent des soins de qualité
	Facteurs personnels	
<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas exercer son rôle d'advocacy (Hov et al., 2013 ; Nordström & Wangmo, 2018 ; Preshaw et al., 2016) - Précarité d'emploi (Cooper et al., 2013) et financière (Cooper et al., 2013 ; Shinan-Altman & Cohen, 2009) - Épuisement professionnel (Andela et al., 2021 ; Shinan-Altman & Cohen, 2009) - Manque de connaissances de leurs responsabilités professionnelles et des meilleures pratiques (Preshaw et al., 2016) - Avoir une pauvre attitude envers les personnes âgées atteintes de démences (Botngård et al., 2021) 	Personnel soignant	<ul style="list-style-type: none"> - Vouloir être un soignant (Cooper et al., 2013) - Avoir conscience de la fragilité de la personne âgée (Hedman et al., 2019) - Compétences de pratique avancée (Kiljunen, et al, 2017)

Facteurs ayant une incidence positive sur les soins prodigués

Facteurs organisationnels

Selon Band-Winterstein (2015), dans une étude qualitative avec devis phénoménologique s'intéressant à l'âgisme au sein des ESI, des soins appropriés aux besoins des résidents peuvent être prodigués si les ressources organisationnelles permettent de répondre à la demande, si le personnel est formé, encouragé et en mesure d'intégrer des valeurs humanistes et s'il y a une promotion positive de la profession infirmière. Cooper, Dow, Hay, Livingston, et Livingston (2013) et Nordström et Wangmo (2018) complètent en expliquant que l'atmosphère de travail au sein de l'équipe soignante doit être caractérisée par une communication ouverte, par l'acceptation des erreurs et des lacunes, par un sentiment d'appartenance et par l'assurance e pouvoir demander de l'aide sans craindre la réprobation. En effet, le fait d'être ouvert et d'avoir une bonne communication verbale favorise la confiance au sein de l'équipe soignante (Hedman et al., 2019).

Facteurs relationnels

Pour que les soins répondent adéquatement aux besoins et aux préférences des résidents, les professionnels doivent posséder une vision commune ; ce qui sous-entend qu'ils travaillent ensemble au bénéfice de l'utilisateur grâce à la collaboration multidisciplinaire (Band-Winterstein, 2015). La famille possède une place importante dans les ESI, car elle communique de l'information sur la personne âgée ce qui améliore la qualité des soins prodigués (Nordström & Wangmo, 2018) et augmente la participation et l'autonomie des personnes âgées (Hedman et al., 2019). Dewar et MacBride (2017) ont

étudié l'utilisation de la conversation bienveillante afin d'établir des relations promouvant la dignité entre la personne âgée, sa famille et le personnel soignant. Les attributs de la conversation bienveillante sont d'être courageux, d'être connecté émotionnellement, d'être curieux, de considérer d'autres perspectives, de collaborer, de réaliser des compromis et de célébrer. Ces attributs sont mis en œuvre dans la pratique en posant des questions, en prenant des risques, en s'informant de l'état de ses collègues et en leur partageant son propre état, en explorant des points de vue différents, en travaillant ensemble, en impliquant les personnes dans les décisions, en développant une responsabilité partagée, en obtenant un consensus au travers de la discussion et de la réflexion et, enfin, en remerciant les personnes de leur contribution.

Connaître personnellement la personne âgée est un facteur important pour des soins de qualité (Cooper et al., 2013 ; Hedman et al., 2019 ; Preshaw et al., 2016). Une des caractéristiques de la conversation bienveillante est d'aller à la rencontre de la personne en s'adaptant à sa disponibilité et d'être curieux, ce qui signifie d'oser poser des questions pour améliorer ses connaissances et sa pratique (Preshaw et al., 2016). De plus, les soins seront appropriés pour la personne soignée si l'infirmière reconnaît ses besoins même s'ils ne sont pas verbalisés (Nordström & Wangmo, 2018). Selon Hov et al. (2013), des soins bienveillants sont basés sur les besoins de la personne âgée. Pour préserver sa dignité, l'infirmière doit percevoir la singularité de la personne soignée et lui prodiguer des traitements et des soins répondant à ses besoins et ses préférences. En faisant l'analyse des données collectées, ces auteurs ont pu déterminer trois types de besoins de la personne âgée que les infirmières doivent prendre en considération, soit les besoins de planification de la

fin de vie, les besoins sociaux et les besoins de confort physique et de sécurité. Pour cela, elles doivent respecter les directives anticipées et les besoins religieux, de solitude et d'accompagnement de la personne âgée. Elles doivent mettre aussi en place un plan de soins appropriés en basant leurs évaluations, leurs jugements et leurs observations sur les désirs, les besoins et les capacités de la personne âgée (Hov et al., 2013). Dans leur étude, Hedman et al. (2019) ont souhaité décrire l'expérience des infirmières ($n = 13$) quant à la manière de favoriser la participation et l'autonomie des personnes âgées dans les ESI. Pour se faire, les participantes rapportent l'importance de reconnaître la singularité de chaque personne âgée et de prendre conscience de sa fragilité, des impacts de la maladie sur sa santé et son bien-être. Ainsi, la personne âgée peut participer activement à ses soins. De plus, lorsque l'infirmière porte attention à la personne âgée et respecte ses volontés, une relation de confiance s'installe entre eux et la famille de la personne âgée. Cette relation est basée sur le respect mutuel et l'égalité.

Facteurs personnels du soignant

Pour être en mesure de répondre aux besoins et aux préférences des résidents, le personnel soignant doit faire preuve d'un engagement professionnel (Cooper et al., 2013) et les infirmières posséder des compétences pertinentes pour répondre aux besoins des personnes âgées (Kiljunen et al., 2017). Les compétences ne proviennent pas uniquement de la formation, mais aussi de l'expérience et de l'autoréflexion (Nordström & Wangmo, 2018). Kiljunen et al. (2017) ont permis d'identifier dans leur recension des écrits ($n = 10$), les compétences nécessaires aux infirmières et aux infirmières auxiliaires travaillant dans les ESI pour soigner des personnes âgées. Les résultats de cette étude soulignent que

l'infirmière doit disposer de cinq compétences soit la compétence éthique et comportementale, interactionnelle, empirique, pédagogique, de leadership et de développement. Les caractéristiques de celles-ci sont présentées dans le Tableau 5. Une seule étude s'est intéressée, dans cette recension des écrits, au travail des infirmières auxiliaires en ESI. Celles-ci sont actives dans l'évaluation, la planification des soins, l'évaluation du plan de soins, la délégation des tâches et la supervision clinique. Néanmoins, elles mentionnent être inquiètes d'exercer leur profession en outrepassant leur champ de compétence en raison de l'indisponibilité des infirmières pour les aider dans les soins aux personnes âgées.

Facteurs ayant une incidence négative sur les soins prodigués

Facteurs organisationnels

Parmi les facteurs organisationnels, les écrits recensés permettent de faire une distinction entre les facteurs liés à l'ESI et les facteurs liés au travail d'équipe et à sa gestion. Dans leur revue de la littérature ($n = 37$), Preshaw et al. (2016), qui s'intéressent aux problèmes éthiques présents dans les ESI, rapportent que le manque de personnel augmente le risque de maltraitance. Selon Hov et al. (2013), qui se sont intéressés à la conception des infirmières ($n = 14$) des bons soins infirmiers et comment ils pourraient être réalisés dans les ESI, c'est le manque de personnel compétent et concerné qui ont une incidence négative sur ces soins. Preshaw et al. (2016) expliquent que la qualité des soins est diminuée lorsqu'il y a un manque de ressources financières et de ressources matérielles, lorsque les professionnels ne disposent pas suffisamment de temps pour réaliser des soins

Tableau 5

Compétences de l'infirmière en ESI

Compétences	Caractéristiques des compétences
Éthique et comportementale	<ul style="list-style-type: none"> - Habileté à respecter l'autonomie et la vie privée et à soutenir l'intégrité et l'individualité de la personne âgée - Attitude respectueuse - Défense des intérêts de la personne âgée
Leadership et de développement	<ul style="list-style-type: none"> - Habileté à planifier, organiser le travail, gérer les ressources, penser de manière créative et innovante
Pédagogique	<ul style="list-style-type: none"> - Habileté à superviser, apprendre/éduquer la famille, les personnes âgées, les étudiants, les professionnels de la santé
Interactionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Habileté à écouter, être empathique, créer une atmosphère confidentielle et sécuritaire
Empiriques	<ul style="list-style-type: none"> - Habileté à évaluer la santé et les besoins de la personne âgée, de reconnaître les changements dans l'état de santé et de réagir rapidement - Habileté à surveiller les effets de la médication et d'être attentif aux possibles interactions médicamenteuses - Promotion du bien-être de la personne âgée de façon holistique

Source : Kiljunen, O., Välimäki, T., Kankkunen, P., & Partanen, P. (2017). Competence for older people nursing in care and nursing homes: An integrative review. *International Journal of Older People Nursing*, 12(3), 1-10. doi:10.1111/opn.12146

et en présence d'âgisme. Dans son étude qualitative, réalisée à l'aide d'un devis phénoménologique auprès d'infirmières ($n = 30$), Band-Winterstein (2015) s'intéresse à la manière dont l'âgisme promeut la négligence envers les personnes âgées dans les ESI. Selon cette auteure, l'âgisme est institutionnel et se manifeste par exemple en privilégiant la réalisation d'économies financières au détriment de la qualité des soins et donc du bien-être de la personne âgée et des membres de l'équipe de soins. La négligence devient tolérable et justifiée, car il est commun de penser qu'il est difficile de prendre soin d'une

personne âgée. Cooper et al. (2013), qui ont réalisé une étude visant à développer un outil pour signaler des situations de maltraitance de manière anonyme dans les ESI ($n = 36$), expliquent que les règles institutionnelles peuvent avoir une incidence négative sur les soins offerts. Ils donnent comme exemple des situations dans lesquelles certaines personnes âgées ne peuvent avoir accès à de la nourriture, car la cuisine est fermée, ou que la salle à manger est occupée par un autre groupe de résidents ou encore l'organisation des soins. Dans certaines situations, la priorisation des soins à certaines personnes signifie que les besoins des autres résidents demeurent non comblés, par exemple lorsqu'une personne âgée doit attendre pour que l'on change sa culotte d'incontinence.

Nordström et Wangmo (2018) ont, pour leur part, examiné les ressources et les défis auxquels les infirmières ($n = 23$) sont confrontées lorsqu'elles cherchent à garantir une éthique professionnelle dans leur prestation de soins. Les résultats de leur étude qualitative ont pu mettre en valeur que la maltraitance et la négligence sont issues d'un manque de pouvoir de la part de l'infirmière dans son contexte de travail. Cela peut s'expliquer par des demandes excessives de la part de l'employeur sans que celui-ci prenne en considération le fait que l'infirmière dispose parfois d'une formation insuffisante ou d'un manque d'expérience professionnelle ou qu'elle est confrontée à une surcharge de travail. Dans leur étude corrélationnelle réalisée auprès d'aides-soignants ($n = 208$), Shinan-Altman et Cohen (2009) rapportent une association significative et positive entre la tolérance des comportements maltraitants des aides-soignantes et les stressseurs au travail, soit une surcharge de travail, un conflit de rôle et l'ambiguïté du rôle.

Dans leur étude transversale, Botngård et al. (2021) ont associé le manque du soutien de la part du gestionnaire comme un facteur facilitant la maltraitance psychologique du personnel soignant à la personne âgée. En effet, la façon de gérer une équipe soignante semble avoir un impact sur les soins prodigués. Le leadership négatif du gestionnaire et un style de supervision trop bureaucratique auraient ainsi un impact négatif sur ces soins (Pickering et al., 2017). Le style de supervision bureaucratique réfère à une évaluation du travail réalisé par l'équipe soignante qui tient uniquement compte des notes au dossier, tandis que la rencontre avec la personne âgée est jugée sans importance (Band-Winterstein, 2015). Pickering et al. (2017) ont exploré auprès des infirmières auxiliaires ($n = 22$) comment le harcèlement au travail affectait leurs habiletés à prodiguer des soins dans un contexte d'ESI. Les personnes interrogées ont rapporté différents problèmes présents dans leur équipe de soins tels que des pouvoirs inégaux entre les membres de l'équipe de soins se manifestant par du favoritisme, une confusion dans la hiérarchie et dans les rôles professionnels, de la violence psychologique, une mauvaise gestion des incidents critiques et une surcharge volontaire de travail imposé par le gestionnaire. Cet environnement toxique engendre des conséquences sur les soins prodigués. Par exemple, par peur de recevoir un blâme ou des représailles l'infirmière auxiliaire préfère garder le silence sur des problèmes de sécurité tels que des vols, de la maltraitance observée, des blessures au travail ou encore dans le changement de l'état de santé de la personne âgée. Par peur de demander de l'aide, elle s'inflige une surcharge de travail qui fait qu'elle néglige les interventions qu'elles jugent moins essentielles telles que les soins buccodentaires, le repositionnement, le soutien social et la déambulation. L'infirmière auxiliaire se dissocie de l'équipe de soins, en particulier avec les membres du personnel protégés par le

gestionnaire (Pickering et al., 2017). Nordström et Wangmo (2018) rapportent aussi qu'un manque de soutien au sein de l'équipe soignante a un impact sur les soins offerts. Les problèmes éthiques ne sont pas suffisamment discutés en raison d'un manque de temps et aussi dû au fait que les professionnels de la santé ont peur de s'exprimer à ce sujet. Certaines infirmières considèrent les critiques des pairs comme une menace et non comme une opportunité de s'améliorer. Cooper et al. (2013) et Hov et al. (2013) rapportent que le manque d'échange d'information au sein de l'équipe soignante concernant les résidents nuit à la prestation des soins infirmiers. De plus, lorsque les points de vue divergent sur les soins à offrir à la personne âgée, la collaboration devient parfois difficile avec le médecin, la famille et les membres du personnel soignant (Hov et al., 2013). L'indisponibilité du médecin (Hov et al., 2013) et le manque d'implication de l'infirmière dans la prise de décision médicale ont une influence négative sur les soins offerts, car elle ne réalise pas son rôle d'*advocacy*, soit de protéger les intérêts de la personne âgée (Preshaw et al., 2016). Dans leur étude corrélationnelle réalisée auprès du personnel soignant ($n = 481$), Andela et al. (2021) rapportent un lien de causalité entre les facteurs organisationnels et la maltraitance. En effet, lorsque le personnel soignant a une relation de qualité avec ses collègues de travail et le gestionnaire, cela permet de diminuer le risque d'épuisement professionnel et de maltraitance (négligence et comportement abusif) tout en augmentant son sentiment d'accomplissement personnel.

Facteurs relationnels

Nordström et Wangmo (2018) rapportent dans leur étude que l'interaction avec la personne âgée est à la fois un facteur de protection et un facteur pouvant contribuer à la

maltraitance. D'un côté, le professionnel de la santé peut apprendre à connaître les besoins de la personne âgée et ajuster les soins offerts à sa condition particulière, ce qui est chronophage en contexte de précarité et rationalisation des soins. En effet, le temps accordé à l'évaluation des besoins de la personne ne peut être consacré à d'autres résidents, ce qui implique que leurs besoins risquent de ne pas être comblés. D'un autre côté, il est parfois difficile d'entrer en relation avec des personnes âgées qui s'expriment peu, qui agressent verbalement et physiquement le personnel soignant. De plus, selon Hov et al. (2013), il est parfois difficile pour l'infirmière de communiquer avec l'utilisateur sur des thèmes sensibles comme les directives médicales anticipées, la fin de vie et la mort. Cela a pour conséquence de créer des situations inconfortables lorsque la personne âgée est incapable de s'exprimer, car il n'y a pas de directives claires dans le dossier du patient, ce qui implique que des actions seront entreprises au nom de la personne âgée sans son accord préalable. Cooper et al. (2013) expliquent que les interactions entre le personnel soignant et les résidents sont parfois compliquées, surtout lorsque ce dernier est agressif, fait preuve de racisme ou change constamment ses réponses. Botngård et al. (2021) complètent en expliquant que l'agressivité de la personne âgée et la présence de conflit entre la personne âgée et le personnel soignant augmentent le risque que celle-ci soit victime de maltraitance physique, psychologique et de négligence.

Les interactions avec la famille ont un impact sur la qualité des soins aux personnes âgées. Elles peuvent être positives lorsque la famille fournit des renseignements sur la personne âgée et représente son soutien social. Selon Nordström & Wangmo (2018), les interactions avec la famille deviennent parfois négatives lorsqu'elle est sur impliquée dans

la prise de décision concernant son parent et qu'elle remet en question les décisions prises par des professionnels. Des problèmes éthiques apparaissent lorsque des familles, sous la menace de rapporter leur mécontentement des soins aux médias, exigent des traitements pour leur parent, sans que ce dernier soit en accord ou que cela soit dans son meilleur intérêt. Cette forme de coercition a pour conséquence que le professionnel de la santé risque de respecter les volontés de la famille au détriment de la volonté ou des besoins de la personne âgée (Preshaw et al., 2016).

Facteurs personnels du soignant

Selon Nordström et Wangmo (2018), la maltraitance aux personnes âgées est le résultat d'un manque de pouvoir de l'infirmière. Elle vit une tension entre ses idéaux, ses valeurs et son contexte de travail qui la met en situation de vulnérabilité. Les soins qu'elle offre dépendent de sa force interne et de sa loyauté envers la personne âgée. Il est parfois difficile d'exercer le rôle d'*advocacy*, soit celui de protéger les intérêts de celle-ci. Selon Cooper et al. (2013), lorsque les professionnels de la santé se sentent impuissants, ils sont moins portés à parler des problématiques rencontrées, ce qui contribue à leur maintien. Les auteurs expliquent qu'une grande partie des soignants dans la région métropolitaine de Londres sont des immigrants qui sont dépendants de leurs employeurs. En effet, ils ont besoin de leurs permis de travail et de leurs salaires pour vivre et faire vivre leur famille restée dans le pays d'origine. Shinan-Altman et Cohen (2009) corroborent cette information, car les résultats de son étude corrélationnelle réalisés auprès d'aides-soignants ($n = 208$) démontrent une association négative entre la tolérance aux comportements de maltraitance et le revenu. L'épuisement professionnel augmente également le risque de

négligence et de comportement abusif (Andela et al., 2021) et favorise aussi la tolérance des comportements maltraitants (Shinan-Altman & Cohen, 2009). Botngård et al. (2021) complètent en associant positivement, d'une part, la détresse psychologique et, d'autre part, le fait d'avoir une pauvre attitude envers les personnes âgées souffrant de démence avec une augmentation du risque d'exercer de la maltraitance envers les personnes âgées. Preshaw et al. (2016) rapportent que le manque de connaissances des infirmières à l'égard de leurs responsabilités professionnelles et des meilleures pratiques peut amener à une diminution de la qualité des soins.

Synthèse de la recension des écrits

La recension des écrits a permis de comprendre l'ampleur de la diversité des facteurs influençant la qualité des soins. Certains phénomènes semblent faciliter aussi bien la bientraitance que la maltraitance. Il suffit de prendre l'exemple du nombre de soignants disponible pour soigner les personnes âgées. En quantité suffisante, elle favorise la bientraitance, en quantité moindre elle favorise la maltraitance. Néanmoins, la recension des écrits n'a pas permis de collecter d'informations quant aux vécus d'infirmières canadiennes ou québécoises. Sur les études sélectionnées, seulement une a été réalisée en Amérique du Nord, le reste a été réalisé en Europe et en Israël. Cette recherche va donc permettre d'augmenter les connaissances sur la bientraitance et la maltraitance ainsi que ses facteurs facilitants et ses conséquences multiples dans un contexte de soins de longue durée, au Québec.

Méthodologie et méthodes de recherche

Dans ce chapitre sera présenté le devis de recherche, le milieu de recherche, la population cible, la méthode d'échantillonnage, la collecte et l'analyse des données, les critères de scientificité et, enfin, les aspects éthiques.

Devis méthodologique

Dans le cadre de cette étude, la recherche effectuée sera une étude exploratoire descriptive qualitative en utilisant l'approche méthodologique de l'analyse thématique (Braun & Clarke, 2006). Ce devis est utilisé lorsque le phénomène à l'étude est peu connu par les chercheurs. En effet, peu de recherches se sont intéressées au sujet et les hypothèses l'entourant ne sont pas définitives (Patton, 2002). L'étude envisagée sera la première du genre au Québec, car il semblerait qu'aucune autre étude ne se soit intéressée aux facteurs ayant une incidence sur les comportements bientraitants ou visant à prévenir, dépister, signaler ou gérer la maltraitance par les infirmières, et ses conséquences multiples.

Milieu

Le milieu choisi pour réaliser la présente étude est celui des ESI publics situés dans une région québécoise, répartis sur tout le territoire à l'étude, ce qui comprend des régions urbaines et rurales. Les participants seront choisis selon qu'ils travaillent en milieu urbain ou en milieu rural afin de recueillir des enjeux vécus possiblement différemment entre les participants. Le recrutement s'est fait sur l'ensemble du territoire desservi.

Population et échantillon

La population à l'étude correspond aux infirmières et infirmières auxiliaires travaillant ESI. Les critères d'inclusion pour participer à l'étude sont : être infirmière ou infirmière auxiliaire ; être membre de son ordre professionnel ; travailler en ESI ; avoir un contact direct et régulier avec les personnes âgées hébergées ; parler et comprendre le français. Les personnes parlant une autre langue que le français seront exclues de l'étude, car l'étudiante chercheuse ne peut s'exprimer avec aisance dans d'autres langues. En recherche qualitative, la taille de l'échantillon est rarement prédéterminée, car la norme consiste à réaliser la collecte des données jusqu'à l'obtention d'une saturation des données (Polit & Beck, 2017). Cette approche a été utilisée dans cette étude. La méthode d'échantillonnage sera non probabiliste avec une stratégie d'échantillonnage par choix raisonné afin d'avoir une répartition des participants selon certains critères (Fortin & Gagnon, 2016).

Recrutement

Entre les mois de décembre 2019 et le mois de mars 2020, l'étudiante chercheuse a pris contact avec différents gestionnaires du milieu de recherche pour expliquer le but de l'étude et obtenir leur collaboration. L'étudiante a visité ensuite les unités de soins pour faire une brève présentation aux équipes de soins de l'étude et de l'implication pour les participants. Une affiche de recrutement (Appendice D) a été imprimée et affichée sur le babillard de l'unité de soins avec la permission de son gestionnaire. Les participants potentiels ont été rencontrés ou appelés et un formulaire d'information et de consentement

(FIC) (Appendice E) leur a été remis. L'étudiante chercheuse leur a donné des informations verbales et elle a répondu à leurs questions.

Collecte et analyse des données

La collecte des données dans cette étude a eu lieu entre les mois de février et juin 2020 et a été réalisée à l'aide d'un formulaire sociodémographique (Appendice F), d'un guide d'entrevue semi-dirigée (Appendice G) et de notes de terrain. Le formulaire sociodémographique a permis de recueillir des informations sur le genre des participants, leur âge, leur formation, leur titre d'emploi, leurs expériences professionnelles, leur ancienneté au sein de l'ESI, la localisation de leur milieu de travail, la présence de directive ou de politique concernant la bientraitance ou la maltraitance sur leur lieu de travail et s'ils ont suivi une formation sur la bientraitance ou la maltraitance. L'entrevue semi-dirigée a été menée en s'appuyant sur un guide d'entrevue qui a été conçu suite à l'analyse de la recension des écrits et de la TCI. Il a été pré-testé auprès d'une infirmière. Initialement, l'étudiante chercheuse s'est intéressée à la perception des participantes de ce qu'est la bientraitance et la maltraitance pour ensuite recueillir des données quant aux facteurs facilitant ces situations et à ses conséquences. La durée des entrevues a varié entre 35 minutes et 1 heure 39 minutes, avec une durée moyenne d'environ 60 minutes. La collecte des données s'est déroulée dans le lieu qui convenait au participant, tout en veillant au maintien de leur anonymat et de la confidentialité des données collectées. Dans le but de favoriser un échange authentique avec le participant, l'étudiante chercheuse a suivi les recommandations de Patton (2002). Durant l'entrevue, elle a eu une attitude neutre, est

restée empathique et a essayé de comprendre le participant sans exercer de jugement. Les entrevues ont été enregistrées en format audionumérique. Les notes issues du terrain sont de deux formes. Les notes descriptives ont permis la description de manière objective d'évènements et de discussions, tandis que les notes réflexives présentent les expériences vécues de l'étudiante chercheure, ses réflexions, ses avancées dans la collecte des données (Polit & Beck, 2017). Des annotations brèves et concises ont été réalisées durant les entrevues, puis elles ont été détaillées de manière plus soutenue lorsque l'étudiante chercheure étaient à son domicile.

La collecte et l'analyse des données se sont déroulées en même temps, car cela a permis de déterminer le moment où il y a une saturation des données. L'analyse des données s'est faite selon l'approche de l'analyse thématique. Celle-ci permet d'identifier, d'analyser, d'organiser et de décrire les thèmes avec de nombreux détails. De plus, l'analyse thématique est recommandée pour les novices en recherche, ce qui est le cas de l'étudiante chercheure (Braun & Clarke, 2006). Concrètement, après avoir réalisé les entrevues individuelles, les données audionumériques ont été transcrites en format verbatim et les notes de terrain, en phrases complètes. L'étudiante chercheure a révisé ces données ce qui va lui a permis de se familiariser avec leur contenu (Fortin & Gagnon, 2016). Ensuite, une lecture approfondie de celles-ci a été réalisée dans le but de faire émerger des thèmes saillants, des tendances, des catégories, tout en s'inspirant de la TCI. Suite à la codification, de nombreux sous-thèmes ont émergé ce qui a impliqué une relecture et une réduction des données. Ce travail qui a été réalisé conjointement et sous la supervision de la directrice et le co-directeur de ce mémoire a permis d'obtenir des thèmes

et des sous-thèmes représentatifs du phénomène décrit par les participantes. Le logiciel NVivo® a été utilisé pour faciliter cette démarche.

Critères de scientificité

Les critères de scientificité en recherche qualitative sont la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité (Fortin & Gagnon, 2016). Certaines techniques permettent de diminuer le risque de biais. **La crédibilité** fait référence à « l'exactitude dans la description du phénomène vécu par les participants en fonction de l'interprétation des données » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 377). La triangulation des méthodes de collectes de données a été effectuée grâce aux entrevues individuelles, aux formulaires sociodémographiques et à la rédaction de notes réflexives et descriptives. De plus, les données ont été comparées avec les écrits scientifiques existants. Les éléments divergents ou nouveaux ont ainsi été examinés attentivement afin de comprendre leur nature et leur portée. **La transférabilité** permet de s'assurer que les données analysées puissent être transférées dans un contexte similaire (Fortin & Gagnon, 2016). Sachant que cette étude a été réalisée dans plusieurs ESI, le vécu des participants risque de différer selon la localisation des ESI. Pour maintenir la confidentialité des données, les ESI ont été uniquement identifiés comme étant des ESI se situant en milieu urbain ou en milieu rural. La variabilité du vécu des participants permet aussi d'identifier certaines similarités qui contribueront à la transférabilité des résultats de cette étude au Québec. **La fiabilité** fait référence à « la stabilité des données et à la constance des résultats » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 378). Pour se faire, l'analyse des données collectées s'est faite en s'appuyant sur

les notes terrain. **La confirmabilité** ou la neutralité consiste à s'assurer de l'objectivité des données et de leurs interprétations (Fortin & Gagnon, 2016). Pour se faire, l'étudiante chercheure a complété un journal de bord (notes descriptives et réflexives) afin de documenter l'ensemble des étapes du processus de recherche. Cette démarche favorise la transparence du processus de recherche, une justification des décisions prises dans ce contexte en plus de documenter les différentes réflexions ayant émergées lors de celui-ci. Finalement, tout au long du processus d'analyse des données, l'étudiante chercheure s'est appuyée sur les connaissances et l'expertise de sa directrice et de son codirecteur. Ceux-ci ont examiné le travail ainsi produit ce qui augmente la crédibilité, la fiabilité et la confirmabilité de l'étude.

Aspects éthiques

L'étudiante chercheure a suivi une formation sur l'éthique en recherche intitulée « Énoncé de politique des trois Conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains ». Elle a obtenu les certificats d'éthique nécessaires pour réaliser cette étude (Appendice H). Les lignes directrices de l'éthique de la recherche avec des êtres humains sont le respect de la personne, la préoccupation pour le bien-être et la justice (Gouvernement du Canada, 2014). Pour **respecter la personne et son autonomie**, la chercheure a sollicité le consentement libre, éclairé et continu des participants. Pour se faire, elle leur a expliqué le FIC, répondu à leurs questions et leur a laissé un temps de réflexion avant de réaliser l'entrevue individuelle. Avant de commencer l'entrevue individuelle, la chercheure a rappelé aux participants qu'ils pouvaient se rétracter du projet de recherche en tout temps

s'ils le désiraient, sans aucune conséquence. **La préoccupation pour le bien-être** des participants implique pour le chercheur d'évaluer les risques prévisibles et les bénéfices éventuels qui peuvent être associés à la recherche (Gouvernement du Canada, 2014). Les risques potentiels liés à cette recherche sont des réactions émotionnelles passagères liées au fait de parler de la maltraitance des personnes âgées. Pour diminuer ce risque, l'étudiante chercheuse a informé les participants des services de soutien offerts sur le territoire desservi. Le principe de **justice** fait référence au fait de traiter les personnes de façon juste et équitable (Gouvernement du Canada, 2014). Malgré le fait que l'étudiante chercheuse travaille dans le même centre intégré de santé et de services sociaux que la population cible elle n'a jamais travaillé avec les participants et ne dispose d'aucun lien hiérarchique avec ceux-ci. Au niveau du recrutement, les participants peuvent participer de manière équitable à l'étude. Ils ne sont pas vulnérables en ce qui concerne leur participation à cette recherche.

Dans le but de préserver l'anonymat des participants, ceux-ci se sont vus attribuer un code alphanumérique, soit exemple SD-01 ou E-01, pour le formulaire sociodémographique et l'entrevue individuelle. Seule l'étudiante chercheuse a eu accès à la clé du code. Celle-ci se trouve dans un document Word, protégé par un mot de passe, se trouvant sur un disque dur externe qui est déposé dans un tiroir du bureau qui est fermé à clé dans le bureau de l'étudiante chercheuse. Les données audio numériques ont été immédiatement supprimées après leur transcription. Les données issues des formulaires sociodémographiques et de la transcription des entrevues individuelles sont stockées chez l'étudiante chercheuse, sur une clé USB protégée par un mot de passe et qui est déposée dans un tiroir de bureau, fermé à clé, dans son bureau. Toutes les données collectées dans

cette étude seront supprimées cinq ans après la fin de la collecte de données. Lors de la diffusion des résultats de la recherche, seul le code alphanumérique est utilisé pour désigner les participants.

Résultats

Le contenu de ce chapitre permet de répondre aux questions de recherche. Dans un premier temps, les caractéristiques des participantes ainsi que l'analyse du contenu des entrevues réalisées seront présentées. Dans un deuxième temps, les thèmes principaux et leurs sous-thèmes donneront des informations sur les facteurs facilitant la bientraitance et la maltraitance, ainsi que leurs conséquences sur la personne âgée et sa famille, le personnel et l'équipe soignante.

Caractéristiques des participantes

L'échantillon, qui est décrit au Tableau 6, est composé de sept professionnelles en soins infirmiers², soit trois infirmières auxiliaires et quatre infirmières. En moyenne, l'âge des participantes est de 40 ans et leurs expériences dans le domaine des soins infirmiers est de 16 ans, dont neuf ans en ESI. Deux hommes figurent parmi l'échantillon. La majorité, soit six professionnelles, a connaissance d'une politique ou d'une directive dans le milieu de travail concernant la maltraitance. Deux d'entre elles ont connaissance d'une politique ou d'une directive concernant la bientraitance. Six participantes exercent dans un ESI urbain, soit dans une municipalité de plus de 8000 habitants, et une dans un ESI rural, soit dans une municipalité de moins de 8000 habitants.

² Pour simplifier la lecture du chapitre des résultats, l'utilisation du féminin est privilégiée.

Tableau 6

Caractéristiques des participantes

Code	Sexe	Intervalle d'âge	Professionnel infirmier	Nombre d'années d'emploi	
				En soins infirmiers	En ESI
E-01	M	50-59 ans	Infirmier auxiliaire	25-30 ans	0-5 ans
E-02	F	40-49 ans	Infirmière	25-30 ans	20-25 ans
E-03	F	30-39 ans	Infirmière auxiliaire	5-10 ans	5-10 ans
E-04	F	20-29 ans	Infirmière auxiliaire	5-10 ans	5-10 ans
E-05	M	30-39 ans	Infirmier	10-15 ans	0-5 ans
E-06	F	40-49 ans	Infirmière	20-25 ans	20-25 ans
E-07	F	40-49 ans	Infirmière	0-5 ans	0-5 ans

Résultats

Les résultats de l'analyse du contenu des entrevues sont maintenant présentés. Pour commencer ceux relatifs à la bientraitance sont abordés, suivis par ceux concernant la maltraitance. Dans le Tableau 7, les thèmes et les sous-thèmes issus de l'analyse sont nommés.

La bientraitance des personnes âgées

Les deux thèmes relatifs aux facteurs favorisant la bientraitance sont la structure et la dynamique optimales de l'équipe soignante, ainsi que la culture de soins adaptée aux personnes âgées. De plus, les deux thèmes concernant les conséquences de la bientraitance

Tableau 7

Thèmes et sous-thèmes des résultats

	Thèmes	Sous-thèmes
Facteurs favorisant la bientraitance	Structure dynamique optimales de l'équipe de soins et de	- Intégrité de l'équipe soignante - Climat de travail paisible
	Culture de soins adaptée aux personnes âgées	- Implication de la famille dans la planification des soins et relation de confiance avec l'équipe soignante - Disposition de l'équipe soignante au respect de la personne âgée
Conséquences de la bientraitance	Acclimatation des personnes âgées à leur milieu de vie	- Établissement d'une relation de confiance entre la personne âgée et l'équipe soignante - Amélioration de la santé et de l'autonomie de la personne âgée
	Amélioration du climat de travail	- Valorisation du personnel soignant - Amélioration des relations interpersonnelles au sein de l'équipe soignante
Facteurs favorisant la maltraitance	Environnement de travail et de soins non optimal	- Surcharge de travail du personnel soignant - Dynamique relationnelle compliquée entre les familles et le personnel soignant - Non-reconnaissance de la maltraitance et peur de la signaler
	Vulnérabilité des personnes âgées	- Dépendance et difficultés communicationnelles de la personne âgée - Manque de sensibilité du personnel soignant à la vulnérabilité de la personne âgée
Conséquences de la maltraitance	Dégradation de la qualité de vie des personnes âgées	- Besoins non comblés de la personne âgée - Dégradation de la condition physique et psychologique de la personne âgée - Altération de la relation soignant-soigné
	Instauration d'un climat de méfiance	- Climat de méfiance entre la famille et l'équipe soignante - Surveillance et suivi de la personne suspectée de maltraitance

découlant de l'analyse sont l'acclimatation des personnes âgées à leur milieu de vie et l'amélioration du climat de travail

Structure et dynamique optimales de l'équipe de soins

Intégrité de l'équipe soignante. La majorité des participantes expliquent que l'entraide vise à assurer le bien-être de la personne âgée et à répondre à ses besoins lors de l'alimentation, les soins d'hygiène, la mobilisation, ainsi que lors de la réfection des pansements. Une participante rapporte qu'en travaillant sur le quart de travail de la soirée, elle est plus au chevet des personnes âgées et qu'elle aide son équipe, soit les infirmières auxiliaires et les préposées aux bénéficiaires (PAB). Une participante complète cette information en expliquant qu'elle et sa cheffe d'équipe possèdent la même intention, soit celle de soulager la personne âgée, ce qui implique qu'« on va s'aider. Si j'ai besoin d'aide, elle va venir m'aider. Si elle, elle a besoin d'aide, je vais être là » (E-04). Plusieurs participantes indiquent l'importance de travailler en effectif complet, voire en sureffectif, car cela permet de diminuer le nombre de personnes âgées à charge. L'une des participantes rapporte que cela permet à l'équipe de soins de donner le meilleur de soi-même et qu'une bonne dotation du personnel engendre « un bon climat de travail avec [...] du personnel qui va être moins surchargé, qui va pouvoir bien prendre soin des gens » (E-05). D'ailleurs, une participante développe ce point en précisant les effets observés de travailler avec une équipe de soins complète sur celle-ci et les personnes âgées :

[...] La journée où on est vraiment au complet là, je vois le personnel travailler, je le vois rire aux éclats, je les vois ramener les résidents [...] ils font de la musique, des vieilles musiques là avec les résidents et ils font de petites danses. Ils font de petits jeux [...], on se sent bien. On voit vraiment que ça va bien sur tout le monde, là, et le fait que le personnel est bien, on dirait que ça déteint sur les résidents parce qu'on les voit aussi très bien. (E-07)

Climat de travail paisible. Le fait de travailler dans un climat de travail paisible, avec une absence de tension dans l'équipe de soins, facilite la bientraitance, car cela incite

la collaboration entre ses membres. Sans cela, « s'il y a une tension, c'est... chacun va être tendu, un peu dans sa bulle, ils ne vont pas vouloir collaborer pour le bien du patient » (E-05). Une participante explique que l'intégration des nouveaux membres au sein de l'équipe de soins est difficile, notamment car elle « a comme l'impression qu'il y a du racisme » (E-02). Une participante nuance ce point en expliquant,

Le fait qu'on ait un brassage de culture de plus en plus, je te dirais ça fait six ou huit mois que je suis sur le même étage, je te dirais que ça va vraiment très bien parce que les, je les vois s'asseoir tous ensemble essayer de... ça se passe comment chez toi, qu'est-ce que vous faites, c'est si... On sent un peu de la curiosité, vice versa. C'est devenu un très beau brassage, et je les vois travailler et certains s'harmonisent et moi, j'aime. J'aime beaucoup l'équipe que je vois sur l'unité actuellement. (E-07)

Pour quelques participantes, la stabilité du personnel soignant est un élément contribuant à la bientraitance, car cela permet de connaître la personne âgée. L'une d'entre elles explique que dans un contexte d'évaluation infirmière des risques de chutes et de pertes cognitives « pour ceux qui sont réguliers, c'était plus facile de voir les gens puis de s'apercevoir oh, elle il y a un risque » (E-02). Une autre participante note que lorsque le personnel soignant est fixe, cela facilite la tâche et évite des problèmes, tels que des erreurs de médicaments ou une approche inadaptée à la personne âgée, car cela implique :

[...] Que tu connais les habitudes de tes clients, tu connais bien leurs repères, leurs points forts, comment... qu'est-ce qu'ils mangent, qu'est... qu'est-ce qu'ils aiment, qu'est-ce qu'il est capable. C'est important, la stabilité. Je te donne un exemple. Quelqu'un [travaille] ici [en étant dans] l'équipe volante. Il n'a jamais travaillé ici. Tu fais juste une orientation et il vient. Puis tu as un monsieur... il y a un monsieur qui n'aime pas... par exemple, il aime ses pilules avec la compote de fraises, toi, tu donnes la compote de pommes et il crache dans ton visage. (E-01)

Lorsque les membres de l'équipe sont peu habitués à travailler dans l'environnement de travail, des participantes relèvent l'importance d'avoir une bonne communication, orale

et écrite, avec eux. Cela permet d'assurer une continuité des soins grâce, entre autres, à l'utilisation du plan thérapeutique infirmier (PTI). Une participante complète cette information en rappelant l'importance de communiquer avec le personnel soignant provenant notamment des agences et qui ne connaît pas les personnes âgées, ceux « qui sont peut-être un petit peu plus problématiques au niveau du comportement ou de l'approche » (E-03). Certains membres du personnel soignant utilisent la communication bienveillante pour interagir avec les nouveaux employés et les former dans un esprit d'ouverture sur autrui et de non-jugement. Cela permet ainsi d'améliorer les soins prodigués aux personnes âgées. Ils ont « une façon de dire les choses à la préposée nouvelle qui ne la frustre même pas là. Elle va juste ah oui, OK, puis tu sais, là, inquiète-toi pas, je suis là, puis tu sais, les rassurer » (E-02).

Culture de soins axée sur la personne âgée

Implication de la famille dans la planification des soins et relation de confiance avec l'équipe soignante. L'approche qu'adapte le personnel soignant et la famille envers la personne âgée est aussi un facteur facilitant la bientraitance. Une participante explique que la bonne collaboration entre le personnel soignant et la famille facilite la bientraitance. Pour se faire, les interlocuteurs ont une attitude positive, la relation entre eux est harmonieuse et le personnel soignant veille à ce que « les familles soient entendues puis qu'on essaie de respecter leurs vœux » (E-02). L'ensemble des participantes rapporte la plus-value de la famille pour la personne âgée. La notion de transmission d'informations à la famille concernant l'état de santé leur proche est mentionnée par plusieurs d'entre elles. Ce processus est important pour créer une relation de confiance entre l'équipe soignante et

la famille. Il peut avoir lieu à la suite de l'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire dans les semaines suivant l'admission de la personne âgée, lors des évaluations trimestrielles du dossier de la personne âgée et lorsqu'un rapport d'incident-accident a été rempli au nom de la personne âgée. Être transparent envers la famille est important pour maintenir un niveau de confiance envers l'équipe soignante. Par exemple, la personne âgée peut se blesser durant les soins et pour éviter que la famille suppose que son parent vit des mauvais soins, l'infirmière l'avise rapidement de l'incident. Voilà comment une participante l'explique :

Il peut arriver des petits accrochages là comme, la dernière fois, il y a une madame qui, qui s'est fait mal au bain, mais tu sais, on avise tout de suite la famille là, la madame, elle s'est accrochée le doigt, tu sais, on ne laisse pas ça aller puis elle arrive la famille puis là oups, la madame elle a un pansement.
(E-03)

L'investissement en temps qu'offrent les familles permet aux personnes âgées d'avoir de la compagnie pendant quelques heures. Pour la personne concernée, cela implique que ses proches l'aident, par exemple, pour les soins d'hygiène, pour l'alimentation. Certaines familles viennent pour le dîner et le souper comme l'indique une participante, « ils arrivent vers onze heures, ça fait que là ils passent du temps avec eux avant le repas, ils dînent avec eux autres puis il y en a qui repartent puis qui reviennent vraiment pour l'heure du souper » (E-03). Cette aide extérieure permet de diminuer la charge de travail de l'équipe soignante et de consacrer plus de temps aux autres personnes âgées, qui ne reçoivent pas toujours de la visite. Pour la personne âgée, cela implique qu'elle va pouvoir manger à sa faim et à son rythme, car comme le constate une participante, « le professionnel [...], qui a cinq résidents pour alimenter, ce n'est pas sûr

qu'on va alimenter ton parent de la même façon que si c'est toi qui venait t'asseoir et tu alimentes juste cette personne » (E-05). Lors des visites en ESI, les familles désennuient leur proche et peuvent divertir, dans certains cas, d'autres personnes âgées. Voici ce qu'en dit une participante à ce sujet :

On a une famille qui vient jouer de la guitare à leur père. Donc, c'est bénéfique pour tous les résidents, dans le fond. Ça, écoute, c'est wow ! Tu sais, on en a, des familles, qui sont impliquées positivement impliquées. Mais ça, c'est des familles qui ont compris le trouble de comportement, qui ont compris la maladie. Puis quand ils viennent, ils se donnent. Tu sais, il y en a qui apportent, exemple, des raisins. Qui vont en distribuer à plein de résidents. (E-06)

Ce propos indique l'importance de l'implication des familles. De manière plus générale, on peut percevoir les prémisses d'une interdépendance entre les familles et le bien-être de son proche et ses conséquences sur l'équipe soignante (diminution de la charge de travail) et le bien-être des autres personnes âgées.

Disposition de l'équipe soignante au respect de la personne âgée. L'approche adaptée du personnel soignant auprès de la personne âgée facilite la bientraitance. Pour se faire, toutes les participantes mentionnent le fait que de connaître et de comprendre la personne âgée favorise la bientraitance. Par exemple, le personnel soignant peut connaître les forces et les faiblesses de la personne âgée et son histoire de vie. Cette connaissance facilite l'instauration d'une relation de confiance entre eux deux, augmente la qualité des soins fournis et favorise l'anticipation des besoins de la personne âgée, qu'ils soient verbalisés ou non. Le fait de connaître la personne âgée permet « d'avoir un meilleur contact avec [elle], donc, de bien le traiter » (E-06). Pour comprendre la personne âgée et son fonctionnement, il est nécessaire de comprendre « la maladie pour bien comprendre le

comportement. Puis, si tu comprends bien le comportement, ça va te dicter l'approche à avoir » (E-03). Selon une participante, cette approche adaptée est obtenue lorsqu'on accorde du temps à la personne âgée et qu'on la considère comme un être unique ayant ses propres besoins.

Pour plusieurs participantes, le respect de la personne âgée est une condition inhérente à la bientraitance. On parle de respecter sa personne dans sa globalité, que ce soit à l'égard de son appétit, de ses liens sociaux ou de ses refus quant aux soins proposés, quitte à assurer une plus grande flexibilité dans les soins notamment en diminuant la fréquence des bains pour son propre bien-être. Comme l'explique une participante, la personne âgée « était tout le temps en panique lors... lorsqu'on lui donnait des grands bains » (E-07). Cette situation a mené à une discussion avec la famille et à une réorganisation des soins. Une autre participante explique comment la notion de respect de la personne âgée influence l'approche du personnel soignant et donc les soins administrés.

On respecte l'intimité, le vouvoiement, respecter les rythmes et habitudes de vie de la personne, tu sais. Nous, ici, si elle fait dodo là, on ne la réveille pas là, on la laisse dormir là, ce n'est pas OK il est sept heures, on se lève, on s'en vient déjeuner, c'est, non, non, si tu te lèves à dix heures, tu te lèves à dix heures puis tu déjeuneras quand tu vas être levé, là. Au niveau aussi de l'approche professionnelle, tu sais, on, on se présente, moi, quand je... je vais parler pour moi là, quand je fais mes soins, tu sais, je les habille, je leur dis ce que je viens faire, je reste toujours positive. J'essaie aussi de faire participer mon résident si jamais, je ne sais pas là, on va dire que j'aide une préposée à faire des soins du matin, bien si le monsieur, il est capable de se laver le visage, bien tu sais, je le laisse faire ses choses. On respecte aussi au niveau, tu sais, sa chambre, c'est vraiment son lieu de vie, ça fait que, on fait comme si c'était sa maison, dans le fond, on va cogner avant d'entrer, on reste respectueux, on essaie de faire sentir notre résident en sécurité, on est douce, on a une écoute active puis respecter aussi la confidentialité. (E-03)

L'attitude qu'adopte le personnel soignant favorise également la bientraitance. Pour se faire, l'attitude bienveillante est quotidienne et se manifeste par des sourires, des salutations émises avec bienveillance, un intérêt pour la famille de la personne âgée et la verbalisation d'un accueil inconditionnel. Une participante complète en ajoutant qu'elle donne de l'importance à la personne âgée et utilise le toucher comme outil pour lui signaler « je suis là pour t'aider » (E-01). Certaines participantes, disent qu'accorder du temps à la personne âgée facilite la bientraitance, car cela implique que le personnel soignant va s'asseoir avec la personne, lui parler, l'amener à l'extérieur pour qu'elle puisse jardiner, lui faire écouter de la musique et même lui faire des soins de manucure. Une participante explique la plus-value d'accorder du temps de qualité.

Quand je suis rentrée dans sa chambre, elle était en train de pleurer. Bien, d'avoir pris mon 10-15 minutes et lui [avoir changé] les idées, juste de faire les ongles, d'avoir lu ou écouté une émission avec elle puis de la voir sourire, ça va [faire] ma journée. Je vais [me] dire au moins j'ai réussi à faire quelque chose d'autre que donner des médicaments. (E-04)

Acclimatation des personnes âgées à leur milieu de vie

Établissement d'une relation de confiance entre la personne âgée et l'équipe soignante. L'établissement d'une relation de confiance entre les personnes âgées et le personnel soignant est fréquemment identifié par les participantes comme une conséquence de la bientraitance. En fait, cela permet à la personne âgée de savoir vers qui se tourner quand elle ne va pas bien et de se sentir en sécurité. En présence de troubles de comportement, elle collabore mieux, car elle est plus douce et plus calme. Une participante explique que cette relation de confiance favorise une meilleure intégration au milieu de vie :

La personne qui vous dit « moi, je croyais que j'étais à la porte de la mort », qui est plus souriante en vous disant « ah, moi, je trouve un vrai changement », « ah, moi, je venais ici, je n'étais pas certain de rester, mais là, je suis vraiment content de... d'être là ». [...] C'est des signes qui sont, comme, positifs. Et puis la famille qui était, comme, sceptique « on n'est pas certain. On ne sait pas. On va voir. C'est peut-être juste un répit », mais qui, au final, qui vous dit « bien, on est vraiment content. On voit le changement. On voit qu'il est plus gai. Il est un peu plus heureux... plus heureux ». Je ne dirais pas qu'il est heureux à 100 %, mais il est quand même... on voit vraiment un changement. Quelqu'un qui vous sourit, qui... qui rit à des petites anecdotes, qui vous raconte des anecdotes, qu'il ne le faisait pas avant, moi, je trouve ça que c'est vraiment des comportements, des... des trucs positifs qui prouvent quand même que la personne se sent bien. (E-07)

Une autre participante complète ce point en expliquant que le fait d'être bien traité a un impact direct sur le moral de la personne âgée, car elle la trouve plus heureuse et plus collaborante. Elle trouve que les personnes âgées « se sentent un peu chez eux, malgré, tu sais, des fois, ils ont leur arrière-pensée qu'ils ne sont plus chez eux, mais ils se sentent chez eux » (E-02). Cela les incite à avoir confiance et à s'attacher au personnel soignant. Une autre participante rapporte qu'elle amène parfois son enfant sur son lieu de travail ce qui fait la joie des personnes âgées. Elles lui offrent des sucreries et s'intéressent à lui. Un attachement s'est aussi créé du côté de son fils, car il demande de s'arrêter à l'ESI.

Amélioration de la santé et de l'autonomie de la personne âgée. La bientraitance permet aussi d'améliorer le bien-être et l'autonomie des personnes âgées. En effet, plusieurs participantes ont pu observer des avantages aux pratiques bientraitantes. Par exemple, la personne âgée peut devenir plus calme et moins anxieuse à la suite de l'usage du toucher thérapeutique, ce qui lui permet de mieux s'alimenter et s'hydrater. Aussi, la personne âgée a pu maintenir son autonomie ce qui lui a permis d'être « plus épanouie, plus heureuse, moins malade » (E-05). Le fait d'être en meilleure santé et d'être heureuse

implique, selon une participante, une diminution de la médication. Elle décrit comme suit son expérience :

Imaginez dans le rire, le fait qu'on soit heureux, ça à [...] un très bon côté. Donc le résident [...] à un moment donné, quand vous faites la révision, par exemple, du profil médicamenteux avec votre médecin vous vous rendez compte qu'il y a beaucoup de choses qui sont en train d'être réduites, qui sont en train d'être coupées, et qui diminuent les effets secondaires qu'il y avait déjà [...] sur le résident. Et, donc, ça amplifie encore le bonheur, comme on dirait.
(E-07)

Amélioration du climat de travail

Valorisation du personnel soignant. En ayant un comportement bienveillant, le personnel soignant est valorisé principalement par la famille, mais aussi par la personne âgée et par leurs collègues. Selon plusieurs participantes, la valorisation provenant des membres de la famille peut prendre différentes formes comme lorsqu'ils démontrent, verbalement ou par des gestes de reconnaissance, qu'ils sont heureux des soins offerts et qu'ils partent l'esprit tranquille. Comme l'explique une participante, la valorisation stimule les équipes, car « ça fait du renforcement positif. Tu sais, de te faire remercier. De te faire dire que : “Mon Dieu, depuis qu'il est ici, mon père, ma mère est beaucoup mieux !” Écoute, pour nous, ça n'a pas de prix » (E-06). Quant aux personnes âgées, « [elles] nous disent merci, puis “vous êtes tout bien gentille” [...] c'est là où ce que ça prouve que qu'est-ce qu'on fait c'est beau » (E-02). En présence d'un comportement bienveillant, certaines participantes mentionnent valoriser leurs collègues en les encourageant, en les félicitant et en les remerciant. Finalement, une participante exprime vivre un sentiment d'autosatisfaction lorsqu'elle peut observer une personne âgée heureuse à la suite d'un comportement bienveillant.

Amélioration des relations interpersonnelles au sein de l'équipe soignante. Selon quelques participantes, la bientraitance a des impacts positifs sur le fonctionnement de l'équipe soignante. Le climat de travail s'améliore par l'absence de conflits interpersonnels et par une réduction du stress du personnel soignant. Cela amène « une belle harmonie » (E-02), ce qui facilite la communication entre les membres de l'équipe. De plus, selon une infirmière, lorsque les soins sont bienveillants « on gagne en temps parce qu'on [...] s'aligne vers une routine qui est positive et qui améliore, justement, la qualité de service pour tout le monde, là, pour [...] le résident, pour nous autres » (E-07). Une autre participante rajoute que la bienveillance incite le personnel à en faire plus, à être plus avenant. Elle s'aperçoit qu'ils « sont juste plus enthousiastes, plus contents de travailler, plus contents [...] ils sont vraiment le fun, ils sortent de l'ordinaire » (E-02).

La maltraitance des personnes âgées

Les deux thèmes relatifs aux facteurs favorisant la maltraitance sont un environnement de travail et de soins non optimal et la vulnérabilité de la personne âgée vieillissante. De plus, les deux thèmes concernant les conséquences de la maltraitance sont la dégradation de la qualité de vie des personnes âgées et l'instauration d'un climat de méfiance.

Environnement de travail et de soins non optimal

Surcharge de travail du personnel soignant. Selon la majorité des participantes, les équipes soignantes sont fréquemment incomplètes, et ce, parfois, sur tous les quarts de travail. Cette situation débouche sur une augmentation de la charge de travail des

infirmières, des infirmières auxiliaires et des PAB. Outre le manque de personnel, le ratio de travail préétabli est déjà élevé pour ses travailleurs. Par exemple, une infirmière auxiliaire travaillant de soir doit administrer la médication sur deux étages différents, ce qui l'empêche d'avoir le temps de réaliser tous les autres soins requis. Selon une participante, une PAB nouvellement employé vit des défis en ce qui a trait à sa charge de travail. « C'est dur, quand tu commences quelque part, tu as 20 résidents, là, puis il faut que tu performs là, mais pas à peu près là » (E-02). Pour l'équipe soignante, cela implique que « leur ouvrage est plus lourd, ça fait qu'ils deviennent frustrés. Ils sont frustrés parce qu'il faut quasiment qu'ils fassent l'ouvrage et demi, parce qu'elle [...] ne peut pas faire l'entier ouvrage » (E-02). Une autre participante corrobore ses faits :

Ce n'est pas facile parce que tu as des employés qui n'acceptent pas que celle qui vient d'arriver n'ait pas d'expérience, qu'il faut qu'elle commence. Donc, elle va prendre plus son temps. Puis elle va poser des questions. Puis c'est ça qu'on veut. Bien là, tu sais, ils vont être genre : « J'haïs ça travailler avec elle. Elle n'est pas assez vite ! Elle fait juste poser des questions, ta, ta, ta, ta, ta ! Moi, il faut que je fasse qu'est-ce qu'elle ne fait pas ». (E-06)

De nombreuses infirmières exercent en tant que cheffes d'équipe ou assistante au supérieur immédiat. Cela implique qu'elles gèrent l'équipe soignante et les différentes problématiques rencontrées sur le milieu de travail en plus de leur travail d'infirmière auprès des personnes âgées. Certaines participantes relatent avoir pu observer une augmentation de leur charge de travail que cela soit par une augmentation du nombre de personnes âgées et de familles sous leur responsabilité, ce qui s'ajoute parfois à la gestion de deux équipes soignantes. Ainsi, elles passent la majeure partie du temps dans leur bureau, à remplir des documents et communiquer avec les familles, et non plus sur le terrain au chevet des personnes âgées et avec l'équipe soignante. La collaboration avec les familles

peut être difficile selon cinq participantes en raison notamment d'un manque de communication et de compréhension à l'égard des conditions de vie et de travail inhérent à un ESI. Les familles sont « très accaparées par le bien-être de leur [proche] » (E-02) ou elles « vont vouloir que tu sois tout le temps avec eux pour leur... leur expliquer quelque chose » (E-05). La gestion des familles peut prendre beaucoup de temps aux infirmières que cela soit pour répondre à leurs questions, gérer des conflits interfamiliaux et des plaintes. Une participante mentionne avoir déjà passé 45 minutes au téléphone pour justifier à une famille pourquoi on n'avait pas replacé le cadre sur le mur ou changé la batterie de l'horloge. Voici, selon une participante comment est géré à l'interne le suivi des plaintes de famille :

Tu sais, recevoir un courriel parce que ça fait deux jours qu'elle vient puis la même petite microtache brune sur le plancher. [...] Oui. Tu sais, il y a des gens que ça va jusque-là. Ils ont pris une photo. Il y avait une petite tache, je te le dis, de la grosseur d'une mine de crayon par terre, brune, là. Le lendemain, il est revenu puis elle était encore là. Il faut que je m'explique. Tu sais, il faut que je m'explique pour ça. Ça veut dire que là, je vais voir la cheffe d'unité. Après ça, elle, elle doit aller au chef de l'entretien ménager. Puis, lui va descendre l'information à son chef d'équipe. Puis le chef d'équipe va descendre l'information à son employé. (E-06)

Certaines infirmières déplorent le fait qu'elles doivent exercer des tâches connexes. Par exemple, elles appellent la cuisine lorsqu'il manque quelque chose au cabaret de la personne âgée, car le PAB ne peut pas le faire, ou encore elles réalisent des tâches d'agentes administratives, car cela est plus simple et plus rapide que de se déplacer dans la section administration de l'ESI. En outre, elles gèrent aussi le manque de personnel et veillent à la planification et à l'organisation de la journée. Voici ce qu'en pense une participante :

J'ai la commande qu'il me manque un préposé aujourd'hui. Bien là, moi, il faut que je descende ça dans les équipes puis essayer de tricoter. OK, bien elle, au lieu d'aller dîner à telle heure, parce que là, il n'y aura pas de surveillance à

cette heure-là, je vais t'envoyer toi dîner à telle heure [...]. Toute cette gymnastique-là, ça, c'est moi qui fais ça. Ça, c'est quasiment du quotidien aussi. [...] Mais, tu sais, c'est-tu vraiment le rôle d'infirmière ? [...] On dirait qu'on garde notre travail d'infirmière toujours pour la fin. (E-06)

Plusieurs participantes mentionnent certains facteurs favorisant la maltraitance tels que le fait d'être fatiguées, épuisées ou stressées. Selon les propos des certaines d'entre elles, cela peut se manifester chez le personnel soignant par un manque de patience et la présence d'agressivité verbale et physique envers la personne âgée. Une participante mentionne avoir des doutes quand le personnel soignant est fatigué ou de mauvaise humeur.

Je suis toujours, tu sais, sur mes gardes à me demander, quand la porte est fermée, si le patient ne collabore pas. Parce que, encore là, toujours avec les défis cognitifs, comment ça se passe ? La relation entre le client et l'employé. Tu sais, c'est là où, parce que je n'ai pas de temps, je ne peux pas faire du mentorat. Je ne peux pas être, tu sais, plus sur le plancher. Je ne peux pas voir ce lien. (E-06)

Pour comprendre l'origine de l'épuisement du personnel soignant, une participante explique qu'il n'est pas toujours aisé de travailler en sous-effectif, « quand il fait 40 degrés dehors, tu es rendu à ta septième journée consécutive de travail, au lieu d'être trois dans ton équipe, vous avez roulé à deux, ça se peut que ta patience soit un peu plus petite » (E-06). Une autre participante mentionne que travailler un temps plein de soir, en sous-effectif, avec une charge de travail plus importante diminue la qualité des soins offerts, car le personnel est plus fatigué et plus irritable. La surcharge de travail constante a des incidences sur la qualité de vie au travail. Certaines personnes s'organisent pour ne pas prendre de pause ou en faire des petites ce qui amène à de l'épuisement. Ceci a également des impacts sur leur propre vie privée. Elles se questionnent sur les conséquences de ces conditions de travail sur la poursuite de leur carrière professionnelle.

Concernant les interactions entre le personnel soignant, une participante explique que les conflits interpersonnels engendrent une diminution de la collaboration au sein de l'équipe soignante et un repli sur soi. Cela a des répercussions directes sur les personnes âgées car :

Tu peux faire de la maltraitance sans le savoir. Genre, tu travailles [...] pendant que tu es fâché, tu es énervé contre ton collègue, tu arrives chez un patient... Je prends un exemple. Et puis, le patient qui veut un verre d'eau [...] il n'est pas capable d'arriver à la table. Mais toi, parce que tu es fâchée, tu ne penses pas à ça. Tu... tu le poses à la table et puis tu le sors « voici ton verre d'eau ». Tu n'as même pas eu le temps de... d'écouter s'il parle ou pas ou est-ce qu'il est capable d'atteindre la table ou pas. (E-05)

Une autre participante renforce ces propos en expliquant qu'en présence de mésententes au sein de l'équipe soignante, le personnel soignant risque d'être moins attentif aux personnes âgées. Les sources de frustrations sont notamment associées au racisme et à l'intolérance entre les nouvelles PAB et celles qui sont expérimentées.

Dynamique relationnelle compliquée entre les familles et le personnel soignant.

Selon plusieurs participantes, certaines familles posent un problème à l'équipe soignante et peuvent faciliter l'apparition de maltraitance. Une participante raconte que certaines d'entre elles refusent d'amener une chaise ou un verre d'eau à leur parent, affirmant que « les PAB, ils sont payés pour ça » (E-01). Selon les propos des participantes, les familles exigeantes ou problématiques ont un impact négatif sur l'équipe soignante. Par exemple, certaines PAB refusent de rentrer dans la chambre de la personne âgée et de lui prodiguer des soins par peur d'avoir une caméra d'installée dans la chambre ou encore de rentrer travailler sur l'unité de soins, car elles refusent de devoir être en contact avec ces familles.

Le personnel s'occupant des parents de ces familles travaille dans la crainte de se faire réprimander, ce qui engendre une augmentation du temps alloué à cette personne au détriment d'autres personnes âgées. Une participante explique que cela peut prendre trois minutes pour faire un lit, car tu dois t'assurer qu'il n'y a aucun pli résiduel. Une autre participante suppose que les exigences élevées de la famille de la personne âgée sont liées à une souffrance psychologique, au fait qu'elle n'accepte pas le placement, ne comprend pas la maladie du parent ou la limite des soins prodigués par l'ESI. Une participante explique ce qu'elle pense des familles problématiques de la façon suivante :

Tu as d'autres familles que ça ne sera jamais fait comme eux autres voudraient que ce soit aussi. Donc, les préposés sont toujours sur leur garde. Ils sont toujours... tu sais, ils savent, dans le fond, qu'ils font un très bon travail. Mais que, en bon français, tu te fais cogner sur la tête par des familles parce que le coussin n'était pas en horizontal, mais à la verticale. (E-06)

Les relations entre les proches de la personne âgée peuvent être toxiques, malsaines et être teintées par une vision des soins différente. Cela peut concerner le transfert du proche en milieu hospitalier, l'alimentation ou encore l'amorce d'une discussion à l'égard des soins de fin de vie. Dans cette situation, les proches impliqués ont pu voir l'évolution de leur parent et ils se sont rendu compte qu'il nécessitait des soins de confort. Et « là, tu as un fils qui vient de *nowhere*, que tu n'as jamais vu, mais que lui a peut-être exemple quelque chose à rattraper avec son père, sa mère. Mais là, il n'est pas question de le mettre en soins de confort. Il faut tout faire pour lui » (E-06). Malgré le fait que le personnel infirmier sait que les conflits interfamiliaux ont un impact sur les décisions prises pour la personne âgée, certains professionnels se dissocient de ces conflits et semblent manquer de leadership. Par exemple, lorsque deux parents en conflit sont mandataires dans le même

dossier, c'est le médecin qui doit parfois se positionner et trancher. L'infirmière ne peut pas prendre de décisions pour la personne âgée.

Non-reconnaissance de la maltraitance et peur de la signaler. Il existe une fluctuation de la sensibilité à la maltraitance aux personnes âgées au sein du personnel soignant. Par exemple, un personnel soignant peut avoir vécu de la violence et ne pas reconnaître la maltraitance, car pour eux « ça semble normal, même si on dit que ce n'est pas bon » (E-07). Dans les propos des participantes, on perçoit qu'elles ne reconnaissent pas toujours les différents types et formes de maltraitance. Par exemple, certaines utilisent ou entendent des termes infantilisants pour parler de la personne âgée ou de sa maladie, comme « ce sont des petits enfants, leur cerveau est fini ; petite mère ou encore ma belle dame ». D'autres ne reconnaissent pas les blasphèmes comme une forme de maltraitance psychologique. Aussi, la majorité des participantes mentionnent la nécessité d'agir contre la maltraitance. Une participante nuance en expliquant que la maltraitance physique et psychologique est intolérable, mais qu'elle est moins intransigeante face à la négligence dans les soins, comme le fait de ne pas changer la culotte d'incontinence d'une personne âgée en temps opportun.

La tolérance aux mauvais traitements peut être induite par une peur de vivre des représailles, d'être repoussé, rejetée ou ne pas être aimée si on signale des situations de maltraitance commise par une collègue de travail ou par un sentiment de ne pas pouvoir les signaler en raison de son statut professionnel. Une participante rapporte les propos qu'elle peut entendre lorsqu'elle invite le personnel soignant à signaler des situations de

maltraitance : « Bien moi, je ne vais rien dire. Moi, je ne vais rien dire parce que j'ai peur, tu sais, j'ai peur de ne pas me faire aimer. J'ai peur d'être comme discréditée au niveau des autres employés, peur des représailles » (E-06). Certaines participantes se sentent tiraillées à l'idée de signaler des situations de maltraitance commise par une collègue de travail, car elles travaillent ensemble. Une autre participante corrobore cette affirmation et explique que certains membres du personnel soignant préfèrent garder le silence, car ils ne veulent pas perdre le lien de confiance qui unit les employés. Lorsque des participantes les sensibilisent à signaler des situations de maltraitance observées, certains membres du personnel soignant approuvent ouvertement cette action « mais c'est ceux qui ne le feront pas » (E-06). De plus, quelques participantes rapportent que le fait de manquer de formation sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence ou sur la maltraitance aux personnes âgées favorise des soins de moindre qualité. Néanmoins, une participante nuance ce point en affirmant que l'« on peut former des gens sur tout, sur n'importe quoi, mais si on ne permet pas d'appliquer cette mesure, cette formation-là ça ne sert à rien » (E-05).

Vulnérabilité de la personne âgée vieillissante

Dépendance et difficultés communicationnelles de la personne âgée. Toutes les participantes rapportent que des facteurs internes à la personne âgée peuvent jouer un rôle dans l'apparition de la maltraitance commise à leur encontre. Cela peut être lié à leur dépendance aux soins, à leurs difficultés à exprimer leurs besoins, mais aussi à leurs comportements. Pour plusieurs participantes, la perte d'autonomie peut faciliter la maltraitance, car la personne âgée « est dépendante des soins que nous lui offrons » (E-07).

Une participante donne l'exemple d'une personne âgée qui reste dans ses selles, car personne n'est venu la changer malgré le fait qu'elle ait demandé de l'aide. En plus de la dépendance aux soins, les difficultés communicationnelles sont un autre facteur facilitant la maltraitance. Une participante met en valeur le fait que le personnel infirmier doit être sensible à l'expression verbale et non verbale des besoins de la personne âgée.

C'est sûr que la personne, elle est vulnérable. Souvent, on a des gens qui ne parlent pas, c'est nous qui, qui sommes dans le fond ses gestes [...] c'est nous qui gérons la personne veut, veut pas, si elle est plus capable de nous dire si elle a envie de pipi ou [...] si elle veut prendre un bain ou si elle a faim. Ça fait que tu sais, me semble, ça doit être, c'est plus facile peut-être de maltraiter une personne qui n'a pas [...] de défense. (E-03)

Manque de sensibilité du personnel soignant à la vulnérabilité de la personne âgée. Une autre participante explique qu'elle est déjà intervenue auprès d'une équipe soignante qui manquait de sensibilité envers une personne âgée qui ne parlait pas. En effet, certains membres du personnel lui prodiguaient un bain, mais sans l'aviser auparavant des soins qui allaient être effectués, ce qui a créé une situation stressante et incompréhensible pour la personne âgée. Une participante précise qu'elle est sensible à l'expression non verbale des personnes âgées avec des troubles cognitifs. Elle intervient « aussitôt que je vois ses petits yeux qui commencent à être menaçants un petit peu, je sais qu'il faut que j'agisse tout de suite, puis je vais donner son médicament PRN. Parce que c'est le seul moyen. » (E-04). Elle explique aussi que l'hyperstimulation des personnes âgées, par exemple par d'autres personnes âgées, des visiteurs ou encore le personnel soignant peut avoir un impact sur leur comportement. Elle donne l'exemple suivant :

Le résident circulait en fauteuil roulant. Puis pour une cause inconnue, le monsieur a voulu frapper la préposée. Puis elle disait : « Non, non, il ne faut pas me frapper ». Ça fait qu'elle a comme mis son pied sur le côté du fauteuil

roulant pour que le monsieur empêche de circuler. Mais si le monsieur avait circulé, peut-être que son niveau d'agressivité aurait diminué. Ou elle aurait peut-être dû juste se lever debout, prendre le fauteuil et apporter le monsieur dans sa chambre. Ça aurait été plus tranquille. Mais là, le monsieur a escaladé. Aussitôt qu'il se sentait pris au corridor. (E-04)

D'autres participantes corroborent le fait que l'agressivité de la personne âgée, qu'elle soit verbale ou physique, est un facteur facilitant la maltraitance, car elle encourage parfois « le préposé ou bien l'infirmière, ou n'importe qui, à être [...] maltraitant envers lui » (E-07). Une participante rapporte qu'une situation de maltraitance impliquant une personne âgée présentant des troubles cognitifs est entre les mains de sa gestionnaire. Lors de l'incident, le personnel soignant a manqué de sensibilité face aux troubles du comportement de ladite personne, qui sont connus et acceptés par la famille, en l'obligeant à accepter des soins ce qui l'a amené à faire de la résistance aux soins.

Dégradation de la qualité de vie des personnes âgées

Besoins non comblés de la personne âgée. Selon plusieurs participantes, le manque fréquent de personnel et le manque de temps à accorder aux personnes âgées sont les raisons qui expliquent que des besoins des personnes âgées ne sont pas comblés. Ces besoins sont physiques, psychologiques, sociaux et spirituels. Une participante mentionne que dans ce contexte, le personnel soignant donne uniquement le repas principal à manger à la personne âgée, et ce même si elle a envie de manger tout le cabaret, ce qui amène une perte de poids, de force et d'autonomie fonctionnelle. En outre, le fait qu'elle soit dépendante d'autrui pour se lever ou se déplacer implique qu'en raison du manque de personnel soignant, elle peut rester jusqu'à l'heure du midi dans son lit ou rester assise de longues heures dans son fauteuil.

Certaines pratiques observées par les participantes sur leur milieu de travail empêchent la personne âgée de se mouvoir librement. Par exemple, on peut bloquer le fauteuil roulant ou retirer la marchette pour empêcher la déambulation ou monter les ridelles du lit en début de soirée afin d'éviter que la personne âgée puisse se coucher seule. Ainsi, elle doit attendre la venue du personnel soignant pour pouvoir s'aliter, mais cela augmente son risque de chute. Dans un contexte de manque de personnel, plusieurs participantes mentionnent que les bains ne sont pas toujours donnés. Selon une participante c'est une forme de maltraitance et elle peut concevoir que les familles des personnes âgées s'en offusquent. Comme ce professionnel le rappelle, les soins d'hygiène sont réalisés même si la personne âgée n'a pas reçu de bain. De plus, il existe des directives indiquant les activités à déléster en fonction du nombre de personnes manquantes. Par exemple, lorsqu'il manque un préposé, les deuxièmes bains ne sont pas administrés, tandis que s'il manque deux préposés, le premier bain pourrait ne pas être administré. Au Québec, les personnes vivant en ESI ont le droit d'avoir deux bains ou douches par semaine (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2017). Une autre participante explique que ce n'est pas une question de mauvaise volonté que les bains ne soient pas donnés, mais bien en raison d'impératif organisationnel.

Puis, tu sais, l'histoire des premiers bains, deuxième bain, là, quand on manque de personnel, c'est sûr, tu sais, sur le coup, on ne peut pas donner un bain. Ma préposée ne peut pas partir 45 minutes donner un bain à la baignoire puis laisser l'unité un peu sans surveillance. Mais à tout prix, on va essayer de le reprendre. Parce qu'on comprend que c'est important. (E-06)

De plus, lorsque le personnel soignant manque de temps, l'autonomie de la personne âgée est compromise. « Un patient qui est capable de se laver le visage, de se laver les

mains [...] Tu n'as pas le temps de le laisser faire, lui. Parce que ça prend du temps, tu vas le faire » (E-06). Selon quatre participantes, les soins liés à l'incontinence ne sont pas toujours adéquatement réalisés. Certaines personnes âgées peuvent rester dans leurs excréments, car elles refusent les soins ou c'est parce que le personnel soignant refuse de répondre, parfois de manière volontaire, aux besoins verbalisés par les personnes. Outre les besoins physiques non comblés de la personne âgée, ses besoins psychologiques, sociaux, spirituels peuvent être altérés.

Toutes les participantes rapportent avoir été témoins, au quotidien de leur pratique en ESI, de problématiques de communication entre le personnel soignant et la personne âgée. Le personnel peut s'adresser à elle en étant bête, sec, rude, en ne lui prêtant pas attention ou en ne l'écoutant pas. Une participante rapporte avoir entendu une personne dire « Bien câlice, lâche-moi ! Ça ne me tente pas. Touche-moi pas ! » (E-04), lorsque la personne âgée lui flattait le bras. Il arrive aussi que certains membres du personnel soignant préfèrent discuter ensemble pendant qu'ils réalisent conjointement un soin, en excluant la personne âgée de leur échange. Une participante explique que dans un contexte de manque de personnel, malheureusement, elle se retrouve dans l'obligation d'administrer des médicaments au besoin pour calmer l'anxiété et l'agitation d'une personne âgée, car personne n'est disponible pour la rassurer. Selon elle, cette personne âgée aurait avant tout besoin d'une présence humaine à ses côtés, plutôt que d'une médication anxiolytique. Dans un autre registre, les volontés des personnes âgées sont parfois ignorées par certains membres du personnel soignant. Par exemple, une personne âgée qui avait le droit à fumer

une cigarette par heure n'était pas accompagnée dehors, car cela « tapait sur les nerfs [du soignant] d'aller l'allumer » (E-04).

Dégradation de la condition physique et psychologique de la personne âgée.

Selon plusieurs participantes, la condition psychologique de la personne âgée se détériore lorsqu'elle vit de la maltraitance. Elles ont toutes pu observer une modification de son comportement. La personne âgée peut devenir plus renfermée sur elle-même, lancer des choses ou avoir un comportement désagréable, car elle a peur ou vit de la tristesse. L'inverse peut aussi se produire. Une participante nous informe que la personne peut se replier sur elle-même :

[Elle vient] vraiment plus calme, ce n'est pas la même personne parce, c'est quelqu'un qui est très... comment dirais-je, taquineuse, qui va en passant ah vous travaillez fort ce soir hein, ah courage, ça devrait aller ! Mais qui est plus calme, qui est plus réservée. (E-07)

Une participante rapporte qu'une personne âgée qui était maltraitée psychologiquement par un de ses enfants vivait « beaucoup d'anxiété. Elle pleure, elle demande souvent pour... elle a une autre fille là, demande souvent pour voir sa fille » (E-03).

Quelques participantes mentionnent que des personnes âgées ont subi un impact physique à la suite de maltraitance perçue ou rapportée. Une distinction est faite entre ses deux termes, car dans les entretiens, personne n'a mentionné avoir vu la maltraitance être commise et avoir dû gérer ses conséquences. Les propos des participantes s'appuient sur des notes au dossier de la personne âgée, des ouï-dire dans l'équipe soignante et d'une supposition que les soins n'étaient pas prodigués convenablement. Les conséquences

mentionnées consistent en des brûlures corporelles, une dermatite d'incontinence, la présence d'écorchure dans le dos et des traces d'égratignures.

Altération de la relation soignant-soigné. Plusieurs participantes relèvent également avoir pu observer une altération de leur relation avec la personne âgée en présence de maltraitance commise par le personnel soignant. Une participante explique qu'après avoir été témoin d'une réponse émise rudement à l'encontre d'une personne âgée, cette dernière lui aurait verbalisé ne plus vouloir parler à cette soignante, car celle-ci avait été méchante envers elle. Une autre participante rapporte que à la suite d'un incident entre un membre de l'équipe soignante et une personne âgée, cette dernière a dû recevoir un médicament au besoin et qu'ensuite la collaboration a été difficile à obtenir. La participante n'a pas pu réaliser des soins, car selon elle, le lien de confiance avait été brisé entre la personne âgée et l'équipe soignante. D'autres participantes ont aussi remarqué cette perte de confiance qui peut se manifester par un sentiment d'insécurité, de la frustration, une réticence aux soins, le fait ne pas vouloir se faire approcher ou de demander de l'aide. Une participante explique son point de vue à propos des conséquences de la maltraitance commise par le personnel soignant sur la personne âgée. Selon elle, la perte de confiance en l'équipe soignante peut amener la personne âgée à faire un syndrome de glissement et à en mourir.

Une personne âgée qui vit de la maltraitance, ça fait [...] comme un cercle vicieux parce que la personne [...] va se refermer. La personne va être dégoûtée, même, des soignants. N'importe quel soignant qui s'approche, la personne va... va être réservée, ne va pas vouloir. [...] On tourne dans un pattern et puis c'est... on ne s'en sort pas. La personne va perdre son autonomie. Ça va, comme, être comme un glissement et puis la personne va tout droit vers la mort. (E-05)

Instauration d'un climat de méfiance

Climat de méfiance entre la famille et l'équipe soignante. Plusieurs participantes rapportent que les familles questionnent la qualité des soins administrés et font des plaintes auprès de l'équipe soignante, parfois même auprès du gestionnaire. Les plaintes peuvent être orales ou écrites. En revanche, comme le mentionne une participante lorsque les plaintes sont écrites et qu'elles sont adressées à plus haut niveau, des effets collatéraux se font ressentir sur la personne âgée. L'équipe soignante va se méfier de la personne âgée, ne plus vouloir en prendre en soin et lorsqu'elle s'en occupe, elle peut lui mentionner à quel point « tes enfants, ils sont des casse-pieds » (E-05). Les plaintes sont liées notamment aux soins d'hygiène tels que les bains et le nettoyage des dentiers, à l'alimentation, à l'administration des médicaments.

Il manque beaucoup de PAB, donc [...] il y a des fois qu'il n'y a pas de bain. Il y a tout le temps des plaintes. Ce n'est pas un manque de respect ou bien l'agressivité [...] envers les personnes âgées, généralement justes des futilités pour le bain, ou bien des toilettes ou bien quand il manque de personnel, des fois, tu trouves un client qui est assis, donc, toute la journée parce qu'il manque des... des PAB. (E-01)

Face à aux doléances exprimées par les familles, une participante explique qu'elle met en place un tableau de suivi des manquements remarqués par celles-ci. Cela implique que les membres du personnel soignant doivent compléter ce document en indiquant si les soins ont été réalisés et, si non, les raisons explicatives. Des participantes rapportent que certaines familles considèrent qu'il y a maltraitance alors que pour elles, il n'y en a pas. Cela peut être lié au fait qu'elles refusent ou ne peuvent accéder à leurs demandes telles que faire le tour des ongles après les repas ou installer de multiples cadres aux murs. Une participante raconte une de ses expériences en lien avec une de ces situations : « on ne peut

pas faire des trous où on veut. [...] C'est le genre de famille qui vont se plaindre haut et fort de maltraitance alors que c'est juste parce qu'on n'a pas rentré dans les détails qu'ils voulaient » (E-06). Une autre participante mentionne avoir dû gérer des familles qui n'avaient aucune patience auprès des nouveaux membres de l'équipe soignante. Par exemple, lorsqu'une personne mettait la mauvaise culotte d'incontinence ou oubliait certaines choses, la famille émettait un fort jugement à l'encontre du personnel soignant quitte à affirmer qu'elle devrait être congédiée ou encore dire « elle ne vaut pas de la m... » (E-02).

Quand que ça critique puis que ça sacre puis que ça fait tout le temps [ça], j'ai comme... c'est un malaise pour nous [...] des fois, il faut les remettre un peu dans... dans ce qu'on vit, tu sais, juste pourquoi vous pensez qu'on a tant de gens qui sont en maladie, qui se blessent puis tout ça. Il faut faire attention, faites attention à ce que vous dites. Après ça, la majorité, ils s'excusent. Ou d'autres, bien tu sais, ils ne s'excusent pas, mais on voit qu'ils ont, qu'ils reprennent la conversation, puis ça a passé. Mais... puis il y en a d'autres, ils sont très, très compréhensifs là, ils ne regardent pas ça ces petites affaires-là, là. Parce que ce n'est pas voulu, c'est un oubli (E-02).

Le fait que les familles se plaignent fait en sorte que la personne âgée concernée reçoit une plus grande attention de la part de l'équipe soignante, mais cela crée aussi un sentiment de frustration auprès du personnel soignant. Une participante rapporte qu'une famille a déjà rapporté auprès de l'équipe soignante que l'aménagement des couvertures sur le lit de son parent ne correspondait pas à ce qu'elle désirait, sans prendre en considération le travail effectué par le personnel soignant.

Puis toi, tu te dis : pourtant, j'ai lavé ton parent. Il a mangé. Il a été aux toilettes. Tous les besoins ont été comblés. Mais ça s'accroche sur des détails. Ça, le personnel, à un moment donné, vient amer de ça, là. De ces familles-là qui prennent beaucoup de place d'ailleurs. Toi, tu as l'impression de donner ton 500 %, mais la famille a l'impression que tu donnes 10 %. Ça, c'est très lourd pour le personnel qui donne le soin, là. (E-06)

Outre les plaintes, les familles peuvent demander l'installation d'une caméra de surveillance afin de s'assurer que leur proche reçoit des soins de qualité et ne vit pas de maltraitance. Le personnel soignant n'est pas avisé de la localisation de ces systèmes de surveillance, mais lorsqu'il commence à s'en douter, cela crée un climat de malaise, car ils savent que tous leurs gestes et paroles sont surveillés et peuvent être utilisés à leur encontre. L'utilisation de la caméra peut aussi être utilisée, non dans le but de veiller à la qualité des soins, mais aussi pour surveiller et contrôler le personnel soignant. Une participante mentionne avoir entendu l'histoire d'une famille qui en a abusé. Cette dernière appelait sur les étages à 8 h 35 pour dire au personnel soignant d'aller administrer la médication prescrite à 8 h 30 à son parent, sans prendre en considération que toutes les médications des personnes âgées sont prévues d'être administrées au même moment, soit 8 h 30.

Surveillance et suivi de la personne suspectée de maltraitance. En cas de maltraitance suspectée ou rapportée, des participantes mentionnent observer, surveiller, puis signaler la personne possiblement maltraitante. Comme l'explique une participante, « On parle des petits gestes qu'on observe, on aimerait se rassurer d'abord que c'est vraiment ça. Et quand on se rassure que c'est ça [...] on sait que nous, on a l'obligation justement de... de signaler » (E-07). Des participantes mentionnent que lorsqu'elles ont des doutes sur un membre de l'équipe soignante, elles le surveillent de plus près, le suivent, font des tournées plus fréquentes, et écoutent aux portes pour percevoir les échanges entre la personne âgée et celui-ci, et ce, afin de collecter des données. Voici ce que mentionne une participante à ce sujet :

Il y a des préposés qui venaient me voir en me disant : « Je trouve qu'elle, elle a été *rough* avec ». Ou que : « Elle, elle ne lui dit pas de bonnes paroles ». Donc, moi, je me déplace immédiatement quand ça arrive. Puis je fais beaucoup de *spot check*. Donc, sans avertissement. Tu sais, je sais que ce n'est pas la bonne approche, parce que je rentre sans cogner, mais on s'entend que quand je fais ça, c'est que je veux surprendre l'employé en flagrant délit, en bon français, tu sais. (E-06)

Cette même participante explique qu'elle a connaissance que des membres de l'équipe soignante ne s'apprécient pas, ce qui fait qu'elles vont se surveiller conjointement et signaler auprès de l'infirmière-cheffe toutes les choses que l'autre ne fait pas correctement. Le fait d'avoir un doute sur un collègue de travail crée un climat tendu et de stress entre les personnes qui suspectent la maltraitance et celle qui pourrait la faire. Une participante mentionne ne plus avoir confiance dans une de ses collègues et avoir toujours des doutes à son encontre. La personne témoin d'un mauvais traitement peut se sentir fâchée et peinée face à cette situation, car elle ne peut concevoir que ses parents ou elle-même puissent vivre cette situation lorsqu'ils seront placés en ESI. Face au personnel soignant problématique, les participantes mentionnent privilégier l'approche directe et en discuter individuellement avec la personne concernée. Si cette personne ne change pas de comportement après plusieurs remarques, la problématique est communiquée aux gestionnaires. Les conséquences observées à la suite de cette intervention sont : l'amélioration de son comportement, l'obligation de respecter les volontés de la personne âgée, des excuses adressées à la personne âgée lésée et son congédiement possible.

Finalement, lorsque la maltraitance est commise par un membre de la famille, l'équipe soignante porte une plus grande attention aux interactions entre celui-ci et la

personne âgée. L'équipe surveille, par exemple, l'apparition de blessures physiques au retour des visites de la personne âgée dans sa famille. Avec les informations collectées, le personnel infirmier avise ensuite la gestionnaire et la travailleuse sociale qui vont s'impliquer et traiter cette situation. Dans le prochain chapitre, les résultats découlant de l'analyse des données seront discutés.

Discussion

Dans ce chapitre, qui est subdivisé en trois parties, seront présentées une discussion des résultats, puis des implications de cette étude sur les cinq axes de la profession infirmière et pour conclure les forces et les limites de cette étude. La discussion permettra d'identifier certains facteurs réversibles ayant une incidence sur le comportement des infirmières en regard de la bientraitance et de la maltraitance et dans une moindre mesure ses conséquences.

Discussion des résultats

Selon les résultats de cette étude, de nombreux facteurs influencent l'apparition de bientraitance ou de maltraitance. Parmi ceux-ci, certains sont réversibles et d'autres non, comme la vulnérabilité de la personne âgée liée à ses difficultés communicationnelles ou à son état de santé. Afin de comprendre comment prévenir les conséquences de la bientraitance et de la maltraitance et améliorer la pratique infirmière, la discussion des résultats se portera sur les facteurs réversibles de la bientraitance et de la maltraitance. Ces facteurs, qui sont synthétisés dans la Figure 3, comprennent la charge de travail, les interactions avec la famille, le climat au sein de l'équipe soignante et les freins aux signalements de situations de maltraitance.

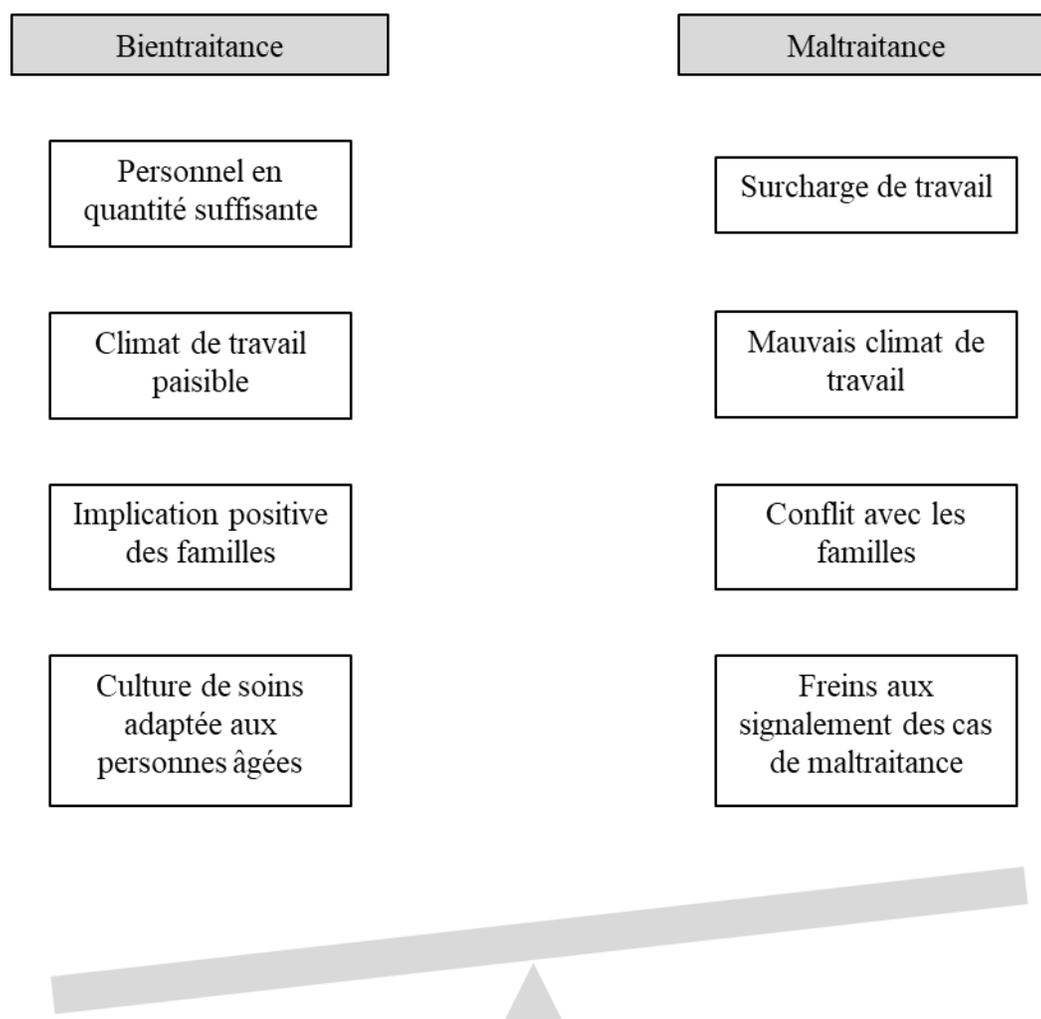


Figure 3. Facteurs réversibles contribuant à la bientraitance ou à la maltraitance.

Charge de travail

Selon les participantes, la charge de travail, qui est reliée au ratio soignant-soigné, est un facteur intervenant autant comme facilitateur de la maltraitance et de la bientraitance. Plusieurs chercheurs rapportent une corrélation positive entre une surcharge de travail, la tolérance aux comportements maltraitants (Shinan-Altman & Cohen, 2009) et la négligence envers les personnes âgées (Andela et al., 2021 ; Blumenfeld Arens et al., 2017 ;

Gonella, Basso, De Marinis, Campagna, & Di Giulio, 2019). Le manque de personnel entraîne une surcharge de travail et il n'est pas toujours aisé de réaliser des soins de qualité dans ces circonstances, même si le personnel soignant démontre un engagement à cet effet (Devik, Munkeby, Finnanger, & Moe, 2020). Dans ce contexte, les soins deviennent irrespectueux des habiletés des personnes âgées (Wangmo et al., 2017). Lorsque les soignants font « pour » le soigné et non « avec » lui, ce dernier se sent dévalorisé et invisible (Høyvik & Rehnsfeldt, 2020). Il perd son autonomie et ses opportunités de participer aux soins qui lui sont offerts (Hedman et al., 2019). Comme l'explique Myhre, Saga, Malmedal, Ostaszkievicz et Nakrem (2020), le soignant qui fait « pour » la personne âgée réalise une telle intervention pour gagner du temps. Par exemple, il peut lui offrir de porter une culotte d'incontinence à la place de l'accompagner aux toilettes. Néanmoins, lorsque le personnel soignant est en nombre suffisant, cela permet de prodiguer des soins centrés sur la personne (Gonella et al., 2019), qui est une des conditions favorisant la bienveillance (Gouvernement du Québec, 2017b). Dans les entrevues, les participantes mentionnent observer les bienfaits pour l'équipe soignante de travailler en effectif complet, voire en sureffectif. Cela peut prendre la forme d'une augmentation de l'implication et du bien-être de ses membres, ce qui a ensuite un effet positif sur la vie des personnes âgées.

Les participantes rapportent également que la lourdeur administrative impacte leur présence sur les unités, soit auprès des personnes âgées ou de l'équipe soignante. Pour comprendre ces données, Wangmo et al. (2017) expliquent que la gestion bureaucratique et la lourdeur administrative peuvent faciliter la maltraitance, car l'infirmière a moins de temps à accorder aux personnes âgées. Dans leur étude réalisée en Ontario, ces chercheurs

expliquent que les tâches administratives sont un élément transversal du travail infirmier. Les infirmières vivent de l'inquiétude face à l'augmentation de la charge administrative observée au cours des dernières années. Elles remarquent que cela a un impact sur la qualité des soins fournis, car le fait de documenter de nombreuses activités diminue la possibilité d'accorder du temps aux personnes âgées (Escrig-Pinol, Hempinstall, & McGilton, 2019). Une étude réalisée au Québec, en ESI, par Voyer et al. (2016), indique que lors d'un quart de travail de sept heures, une infirmière passe en moyenne une heure et vingt minutes à réaliser des tâches administratives. De plus, elle passe 54 % de son temps à réaliser des activités qui son propre à sa profession et le reste du temps à réaliser des tâches connexes. Toutes ces données permettent de mieux comprendre le phénomène exprimé par certaines participantes, soit celui de sous-exploiter le plein potentiel de leur champ d'exercice professionnel.

Interactions avec la famille

L'analyse met en évidence que la famille joue un rôle important dans la prévention de la maltraitance et que, dans une moindre mesure, elle y contribue parfois. Elle peut demander l'installation de caméras pour surveiller les soins prodigués à leur parent, émettre des plaintes sur la qualité des soins donnés et demander au personnel soignant de porter une plus grande attention à leur parent. Leur relation peut avec le personnel soignant peut être harmonieuse ou conflictuelle. Dans tous les cas, les participantes rapportent que l'implication familiale est une valeur ajoutée pour les personnes âgées et qu'elles apprécient leur implication dans les soins. Or, selon des proches aidants, leur rôle est de s'assurer que leur proche est en sécurité, reçoit tous les soins requis (Fetherstonhaugh,

Rayner, Solly, & McAuliffe, 2021) et de compenser le manque de soins prodigués (Saga, Blekken, Nakrem, & Sandmoe, 2021). Selon les participantes de cette étude, la bienveillance est facilitée lorsqu'il existe un lien de confiance entre le personnel soignant et la famille. Ce lien de confiance est basé sur une communication et une collaboration ouverte, transparente et authentique. Ce lien de confiance est possible si les familles peuvent s'impliquer dans la prise de décision de leur parent, faire reconnaître leurs attentes en matière de soins (Gonella et al., 2019 ; Hedman et al., 2019), défendre les intérêts (advocacy) de leur proche (Gonella et al., 2019) et savoir que les soins prodigués sont de qualité (Fetherstonhaugh et al., 2021). Cela s'articule par l'intermédiaire d'une relation centrée sur la collaboration (Kong, Kim, & Kim, 2021) et sur la communication entre la famille et l'équipe soignante (Hedman et al., 2019). Pour ce faire les infirmières doivent posséder et mettre en pratique leurs compétences interactionnelles et pédagogiques (Kiljunen et al., 2017). Ces interactions positives permettent de prodiguer des soins centrés sur la personne âgée (Kong et al., 2021) et de faciliter leur autonomie et leur participation dans leur milieu de vie (Hedman et al., 2019). Pour conclure, lorsque la famille se sent soutenue par les membres de l'équipe soignante, elle en déduit que ces derniers s'occupent correctement de leur proche (Gonella et al., 2019).

En revanche, lorsque les familles remarquent que les soins ne sont pas comblés (Gonella et al., 2019) ou que l'équipe soignante néglige de leur communiquer de l'information ou qu'elles n'obtiennent pas de réponses de leur part, elles commencent à se méfier (Fetherstonhaugh et al., 2021 ; Saga et al., 2021). Elles peuvent utiliser la coercition formelle ou informelle pour faire avancer les choses (Devik et al., 2020) ou exercer le rôle

d'avocat de leur parent afin de s'assurer de son bien-être (Fetherstonhaugh et al., 2021 ; Saga et al., 2021). De plus, au Québec la personne âgée ou sa famille peuvent demander l'installation d'une caméra de surveillance dans sa chambre afin de s'assurer de la qualité des soins prodigués, de veiller à la sécurité de la personne âgée et de repérer des situations de maltraitance. Cette stratégie de surveillance est encadrée par le Règlement concernant les modalités d'utilisation de mécanismes de surveillance par un usager hébergé dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre d'hébergement et de soins de longue durée (Gouvernement du Québec, 2021b). Dans l'étude de Saga et al. (2021), les familles de personne âgée maltraitée en ESI rapportent leurs expériences. Elles ont remarqué qu'en posant des questions ou en faisant des remarques sur la qualité des soins, le personnel soignant a changé de comportement à leur égard. Elles étaient devenues des familles « gênantes » et vivaient, de leur part, du mépris, de l'arrogance, du rejet et une crainte de subir des représailles. Quant aux gestionnaires, ils pouvaient nier ou amoindrir les incidents observés et rapportés par les familles (Saga et al., 2021). Dans la présente étude, des participantes mentionnent le fait que certains proches des personnes âgées sont considérés par l'équipe soignante comme étant exigeants, voire problématiques, car ils questionnent la qualité des soins reçus et du fonctionnement de la vie en ESI. Un climat de méfiance s'installe entre le personnel soignant et la famille. Cette dernière se plaint des soins, ce qui amène les travailleurs de la santé à éviter les interactions avec elle par crainte de subir des remarques désobligeantes. Ceci peut même devenir de la maltraitance envers les proches aidants. Éthier et al. (2020) mentionnent que ce type de maltraitance peut prendre différentes formes, par exemple faire des blâmes ou des remarques déplacées,

intimider, parler avec condescendance, nier l'expertise et la contribution sociale, écarter des décisions prises.

Les participantes rapportent également que la maltraitance des personnes âgées peut être réalisée par des membres de la famille. La surveillance des interactions, lorsque cela est possible, est réalisée par l'équipe soignante et le suivi de la situation est fait par le gestionnaire. Dans l'étude de Myhre et al. (2020), les gestionnaires d'ESI expliquent être confrontés à des personnes âgées vivant de la maltraitance de la part de sa famille, mais que celles-ci refusent parfois que quiconque se mêle de sa relation avec son parent maltraitant. Face à cet hermétisme, ils manquent de stratégie ou d'autorité pour faire changer cette dynamique relationnelle et viennent à tolérer les préjudices vécus par la personne âgée. Pour comprendre cette situation, Jackson (2016) explique que la maltraitance aux personnes âgées dans la communauté est majoritairement réalisée par des membres de la famille. Les facteurs de risque diffèrent de la maltraitance commise en ESI. Johannesen et Logiudice (2013) expliquent que dans la communauté, le fait d'être dépendant financièrement et physiquement d'autrui, d'être isolé socialement, d'être victime de maltraitance antérieure, d'avoir des relations familiales conflictuelles ou absentes et d'être atteint de troubles cognitifs favorisent la maltraitance.

Climat au sein de l'équipe soignante

Les résultats montrent que la dynamique au sein de l'équipe soignante est un facteur ayant une influence sur la bientraitance et la maltraitance des personnes âgées. Ils soulignent, entre autres, que la bientraitance est facilitée lorsque le personnel soignant

travaille dans un climat paisible, soit sans conflit interpersonnel et dans un esprit d'entraide, de collaboration et en utilisant la communication bienveillante. Ce résultat est cohérent avec Andela et al. (2021) qui démontrent dans leur étude l'existence d'une corrélation négative entre la qualité des relations au sein de l'équipe soignante et la maltraitance aux personnes âgées. Selon Nordström et Wangmo (2018), un climat de travail sain est possible lorsque le personnel soignant collabore. Or, la culture d'équipe peut devenir mauvaise lorsque le personnel soignant travaille dans un environnement stressant, dans un contexte de manque de personnel et de soutien de la part de ses collègues. Pour remédier à cette problématique, il est recommandé d'encourager une culture d'entraide (Wangmo et al., 2017). Pour faciliter le travail d'équipe, l'infirmière doit avoir des compétences interactionnelles (Kiljunen et al., 2017) dont notamment certains attributs à la conversation bienveillante, par exemple être curieuse, considérer d'autres perspectives et faire des compromis (Dewar & MacBride, 2017).

Selon certaines participantes le manque de supervision et de présence sur le terrain des infirmières-chefes et des gestionnaires diminue la possibilité de faire un suivi de la qualité du travail effectué du personnel soignant et de prévenir la maltraitance. Band-Winterstein (2015) rapporte qu'auparavant, l'évaluation des soins était réalisée en observant l'hygiène de la personne âgée alors que maintenant elle est réalisée en se fiant aux documents complétés. La rencontre avec la personne âgée n'est plus nécessaire, ce qui accentue l'invisibilité de cette dernière et pourrait ainsi favoriser la négligence. Pour que le gestionnaire soit un facteur protecteur vis-à-vis la maltraitance, il doit avoir une bonne relation avec son équipe soignante (Andela et al., 2021) ce qui implique d'être engagé,

faire preuve de leadership et connaître les personnes âgées pour comprendre les défis vécus par le personnel soignant (Nordström & Wangmo, 2018). Devik et al. (2020) explique que lorsque l'équipe soignante est confrontée à des défis éthiques comme réaliser des soins de qualité dans un contexte de manque de personnel, l'implication du gestionnaire est importante. En favorisant le dialogue et en offrant son soutien, le gestionnaire permet de soutenir les réflexions émergent de la pratique, de rassurer le personnel soignant sur les soins actuellement prodigués, d'augmenter son sentiment de sécurité et de favoriser sa résilience au travail. Sans cela, le manque de soutien du gestionnaire (Botngård et al., 2021) et de rencontre d'équipe (Hov et al., 2013) est susceptible de favoriser la maltraitance aux personnes âgées. Une participante dans la présente étude rapporte l'importance d'avoir un lien de confiance avec sa gestionnaire pour se sentir suffisamment confortable pour signaler des situations de maltraitance commise par ses collègues. En l'absence de ce lien de confiance, il est possible que le personnel infirmier garde le silence sur la maltraitance observée.

Freins au signalement de situations de maltraitance

Les participantes de la présente étude révèlent différentes façons de réagir à la maltraitance des personnes âgées. Certaines présentent des difficultés à reconnaître la maltraitance ou n'osent pas intervenir lorsqu'elles remarquent une situation préoccupante, alors que d'autres privilégient l'intervention directe. Les raisons évoquées par les infirmières de garder le silence sont la crainte de vivre des représailles et de perdre le lien qui les unit avec leurs collègues de travail. Certains participants mentionnent que lorsqu'elles font de la sensibilisation auprès des PAB de signaler des situations de

maltraitance, plusieurs d'entre eux préfèrent garder le silence par crainte de représailles. Ce fait est un élément à considérer dans une perspective de prévention de la maltraitance envers les personnes âgées, car une participante mentionne avoir subi des effets néfastes sur sa vie professionnelle et personnelle après avoir signalé des situations problématiques.

Selon Nordström et Wangmo (2018), l'infirmière exerce sa profession en se basant sur des idéaux tels que l'altruisme et le maintien du bien-être des personnes soignées. La maltraitance envers les personnes âgées évoque l'impossibilité, pour l'infirmière, de respecter ces principes au quotidien de sa pratique. Les participants à cette étude expliquent cette situation par un manque de formation, d'expérience préalable auprès des personnes âgées et une surcharge chronique de travail. La qualité du leadership infirmier est importante afin de prévenir la maltraitance (Nordström & Wangmo, 2018). Il peut arriver que l'infirmière trahisse ses valeurs et les volontés de la personne âgée en raison de ses obligations envers son employeur (Hov et al., 2013). Par exemple, il existe un fossé entre ce qu'aimerait réaliser le personnel soignant afin de prodiguer des soins de qualité et les réalités du terrain, se caractérisant notamment par une pénurie de personnel soignant. Ceci est un exemple de défi éthique en ESI (Devik et al., 2020). Les dilemmes éthiques sont fréquents en ESI. L'infirmière doit les reconnaître, amorcer un processus de délibération et de résolution de problèmes, pour ensuite les résoudre en partenariat avec les membres de l'équipe. Cela lui demande d'avoir des compétences réflexives, mais également en leadership, en communication et en collaboration interdisciplinaire (Kiljunen et al., 2017). En effet, la réflexivité critique est un outil pour lutter contre l'âgisme dans les soins de santé aux personnes âgées (Flores-Sandoval & Kinsella, 2020).

L'étude de Moore (2020) permet de mieux comprendre l'ampleur de la prévalence de la maltraitance en ESI. En effet, dans une étude menée au Royaume-Uni réalisée dans 11 ESI auprès du personnel soignant, environ 80 % (n=259) des participants indiquent avoir été témoins de maltraitance. Les données ont été collectées en utilisant un questionnaire anonyme. Dans une étude exploratoire transverse réalisée en Norvège par Botngård, Eide, Mosqueda, et Malmedal (2020), le personnel soignant de cent ESI ont reçu un questionnaire à compléter. 76 % (n=2435) du personnel soignant indique avoir été témoin de maltraitance et 60,3 % (n=1881) mentionne avoir commis un acte de maltraitance durant l'année en l'encontre des personnes âgées. Plus le niveau de scolarité est élevé, plus le personnel soignant rapporte qu'il fait lui-même de la maltraitance. Les actes les plus couramment faits sont de crier contre la personne âgée, l'ignorer, retarder ses soins, négliger ses soins buccodentaires et interdire l'utilisation de la sonnette d'alarme (Botngård et al., 2020). Dans les faits, il existe des moyens pour dissimuler la maltraitance, comme le maintien de l'information au sein de l'ESI, la dédramatisation par le personnel soignant de la maltraitance commise, la demande expresse des gestionnaires de garder le silence si l'employé veut maintenir son emploi ou avoir accès à des formations (Moore, 2020). Lorsque le signalement de situations de maltraitance est fait, celui-ci est parfois ignoré, nié par l'employeur ou fait l'objet d'une investigation. S'il est investigué, certains signaleurs ne croient pas que cela aura un impact sur la sécurité des patients (Lim, Zhang, Hussain, & Ho, 2021). Selon Moore (2020), pour 30 % des cas de maltraitance l'incident n'est pas signalé aux gestionnaires et lorsqu'il est signalé, les gestionnaires interviennent sur trois incidents sur quatre.

Dans la présente étude, certaines infirmières rapportent que certains membres de l'équipe soignante verbalisent ne pas vouloir signaler des cas de maltraitance ou signifier leurs intentions de le faire, sans que cela se traduise dans les faits. Ils ont notamment peur de vivre des représailles de la part de leurs collègues et de les trahir s'ils signalent des situations de maltraitance. Des participantes mentionnent que les PAB ont une charge de travail importante et que le manque de personnel est très fréquent, ce qui augmente leur charge de travail. Pour comprendre la perception des membres du personnel soignant de maintenir le silence lorsqu'ils sont témoins de maltraitance, Pickering et al. (2017) expliquent ce processus. Malgré des idéaux forts de ce que doivent être des soins de qualité aux personnes âgées, l'environnement de travail empêche le personnel soignant de les prodiguer. Cette situation les amène à tourner les coins ronds, prioriser certains soins au détriment d'autres et se désengager dans leur relation auprès de la personne âgée. Les participants reprochent aux administrateurs qui peuvent être des infirmières ou des gestionnaires de leur infliger une surcharge de travail et de ne pas intervenir lors d'incidents critiques. Lorsque le personnel soignant perd confiance dans leurs gestionnaires immédiats, il préfère maintenir le silence sur la maltraitance observée, les comportements criminels de leur collègue et notamment sur les changements dans l'état de santé des personnes âgées (Pickering et al., 2017). Les raisons invoquées de maintenir ce statu quo sont la perception que rien ne va changer et la crainte de vivre des représailles (Cole et al., 2019 ; Pickering et al., 2017). Cole et al. (2019) s'est intéressé au pourcentage de personne qui ont subi des représailles à la suite du signalement de situations de pratique non sécuritaire. Dans environ trois quarts ($n=263$) des cas, l'infirmière n'a pas vécu de représailles de la part d'autrui. Néanmoins, les conséquences pour les signaleurs sont multiples. Ils peuvent être renvoyés,

suspendus, vivre du harcèlement, de l'intimidation, de la diffamation de la part de leurs collègues de travail et de leurs supérieurs. Cela a un impact sur leur santé mentale et physique. Plusieurs d'entre eux estiment qu'ils doivent composer avec le sentiment d'avoir trahi leurs collègues (Lim et al., 2021).

Les participantes de cette étude expliquent que le manque de personnel est omniprésent et que cela engendre une augmentation de leur charge de travail donc une diminution du temps alloué aux personnes âgées, qui vivent alors une diminution de leur autonomie et de leurs besoins comblés. Même si ces professionnelles remarquent de la maltraitance, elles ne souhaitent pas toujours la signaler. Or, au Québec, selon la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (Gouvernement du Québec, 2021a), l'infirmière doit signaler auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services toute situation dans laquelle elle a un « motif raisonnable de croire qu'une personne est victime d'un geste singulier ou répétitif ou d'un défaut d'action appropriée qui porte atteinte de façon sérieuse à son intégrité physique ou psychologique » (art. 21). De plus, selon le Code civil du Québec, art 2088, elle doit agir avec honnêteté et loyauté envers son employeur et veiller au maintien de sa réputation (Gouvernement du Québec, 2021c). Pour se prémunir de toutes représailles de son employeur, le signalant est protégé par la Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics s'il respecte quelques conditions. Les divulgations sont effectuées à l'interne et auprès du Protecteur du citoyen et doivent être effectuées dans l'intérêt du public et non à des fins personnelles (par exemple divulguer une condition de travail) ou pour « mettre en cause le bien-fondé des politiques et objectifs

de programme du gouvernement ou d'un organisme public » (Gouvernement du Québec, 2021d, art. 5). Dans cette étude, aucune participante n'a exprimé avoir signalé des situations dans lesquelles de la maltraitance a été commise en raison d'un manque de personnel ou d'une surcharge de travail. La négligence dans les soins aux personnes âgées semble justifiable en raison du contexte de travail. Par contre, la maltraitance intentionnelle, comme la violence psychologique ou physique, commise par le personnel soignant est signalée aux gestionnaires ou au chef d'équipe, si le signaleur a suffisamment confiance en ces derniers. Pour contextualiser les résultats de cette étude dont la collecte de données a eu lieu peu avant et pendant la première vague de coronavirus-19, Perron, Dufour, Marcogliese, et Gagnon (2020) ont réalisé une analyse de contenu concernant les signalements publics d'infirmières et d'infirmières auxiliaires québécoises. Certaines lacunes organisationnelles étaient à l'origine de maltraitance commise à l'égard des personnes âgées et ces professionnels de la santé les ont publiquement dénoncées afin de faire changer rapidement les choses. Elles mentionnaient que leurs expériences professionnelles, leur jugement clinique, leurs préoccupations et leurs suggestions étaient ignorés. Elles se sentaient traitées comme un objet. Lorsqu'elles questionnaient des directives reçues, elles pouvaient être intimidées et vivre des représailles (Perron, Dufour, Marcogliese, & Gagnon, 2020). Le contenu des signalements publics faits par les infirmières était centré sur la « métaphore de la guerre » avec quatre thèmes communs. Après avoir répondu à l'appel pour intervenir contre le coronavirus-19, les infirmières étaient témoins de l'insupportable soit de voir des patients tombés malades, puis de mourir dans des conditions déplorables. Elles étaient incapables d'adhérer aux meilleures pratiques, de réaliser des soins sécuritaires et de qualité et de se protéger soi-même et autrui

contre ce virus. En voulant signaler les abus et les lacunes du système de santé, ces professionnelles de la santé se sont fait museler, menacer, enfermer dans leur milieu par leurs employeurs. Suite à ces évènements, elles se sont perçues comme des travailleurs jetables dont la santé et la vie sont sacrificiables dans cette lutte contre le coronavirus-19 (Gagnon & Perron, 2020). Comme le mentionne Pickering et al. (2017), réaliser des soins dangereux et de moindre qualité, et ce, de manière continue, crée une détresse morale chez le personnel soignant, qui augmente avec le temps et qui les amène à démissionner ou à quitter la profession. Or, la détresse psychologique (Botngård et al., 2021), la fatigue émotionnelle (Andela et al., 2021) et l'épuisement professionnel (Shinan-Altman & Cohen, 2009) sont des facteurs facilitant la maltraitance aux personnes âgées. Dans cette étude, certaines participantes mentionnaient être épuisées et se questionnaient sur la poursuite de leur carrière professionnelle.

Implication de cette étude sur les cinq axes de la profession infirmière

En s'appuyant sur les champs d'activités de l'infirmière qui sont la recherche, la formation, la politique, la gestion et la pratique (Pepin, Ducharme, & Kérouac, 2017), voici quelques retombées potentielles. Au niveau de la recherche, cette étude a permis d'augmenter les connaissances scientifiques sur la pratique des infirmières et infirmières auxiliaires en regard de la bientraitance et de la maltraitance. Néanmoins, d'autres études seront nécessaires pour comprendre comment instaurer la bientraitance dans un climat de rationalisation des soins et de manque de personnel, et ce, pour prévenir la maltraitance. Il serait aussi intéressant de réaliser une collecte de données des différents facteurs facilitant

la bientraitance et la maltraitance dans chaque ESI et ainsi offrir des pistes d'améliorations aux décideurs de ces établissements. Il serait aussi pertinent de recueillir auprès des personnes qui gravitent autour de la personne âgée leurs expériences quant à la bientraitance et la maltraitance, telles que famille de la personne âgée, les préposées aux bénéficiaires, les aides de service, les médecins. Le cadre de référence a permis de comprendre qu'être bientraitant ou maltraitant est multifactoriel et dépend de nombreux facteurs. Dans une étude ultérieure, il serait pertinent de s'intéresser aux autres concepts centraux de la théorie telle que l'intention et l'habitude. Les résultats issus de la présente étude n'ont pas permis de collecter suffisamment de données sur ces sujets.

Au niveau de la formation, il est ressorti des entrevues que la majorité des participantes ne connaissaient pas la terminologie de la maltraitance utilisée par le Gouvernement du Québec (Gouvernement du Québec, 2017b). Il serait important qu'elles la connaissent sachant qu'il est de leur devoir de signaler la maltraitance (Gouvernement du Québec, 2017b). Il semble aussi pertinent que des formations puissent être offertes sur la culture de soins adaptée aux personnes âgées comme l'utilisation de la communication bienveillante avec la personne âgée et sa famille, la gestion de l'équipe de soins et des conflits, les stratégies permettant le dépistage et la gestion de la maltraitance commise par la famille ou le personnel soignant. Au niveau politique, il serait intéressant que les décideurs investissent dans la promotion d'ESI bientraitant tant pour le personnel soignant que pour la personne âgée et sa famille. Au Québec, de nouvelles lignes directrices pour contrer la maltraitance et favoriser la bientraitance sont à venir (Gouvernement du Québec, 2021e). De plus, le signalement de la maltraitance a été renforcé suite à l'adoption du projet

de loi n° 101 en avril 2022 (Éditeur officiel du Québec, 2022), mais ils seraient pertinents de s'interroger sur la responsabilité de la maltraitance commise par du personnel soignant exerçant sa profession dans des conditions de travail ne permettant pas la bientraitance ou dans un contexte de maltraitance organisationnelle. Au niveau de la gestion, cette étude permet aux gestionnaires d'identifier certains facteurs facilitant la bientraitance et la maltraitance ce qui leur offre des pistes de réflexion quant aux changements à effectuer. De plus, cette étude permet de les sensibiliser à l'importance de leur présence sur le terrain et de veiller au maintien d'un climat de travail agréable pour le personnel soignant. Finalement, cette recherche a un impact sur la pratique, car elle rappelle les effets pervers de l'épuisement professionnel, de la surcharge de travail, des problèmes éthiques, des conflits interpersonnels sur la qualité des soins.

Forces et limites de cette étude

Cette étude est novatrice et pertinente, car elle donne la parole aux infirmières et infirmières auxiliaires sur leurs pratiques en lien avec la maltraitance et la bientraitance. Elle donne un aperçu sur la manière de procéder et de penser de ces professionnels de la santé. Durant la période de recrutement et de collecte de données, les verbatim mettaient en évidence une souffrance de la part des participantes quant à certains enjeux comme le manque de personnel, la surcharge de travail, la peur de signaler des situations de maltraitance observée, la non-reconnaissance de la maltraitance. Selon les résultats, un lien unit la charge de travail et la bientraitance, ce qui donne des indications sur les stratégies de prévention de la maltraitance à mettre en œuvre.

Cette étude a aussi des limites. Un biais de transférabilité et de stabilité est probable. En effet, en raison de la pandémie de coronavirus, le recrutement s'est arrêté en mars 2020, car les visites n'étaient plus permises dans les ESI. Cela a eu des impacts sur le nombre de personnes recrutées et la sélection des participants selon leur lieu de travail. De plus, certaines entrevues ont été réalisées avant l'apparition du coronavirus et certaines pendant et après la première vague de la pandémie. Aussi, un biais de crédibilité est possible associé au fait qu'uniquement des infirmières et des infirmières auxiliaires ont été recrutées. Il serait pertinent, lors d'une prochaine étude, de savoir ce que pensent les membres de l'équipe de soins (autres que les infirmières et infirmières auxiliaires), les personnes âgées et leur famille de la bientraitance et de la maltraitance. Le point de vue d'autres membres de l'équipe soignante des familles et des personnes âgées viendrait nuancer, valider ou amener de nouveaux éléments pour comprendre comment prévenir la maltraitance et favoriser la bientraitance.

Conclusion

Cette étude exploratoire descriptive utilisant l'approche de l'analyse thématique a été réalisée auprès de sept infirmières et infirmières auxiliaires travaillant dans des ESI, au Québec, durant le premier semestre de 2020. Cette étude vise à identifier les facteurs facilitant la bientraitance et la maltraitance et ses conséquences sur la personne âgée, la famille et l'équipe soignante. Les facteurs facilitant la bientraitance impliquent une structure et un dynamisme optimaux des équipes de soins et une culture de soins adaptée aux personnes âgées ce qui engendre une acclimatation des personnes âgées à leur milieu de vie et a une amélioration du climat de travail. Les facteurs facilitant la maltraitance comprennent un environnement de soins non optimal et une vulnérabilité de la personne âgée ce qui amène à une dégradation de la qualité de vie des personnes âgées et à l'instauration d'un climat de méfiance. Quatre thèmes majeurs ressortent de cette étude, soit la surcharge de travail, les interactions avec la famille, le climat au sein de l'équipe soignante et les freins aux signalements de situation de maltraitance. Ces données fournissent des pistes de réflexion pour les gestionnaires et les décideurs d'ESI afin de prévenir la maltraitance et favoriser la bientraitance. D'autres recherches seront nécessaires afin de comprendre comment instaurer la bientraitance dans un contexte de rationalisation des soins et de manque de personnel.

Références

- Ahmed, A., Choo, W.-Y., Othman, S., Hairi, N. N., Hairi, F. M., Mohd Mydin, F. H., & Illiani Jaafar, S. N. (2016). Understanding of elder abuse and neglect among health care professionals in Malaysia: An exploratory survey. *Journal Of Elder Abuse & Neglect*, 28(3), 163-177. doi:10.1080/08946566.2016.1185985
- Aide Abus Aïnés. (2017). Terminologie sur la maltraitance. Repéré à <https://www.aideabusaines.ca/types-de-maltraitance/>
- Almogue, A., Weiss, A., Marcus, E. L., & Beloosesky, Y. (2010). Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. *Archives of gerontology and geriatrics*, 51(1), 86-91. doi:10.1016/j.archger.2009.08.005
- Andela, M., Truchot, D., & Huguenotte, V. (2021). Work Environment and Elderly Abuse in Nursing Homes: The Mediating Role of Burnout. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(11/12), 5709-5729. doi:10.1177/0886260518803606
- ANESM. (2008). *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf
- Band-Winterstein, T. (2012). Nurses' experiences of the encounter with elder neglect. *Journal Of Nursing Scholarship*, 44(1), 55-62. doi:10.1111/j.1547-5069.2011.01438.x
- Band-Winterstein, T. (2015). Health care provision for older persons: The interplay between ageism and elder neglect. *Journal of Applied Gerontology*, 34(3), NP113-NP127. doi:10.1177/0733464812475308
- Beaulieu, M., Leboeuf, R., Pelletier, C., & Cadieux Genesse, J. (2018). *La maltraitance envers les personnes âgées. Rapport québécois sur la violence et la santé*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf
- Bédard, M. E., Gagnon, E., & Beaulieu, M. (2016). Nature et causes des situations de maltraitance envers les aînés traitées par les comités des usagers : un aperçu des manquements aux droits des usagers. *Vie et vieillissement*, 13(4), 37-44.
- Blumenfeld Arens, O., Fierz, K., & Zúñiga, F. (2017). Elder Abuse in Nursing Homes : Do Special Care Units Make a Difference? A Secondary Data Analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project. *Gerontology*, 63(2), 169-179. doi:10.1159/000450787

- Botngård, A., Eide, A. H., Mosqueda, L., Blekken, L., & Malmedal, W. (2021). Factors associated with staff-to-resident abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC Health Services Research*, *21*(1), 1-20. doi:10.1186/s12913-021-06227-4
- Botngård, A., Eide, A. H., Mosqueda, L., & Malmedal, W. (2020). Elder abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC Health Services Research*, *20*(1), 1-12. doi:10.1186/s12913-019-4861-z
- Bradshaw, S. A., Playford, E. D., & Riazi, A. (2012). Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age and ageing*, *41*(4), 429-440. doi:10.1093/ageing/afs069
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Burns, D., Hyde, P., & Killett, A. (2013). Wicked problems or wicked people? Reconceptualising institutional abuse. *Sociology of health & illness*, *35*(4), 514-528. doi:10.1111/j.1467-9566.2012.01511.x
- Cho, E., Kim, H., Kim, J., Lee, K., Meghani, S. H., & Chang, S. J. (2017). Older Adult Residents' Perceptions of Daily Lives in Nursing Homes. *Journal of Nursing Scholarship*, *49*(5), 495-503. doi:10.1111/jnu.12314
- Cohen, M., Halevy-Levin, S., Gagin, R., Priltuzky, D., & Friedman, G. (2010). Elder abuse in long-term care residences and the risk indicators. *Ageing and Society*, *30*(6), 1027-1040. doi:10.1017/S0144686X10000188
- Cole, D. A., Bersick, E., Skarbek, A., Cummins, K., Dugan, K., & Grantoza, R. (2019). The courage to speak out: A study describing nurses' attitudes to report unsafe practices in patient care. *Journal of Nursing Management*, *27*(6), 1176-1181. doi:10.1111/jonm.12789
- Comité de pilotage de l'opération pouponnières. (1997). *L'enfant en pouponnière et ses parents : conditions et propositions pour une étape constructive*. Paris, FR : ministère de l'emploi, de la solidarité, Direction de l'action sociale.
- Cooper, C., Dow, B., Hay, S., Livingston, D., & Livingston, G. (2013). Care workers' abusive behavior to residents in care homes: a qualitative study of types of abuse, barriers, and facilitators to good care and development of an instrument for reporting of abuse anonymously. *International psychogeriatrics*, *25*(5), 733-741. doi:10.1017/S104161021200227X

- Cour supérieure du Québec. (2019). *Jugement rectifié sur demande d'autorisation d'exercer une action collective*. Repéré à <https://www.larochelleavocats.com/wp-content/uploads/2021/04/CPM-et-al-c-CISSL-est-al-Jug-Rectifie.pdf>
- Daly, J., & Coffey, A. (2010). Staff perceptions of elder abuse. *Nursing Older People*, 22(4), 33-37. Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=105193047&lang=fr&site=ehost-live>
- Devik, S. A., Munkeby, H., Finnanger, M., & Moe, A. (2020). Nurse managers' perspectives on working with everyday ethics in long-term care. *Nursing ethics*, 27(8), 1669-1680. doi:10.1177/0969733020935958
- Dewar, B., & MacBride, T. (2017). Developing Caring Conversations in care homes: an appreciative inquiry. *Health & Social Care in the Community*, 25(4), 1375-1386. doi:10.1111/hsc.12436
- Éditeur officiel du Québec. (2022). *Loi visant à renforcer la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité ainsi que la surveillance de la qualité des services de santé et des services sociaux*. Repéré à <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2022C6F.PDF>
- Escrig-Pinol, A., Hempinstall, M., & McGilton, K. S. (2019). Unpacking the multiple dimensions and levels of responsibility of the charge nurse role in long-term care facilities. *International journal of older people nursing*, 14(4). doi:10.1111/opn.12259
- Éthier, S., Beaulieu, M., Perroux, M., Andrianova, A., Fortier, M., Boisclair, F., & Guay, M.-C. (2020). Favoriser la bientraitance pour que proche aidance ne rime plus avec la maltraitance. *Revue intervention*, 151, 33-46. Repéré à https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2020/10/ri_151_2020.1_%C3%89thier_Beaulieu_Perroux_Andrianova_Fortier_-Boisclair_Guay.pdf
- Federation of Associations in Behavioral & Brain Sciences. (2019). Harry C. Triandis, PhD. Repéré à https://fabbs.org/our_scientists/harry-c-triandis-phd/
- Fetherstonhaugh, D., Rayner, J. A., Solly, K., & McAuliffe, L. (2021). 'You become their advocate': The experiences of family carers as advocates for older people with dementia living in residential aged care. *Journal of Clinical Nursing*, 30(5-6), 676-686. doi:10.1111/jocn.15589

- Figueredo Borda, N., & Yarnoz, A. Z. (2015). Perceptions of Abuse in Nursing Home Care Relationships in Uruguay. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(2), 164-170. doi:10.1177/1043659614526458
- Flores-Sandoval, C., & Kinsella, E. A. (2020). Overcoming ageism: critical reflexivity for gerontology practice. *Educational Gerontology*, 46(4), 223-234. doi:10.1080/03601277.2020.1726643
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Montréal, QC : Chenelière éducation.
- Frazão, S. L., Correia, A. M., Norton, P., & Magalhães, T. (2015). Physical abuse against elderly persons in institutional settings. *Journal of Forensic & Legal Medicine*, 36, 54-60. doi:10.1016/j.jflm.2015.09.002
- Gagnon, M., & Perron, A. (2020). Nursing Voices during COVID-19: An Analysis of Canadian Media Coverage. *Aporia*, 12(1), 109-113. doi:10.18192/aporia.v12i1.4842
- Gaudier, F. (2014). La bientraitance, un concept récent. *L'aide soignante*, 28(160), 13-14. doi: 10.1016/j.aidsoi.2014.07.015
- Godin, G., Bélanger-Gravel, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2008). Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implementation Science*, 3, 36-36. doi:10.1186/1748-5908-3-36
- Godin, G., & Vézina-Im, L.-A. (2012). Les théories de prédiction. Dans G. Godin (Éd.), *Les comportements dans le domaine de la santé : comprendre pour mieux intervenir* (pp. 13-40). Montréal, QC : Les presses de l'Université de Montréal.
- Gonella, S., Basso, I., De Marinis, M. G., Campagna, S., & Di Giulio, P. (2019). Good end-of-life care in nursing home according to the family carers' perspective: A systematic review of qualitative findings. *Palliative Medicine*, 33(6), 589-606. doi:10.1177/0269216319840275
- Gouvernement du Canada. (2014). *Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains*. Repéré à http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2-2014/EPTC_2_FINALE_Web.pdf
- Gouvernement du Québec. (2010). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. Repéré à <https://cnpea.ca/images/plan-action-maltraitance-2010-2015.pdf>

- Gouvernement du Québec. (2016). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*. Repéré à <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/13-830-10F.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2017a). *Le système de santé et de services sociaux du Québec*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-731-02WF.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2017b). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées : 2017-2022*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/plan-action-maltraitance-2017-2022.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2021a). Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité. Repéré à <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/l-6.3#:~:text=La%20pr%C3%A9sente%20loi%20pr%C3%A9voit%20des,maltraitance%20envers%20ces%20personnes%2C%20en>
- Gouvernement du Québec. (2021b). Règlement concernant les modalités d'utilisation de mécanismes de surveillance par un usager hébergé dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Repéré à <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/S-4.2,%20r.%2016.1%20/>
- Gouvernement du Québec. (2021c). Code civil du Québec. Repéré à <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/ccq-1991>
- Gouvernement du Québec. (2021 d). Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics. Repéré à <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/d-11.1>
- Gouvernement du Québec. (2021e). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-830-27W.pdf>
- Haute autorité de santé. (2012). *Le déploiement de la bientraitance, guide à destination des professionnels des établissements de santé et EHPAD*. Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_rapport.pdf
- Hedman, M., Häggström, E., Mamhidir, A.-G., & Pöder, U. (2019). Caring in nursing homes to promote autonomy and participation. *Nursing ethics*, 26(1), 280-292. doi:10.1177/0969733017703698

- Hirst, S. P., Penney, T., McNeill, S., Boscart, V. M., Podnieks, E., & Sinha, S. K. (2016). Best-Practice Guideline on the Prevention of Abuse and Neglect of Older Adults. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 35(2), 242-260. doi:10.1017/S0714980816000209
- Hov, R., Hedelin, B., & Athlin, E. (2013). Nursing care for patients on the edge of life in nursing homes: obstacles are overshadowing opportunities. *International journal of older people nursing*, 8(1), 50-60. doi:10.1111/j.1748-3743.2011.00306.x
- Høyvik, E., & Rehnsfeldt, A. (2020). Patient Participation in Nursing Homes : A Meta-Synthesis Review. *International Journal for Human Caring*, 24(2), 121-131. doi:10.20467/HumanCaring-D-19-00055
- Index Santé. (2018). Les CHSLD publics, privés conventionnés et privés. Repéré à <https://www.indexsante.ca/chroniques/296/chsld-publics-privés-conventionnés-et-privés.php>
- Institut national de santé publique du Québec. (2010). *Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1082_VieillessePop.pdf
- Jackson, S. L. (2016). All Elder Abuse Perpetrators Are Not Alike: The Heterogeneity of Elder Abuse Perpetrators and Implications for Intervention. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 60(3), 265-285. doi:10.1177/0306624X14554063
- Johannesen, M., & Logiudice, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age & Ageing*, 42(3), 292-298. doi:10.1093/ageing/afs195
- Johansen, L. J., Stenvig, T., & Wey, H. (2012). The Decision to Receive Influenza Vaccination Among Nurses in North and South Dakota. *Public Health Nursing*, 29(2), 116-125. doi:10.1111/j.1525-1446.2011.00966.x
- Kamavarapu, Y. S., Ferriter, M., Morton, S., & Völlm, B. (2017). Institutional abuse - Characteristics of victims, perpetrators and organisations: A systematic review. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 40, 45-54. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.07.002
- Kiljunen, O., Välimäki, T., Kankkunen, P., & Partanen, P. (2017). Competence for older people nursing in care and nursing homes: An integrative review. *International Journal of Older People Nursing*, 12(3), 1-10. doi:10.1111/opn.12146

- Kingston, M. J., Evans, S. M., Smith, B. J., & Berry, J. G. (2004). Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *The Medical journal of Australia*, *181*(1), 36-39. doi:10.5694/j.1326-5377.2004.tb06158.x
- Kong, E. H., Kim, H., & Kim, H. (2021). Nursing home staff's perceptions of barriers and needs in implementing person-centred care for people living with dementia: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, No Pagination Specified-No Pagination Specified. doi:10.1111/jocn.15729
- Lacher, S., Wettstein, A., Senn, O., Rosemann, T., & Hasler, S. (2016). Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. *Swiss Medical Weekly*, *146*(w14273), 1-10. doi:10.4414/smw.2016.14273
- Larochelle avocats. (2018). *Demande d'autorisation d'exercer une action collective*. Repéré à <https://larochelleavocats.com/wp-content/uploads/2018/07/chsld-20180706-demande-autorisation.pdf>
- Le Protecteur du citoyen. (2018). *Rapport annuel d'activités 2017 2018*. Repéré à https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_annuels/rapport-annuel-2017-2018-pcq.pdf
- Létourneau, J. (2017). Maltraitance et signalisation obligatoire. Repéré à <https://www.oiiq.org/maltraitance-et-signalement-obligatoire>
- Library - Curtin University. (2019). Finding qualitative research: PICo and more... Repéré à <https://libguides.library.curtin.edu.au/c.php?g=202453&p=1587487>
- Lim, C. R., Zhang, M. W. B., Hussain, S. F., & Ho, R. C. M. (2021). The Consequences of Whistle-blowing: An Integrative Review. *Journal of patient safety*, *17*(6), e497-e502. doi:10.1097/PTS.0000000000000396
- Lindbloom, E. J., Brandt, J., Hough, L. D., & Meadows, S. E. (2007). Elder mistreatment in the nursing home: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, *8*(9), 610-616. Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=105828220&lang=fr&site=ehost-live>
- Malmedal, W., Hammervold, R., & Saveman, B.-I. (2014). The dark side of Norwegian nursing homes: factors influencing inadequate care. *Journal of Adult Protection*, *16*(3), 133-151. doi:10.1108/JAP-02-2013-0004
- Malmedal, W., Hammervold, R., & Saveman, B. (2009). To report or not report? Attitudes held by Norwegian nursing home staff on reporting inadequate care carried out by colleagues. *Scandinavian Journal of Public Health*, *37*(7), 744-750. doi:10.1177/1403494809340485

- McDonald, L. (2011). Elder Abuse and Neglect in Canada: The Glass is Still Half Full. *Canadian Journal on Aging*, 30(3), 437-465. doi:10.1017/S0714980811000286
- McDonald, L., Beaulieu, M., Harbison, J., Hirst, S., Lowenstein, A., Podnieks, E., & Wahl, J. (2012). Institutional abuse of older adults: what we know, what we need to know. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24(2), 138-160. doi:10.1080/08946566.2011.646512
- McDonald, L., Hornick, J. P., Robertson, G. B., & Wallace, J. E. (1991). *Elder abuse and neglect in Canada*. Toronto, ON : Butterworth-Heinemann.
- Miller, C. A. (2004). Elder abuse: the nurse's perspective. *Clinical Gerontologist*, 28(1/2), 105-133. Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=106569714&lang=fr&site=ehost-live>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2017). Le Gouvernement du Québec annonce 36M\$ pour améliorer les soins d'hygiène offerts dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-1403/>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*, 6(7), e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097
- Moore, S. (2020). The sound of silence: Evidence of the continuing under reporting of abuse in care homes. *Journal of Adult Protection*, 22(1), 35-48. doi:10.1108/JAP-08-2019-0027
- Myhre, J., Saga, S., Malmedal, W., Ostaszkievicz, J., & Nakrem, S. (2020). Elder abuse and neglect: an overlooked patient safety issue. A focus group study of nursing home leaders' perceptions of elder abuse and neglect. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-14. doi:10.1186/s12913-020-5047-4
- Nakamura, C., Schwab, D. R., Laouadi, M.-H., Robellaz, F., & Garcia Manjon, A.-J. (2015). La plus-value des infirmières et infirmiers. *Krankenpflege. Soins Infirmiers*, 108(6), 66-69. Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=26148419&lang=fr&site=ehost-live>
- Nordström, K., & Wangmo, T. (2018). Caring for elder patients: Mutual vulnerabilities in professional ethics. *Nursing ethics*, 25(8), 1004-1016. doi:10.1177/0969733016684548

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2013). Prise de position sur la pratique infirmière en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/20140206_prise_position_chsld.pdf/246cf205-2685-a19b-1999-b677408e58d6
- OMS. (2002). The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. Repéré à https://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf?ua=1
- OMS. (2019). Maltraitance des personnes âgées. Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- Ontario Long Term Care Association. (2018). About the Ontario Long Term Care Association. Repéré à <https://www.olcca.com/olcca/OLTCA/AboutUs/OLTCA/Public/AboutUs/Main.aspx?hkey=f0c607d1-cab4-470a-9874-df87f0259ae0>
- Pace, R., Pluye, P., Bartlett, G., Macaulay, A. C., Salsberg, J., Jagosh, J., & Seller, R. (2012). Testing the reliability and efficiency of the pilot Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) for systematic mixed studies review. *International journal of nursing studies*, 49(1), 47-53. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.07.002
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3 éd.). Californie : Etats-Unis : Sage Publications.
- Payeur, F. F., Azeredo, A. C., & Institut de la statistique du Québec. (2014). *Perspectives démographiques des MRC du Québec, 2011-2036*. Repéré à https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01661FR_demo_mrc2011_2036H00F00.pdf
- Pelletier, C., & Beaulieu, M. (2014). La maltraitance commise par des proches envers les aînés hébergés : émergence d'une problématique peu documentée. *Vie et vieillissement*, 11(3), 30-37. Repéré à http://maltraitancedesaines.com/en/written-productions/download/179_4e3c465f61a8366cb72ab4fef31c117a
- Pelotti, S., D'Antone, E., Ventrucci, C., Mazzotti, M. C., Salsi, G., Dormi, A., & Ingravallo, F. (2013). Recognition of elder abuse by Italian nurses and nursing students: evaluation by the Caregiving Scenario Questionnaire. *Aging clinical and experimental research*, 25(6), 685-690. doi:10.1007/s40520-013-0087-9
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (3ème éd.). Montréal : Canada : Chenelière éducation.

- Perron, A., Dufour, C., Marcogliese, E., & Gagnon, M. (2020). La dénonciation infirmière en contexte de pandémie de COVID-19 : une analyse de contenu de la plate-forme « Je dénonce ». *Aporia*, 12(1), 76-90. doi:10.18192/aporia.v12i1.4840
- Pickering, C. E. Z., Nurenborg, K., & Schiamberg, L. (2017). Recognizing and Responding to the “Toxic” Work Environment: Worker Safety, Patient Safety, and Abuse/Neglect in Nursing Homes. *Qualitative Health Research*, 27(12), 1870-1881. doi:10.1177/1049732317723889
- Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O’Cathain, A., Griffiths, F., . . . Rousseau, M. C. (2011). Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews.
 . Repéré à <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research. Generating and assessing evidences for nursing practice* (10e éd. ed.). Philadelphia, PA : Wolters Kluwer Health.
- Preshaw, D. H., Brazil, K., McLaughlin, D., & Frolic, A. (2016). Ethical issues experienced by healthcare workers in nursing homes: Literature review. *Nursing ethics*, 23(5), 490-506. doi:10.1177/0969733015576357
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2014). *Preventing and Addressing Abuse and Neglect of Older Adults : Person-Centred, Collaborative, System-Wide Approaches*. Repéré à http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Preventing_Abuse_and_Neglect_of_Older_Adults_English_WEB.pdf
- Saga, S., Blekken, L. E., Nakrem, S., & Sandmoe, A. (2021). Relatives' experiences with abuse and neglect in Norwegian nursing homes. A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-14. doi:10.1186/s12913-021-06713-9
- Shinan-Altman, S., & Cohen, M. (2009). Nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes: the effect of work stressors and burnout. *The Gerontologist*, 49(5), 674-684. doi:10.1093/geront/gnp093
- Stannard, C. I. (1973). Old folks and dirty work : the social conditions for patient abuse in a nursing home *Social Problems*, 20(3), 329-342. doi:10.2307/799597
- Statistique Canada. (2017). Classification d’hébergement des logements collectifs. Repéré à http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD_f.pl?Function=getVD&TVD=372469&CVD=372470&CPV=1&CST=20032017&CLV=1&MLV=2&D=1
- Statistique Canada. (2018a). Tableaux de données, Recensement de 2016 : Type de logement (5), âge (20) et sexe (3) pour la population dans les logements occupés du Canada, provinces et territoires, régions métropolitaines de recensement et

- agglomérations de recensement, Recensement de 2016 - Données intégrales (100 %) Repéré à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Rp-fra.cfm?LANG=F&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=1&PID=109540&PRID=10&PTYPE=109445&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2016&THEME=116&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=>
- Statistique Canada. (2018b). Tableaux de données, Recensement de 2016 : Âge (en années) et âge moyen (127) et sexe (3) pour la population du Canada, provinces et territoires, régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement, recensements de 2016 et 2011 - Données intégrales (100 %). Repéré à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Rp-fra.cfm?LANG=F&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=1&PID=109523&PRID=10&PTYPE=109445&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2016&THEME=115&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=>
- Statistique Canada. (2019). Profil du recensement, Recensement de 2016. Repéré à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=CSD&Code1=2482035&Geo2=CD&Code2=2482&Data=Count&SearchText=la%20peche&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&TABID=1>
- Trahan, R. L., & Bishop, S. L. (2016). Coping Strategies of Neurology Nurses Experiencing Abuse From Patients and Families. *Journal of Neuroscience Nursing*, 48(3), 118-123. doi:10.1097/JNN.0000000000000211
- Triandis, H. C. (1980). Values, attitudes, and interpersonal behavior. *Nebraska Symposium on Motivation. Nebraska Symposium on Motivation*, 27, 195-259. Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=7242748&lang=fr&site=ehost-live>
- Voyer, P., Cyr, N., Abran, M. C., Bérubé, L., Côté, S., Coulombe, A., . . . Tremblay, S. (2016). Les ratios infirmière/résidents en CHSLD. Pénurie de soins ou pénurie d'infirmières ? *Perspective infirmiere : revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, 13 (3), 45-50.
- Wangmo, T., Nordström, K., & Kressig, R. W. (2017). Preventing elder abuse and neglect in geriatric institutions: Solutions from nursing care providers. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 38(5), 385-392. doi:10.1016/j.gerinurse.2016.12.016
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(2), e147-e156. doi:10.1016/S2214-109X(17)30006-2

Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M., & Sethi, D. (2019). The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 29(1), 58-67. doi:10.1093/eurpub/cky093

Appendice A

Terminologie de la maltraitance

Tableau 8

Terminologie de la maltraitance

Type de maltraitance	Définition	Forme de la maltraitance	
		Négligence :	Violence :
Psychologique	Gestes, paroles ou attitudes qui constituent une atteinte au bien-être ou à l'intégrité psychologique.	Rejet, indifférence, isolement social.	Chantage affectif, manipulation, humiliation, insultes, infantilisation, dénigrement, menaces verbales et non verbales, privation de pouvoir, surveillance exagérée des activités.
Physique	Gestes ou actions inappropriés, ou absence d'action appropriée, qui portent atteinte au bien-être ou à l'intégrité physique.	Privation des conditions raisonnables de confort ou de sécurité, non-assistance à l'alimentation, l'habillement, l'hygiène ou la médication lorsqu'on est responsable d'une personne en situation de dépendance.	Gestes ou actions inappropriés, ou absence d'action appropriée, qui portent atteinte au bien-être ou à l'intégrité physique.
Sexuelle	Gestes, actions, paroles ou attitudes à connotation sexuelle non consentis, qui portent atteinte au bien-être, à l'intégrité sexuelle, à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre.	Privation d'intimité, traiter la personne aînée comme un être asexuel et/ou l'empêcher d'exprimer sa sexualité, non-respect de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre.	Propos ou attitudes suggestifs, blagues ou insultes à connotation sexuelle, propos homophobes, biphobes ou transphobes, promiscuité, comportements exhibitionnistes, agressions à caractère sexuel.
Âgisme	Discrimination en raison de l'âge, par des attitudes hostiles ou négatives, des gestes préjudiciables ou de l'exclusion sociale.	Indifférence à l'égard des pratiques ou des propos âgistes lorsque nous en sommes témoins.	Imposition de restrictions ou normes sociales en raison de l'âge, réduction de l'accessibilité à certaines ressources, préjugés, infantilisation, mépris

Source : Gouvernement du Québec. (2017b). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées : 2017-2022*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/plan-action-maltraitance-2017-2022.pdf>

Tableau 8

Terminologie de la maltraitance (suite)

Type de maltraitance aux personnes âgées	Définition	Forme de la maltraitance	
		Négligence :	Violence :
Organisationnelle (soins et services)	Toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les procédures d'organisations (privées, publiques ou communautaires) responsables d'offrir des soins ou des services de tous types, qui compromet l'exercice des droits et libertés des personnes	Offre de services inadaptée aux besoins des personnes, directive absente ou mal comprise de la part du personnel, capacité organisationnelle réduite, procédure administrative complexe, formation inadéquate du personnel, personnel non mobilisé	Conditions ou pratiques organisationnelles qui entraînent le non-respect des choix ou des droits des personnes.
Matérielle financière	ou Obtention ou utilisation frauduleuse, illégale, non autorisée ou malhonnête des biens ou des documents légaux de la personne, absence d'information ou mésinformation financière ou légale	Ne pas gérer les biens dans l'intérêt de la personne ou ne pas fournir les biens nécessaires lorsqu'on en a la responsabilité; ne pas s'interroger sur l'aptitude d'une personne, sa compréhension ou sa littératie financière.	Pression à modifier un testament, transaction bancaire sans consentement, détournement de fonds ou de biens, prix excessif demandé pour des services rendus, usurpation d'identité.
Violation des droits	Toute atteinte aux droits et libertés individuels et sociaux.	Non-information ou mésinformation sur ses droits, ne pas porter assistance dans l'exercice de ses droits, non-reconnaissance de ses capacités.	Imposition d'un traitement médical, déni du droit de choisir, de voter, d'avoir son intimité, de prendre des risques, de recevoir des appels téléphoniques ou de la visite, de pratiquer sa religion, de vivre son orientation sexuelle.

Source : Gouvernement du Québec. (2017b). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées : 2017-2022*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/plan-action-maltraitance-2017-2022.pdf>

Appendice B

Descripteurs, mots-clés et équation de recherche utilisés sur les bases de données

Tableau 9

Descripteurs, mots-clés et équation de recherche utilisés sur les bases de données

Base de données	Descripteurs, mots clés correspondant à				Équation de recherche
	Maltraitance aux personnes âgées	Bienveillance	CHSLD	Infirmière	
CINHAL	<i>Elder Abuse</i>	<i>Compassionate care, bienveillance</i>	<i>Nursing Homes</i>		<ol style="list-style-type: none"> 1. (MM « <i>Nursing Homes</i> ») AND (MM « <i>Elder Abuse</i> ») 2. (MM « <i>Nursing Homes</i> ») AND "Compassionate care" OR "Bienveillance"
MEDLINE	<i>Elder Abuse</i>	<i>Compassionate care, bienveillance</i>	<i>Nursing Homes</i>	<i>Nurses</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. (MM « <i>Nursing Homes</i> ») AND (MM « <i>Elder Abuse</i> ») 2. (MM « <i>Nursing Homes</i> ») AND (MM « <i>Nurses</i> ») AND (« <i>Compassionate care</i> » OR « <i>Bienveillance</i> ») 3. (MM « <i>Nursing Homes</i> ») AND (« <i>Compassionate care</i> » OR « <i>Bienveillance</i> »)
Cochrane	<i>Elder Abuse</i>	<i>Compassionate care, bienveillance</i>	<i>Nursing Homes</i>	<i>Nurses</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. (MM « <i>Nursing Homes</i> ») AND (MM « <i>Elder Abuse</i> ») AND (MM « <i>Nurses</i> ») 2. (MM « <i>Nursing Homes</i> ») AND (MM « <i>Elder Abuse</i> ») 3. (« <i>Compassionate care</i> » OR « <i>Bienveillance</i> ») AND (MM « <i>Nursing Homes</i> ») 4. (« <i>Compassionate care</i> » OR « <i>Bienveillance</i> »)
Scopus	<i>Elder Abuse</i>	<i>Compassionate care, bienveillance</i>	<i>Nursing Homes Elder* Older People</i>	<i>Nurse*</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ("<i>Nursing Homes</i>") AND ("<i>Elder Abuse</i>") AND ("<i>Nurse*</i>") 2. ("<i>Compassionate care</i>") AND ("<i>Nursing Homes</i>") AND ("<i>Nurse*</i>") 3. (« <i>Bienveillance</i> ») AND (« <i>Nursing Homes</i> ») 4. (« <i>Compassionate care</i> ») AND (« <i>Elder*</i> » OR « <i>Older people</i> »)

Tableau 9

Descripteurs, mots-clés et équation de recherche utilisés sur les bases de données (suite)

Base de données	Descripteurs, mots clés correspondant à				Équation de recherche
	Maltraitance aux personnes âgées	Bienveillance	CHSLD	Infirmière	
PsycARTICLE	<i>Elder Abuse</i>	<i>Compassionate care, bienveillance</i>	<i>Nursing Homes</i>	<i>Nurses</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. (« <i>Elder Abuse</i> ») AND (« <i>Nursing Homes</i> ») 2. ("<i>Elder Abuse</i>") AND ("<i>Nursing Homes</i>") AND (« <i>Nurses</i> ») 3. (« <i>Nursing Homes</i> ») AND (« <i>Nurses</i> ») 4. (« <i>Nursing Homes</i> ») AND (« <i>Compassionate care</i> » OR « <i>Bienveillance</i> »)
Proquest Dissertation	<i>Elder Abuse</i>	<i>Compassionate care, bienveillance</i>	<i>Nursing Homes Older People Elder*</i>	<i>Nurse*</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. (« <i>Elder Abuse</i> ») AND (« <i>Nursing Homes</i> ») 2. (« <i>Elder Abuse</i> ») AND (« <i>Nurse*</i> ») 3. (« <i>Compassionate Care</i> » OR « <i>Bienveillance</i> ») AND ("<i>Older People</i>" OR <i>Elder*</i>) 4. (« <i>Compassionate Care</i> » OR « <i>Bienveillance</i> ») AND (« <i>Nurse*</i> ») 5. (« <i>Compassionate care</i> » OR « <i>Bienveillance</i> ») AND (« <i>Nursing Homes</i> »)

Appendice C

Résumés des articles retenus dans la recension des écrits

Tableau 10

Résumé des articles retenus dans la recension des écrits

Auteurs, année, pays	But	Devis	Échantillon	Résultats
Andela et al. (2021) France	Explorer le rôle médiateur de l'épuisement professionnel sur la charge de travail, les ressources organisationnelles, la négligence et les comportements maltraitants	Corrélationnel prédictif	481 infirmières et aides-soignants	La surcharge de travail, une forte demande émotionnelle, la fatigue émotionnelle, la dépersonnalisation des soins sont corrélées positivement à la négligence et aux comportements abusifs Avoir une bonne relation avec ses collègues de travail et son chef d'équipe est corrélée négativement à la négligence et aux comportements abusifs
Band-Winterstein (2015) Israël	Décrire et examiner comment l'âgisme fonctionne comme un mécanisme de promotion de la négligence envers les personnes âgées dans les ESI	Phénoménologie	30 infirmières	L'âgisme et la négligence font partie du quotidien : le soignant perçoit une « tâche à effectuer » et non une personne âgée, l'ESI favorise les économies au détriment de la qualité des soins ; L'ESI promeut la négligence : manque de sérieux dans le signalement de la négligence, supervision bureaucratique, tolérance à la négligence, car elle est justifiée par le fait qu'il est difficile de prendre soin d'une personne âgée ; Dans un contexte d'âgisme, la négligence peut être évitée : travailler en équipe multidisciplinaire, vision commune sur les soins à prodiguer, autoréflexion sur sa pratique professionnelle, formation, discussion et rencontre d'équipe, ressource adéquate, promouvoir une image positive de la profession infirmière, encourager et intégrer des valeurs humanistes.
Botngård et al. (2021) Norvège	Explorer les caractéristiques du personnel infirmier, leurs relations avec les personnes âgées et les caractéristiques institutionnelles de l'ESI en lien avec la maltraitance physique, psychique et la négligence	Transversal exploratoire	3693 infirmières	Facteurs facilitant la maltraitance - Avoir des symptômes de détresse psychologique, intention de quitter son emploi, avoir une pauvre attitude envers les personnes âgées souffrant de démence, avoir eu une mauvaise enfance ; - Personne âgée agressive, avoir une relation conflictuelle ; - Manque de soutien de la part du gestionnaire.

Tableau 10

Résumé des articles retenus dans la recension des écrits (suite)

Auteurs, année, pays	But	Devis	Échantillon	Résultats
Cooper et al. (2013) Grande-Bretagne	Développer le premier outil permettant de signaler des situations de maltraitance de manière anonyme dans les ESI	Étude qualitative avec une approche d'analyse thématique	36 soignants	<p>Comportements potentiellement maltraitants sont liés à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressources insuffisantes ; - Prévention de situations pouvant être à risque pour le patient (exemple : menacer la personne âgée pour qu'elle accepte les soins) ; - Situations liées aux pratiques institutionnelles <p>Risque de maltraitance augmenté si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facteurs institutionnels : supervision bureaucratique, manque d'information sur les nouveaux patients, manque de personnel et d'équipement ; - Conditions de travail : se sentir impuissant, sous-payé, ignoré, blâmé, ne pas savoir comment réagir pour dés-escalader une situation - Facteurs liés à la personne âgée : agressivité, change leurs réponses, racisme <p>Risque de maltraitance diminué si :</p> <p>Conditions de travail : se sentir inclus dans l'équipe soignante, pouvoir demander de l'aide, avoir de la formation et des connaissances, connaître individuellement la personne âgée, vouloir être un soignant</p>
Dewar et MacBride (2017) Grande-Bretagne	Développer des excellentes interactions humaines promouvant la dignité entre le personnel soignant, les résidents et leurs familles, dans un ESI	<i>Appreciative inquiry</i>	37 personnels soignants 20 résidents 18 membres de la famille des résidents	<p>Attribut à la conversation bienveillante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Être courageux ; - Être connecté émotionnellement ; - Être curieux ; - Considérer d'autres perspectives ; - Collaborer ; - Faire des compromis ; - Célébrer ce qui fonctionne et remercier les personnes de leur implication.
Hedman et al. (2019) Suède	Décrire l'expérience des infirmières en ESI pour promouvoir l'autonomie et la participation des personnes âgées	Phénoménologie descriptive	13 infirmières	<p>Pour promouvoir l'autonomie et la participation, l'infirmière doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prendre conscience de la fragilité de la personne âgées et des impacts de sa maladie pour soutenir sa santé et son bien-être ; - Prêter attention aux souhaits des personnes âgées facilite la confiance avec elles et leur famille ; - Amener une réflexion sur la prise en charge actuelle des personnes âgées pour déterminer quelles sont les défis à leurs autonomie et participation.

Tableau 10

Résumé des articles retenus dans la recension des écrits (suite)

Auteurs, année, pays	But	Devis	Échantillon	Résultats
Hov et al. (2013) Norvège	Décrire la conception des infirmières sur ce que sont de bons soins infirmiers et comment ceux-ci pourraient être réalisés auprès de patients en fin de vie, en ESI.	Phénoménologie descriptive	14 infirmières	<p>Pour préserver la dignité de la personne âgée, l'infirmière doit la percevoir comme un être unique et indissociable, lui prodiguer des soins infirmiers et des traitements adaptés. Elle respecte les volontés du patient et répond à leurs besoins et ceux de leur famille.</p> <p>Obstacles à des bons soins infirmiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facteurs organisationnels : restriction budgétaire, manque de personnel compétent et concerné, manque de connaissance du patient et de rencontre d'équipe ; - Facteurs relationnels : coopération difficile lorsque les points de vue divergent sur la prestation de soins à offrir, communication difficile entre patient et infirmières sur des sujets tabous ; - Facteurs personnels : parfois difficile d'exercer le rôle d'advocacy, obligations légales de l'infirmière qui fait qu'elle ne peut pas toujours faire respecter la volonté du patient.
Kiljunen et al. (2017) Finlande	Identifier les compétences nécessaires aux infirmières et aux infirmières auxiliaires travaillant dans un établissement de soins infirmiers pour prendre soin des personnes âgées	Revue systématique	10 articles inclus	<p>Compétence que doit disposer l'infirmière travaillant dans un ESI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compétence éthique et comportementale pour s'assurer de la dignité des personnes âgées et de leur qualité de vie - Compétence interactionnelle pour coopérer avec la personne âgée, leur famille et l'équipe multidisciplinaire ; - Compétence dans les soins basés sur les données probantes dans la promotion de la santé, les activités cliniques et les soins de fin de vie ; - Compétence pédagogique pour superviser, former, éduquer le patient, leur famille et le personnel infirmier ; - Compétence de leadership et de développement pour s'assurer de soins de haute qualité.
Nordström et Wangmo (2018) Suisse	Comprendre les préoccupations des infirmières quant aux soins prodigués à la personne âgée ainsi que leurs expériences en regard de la maltraitance aux personnes âgées	Exploratoire descriptive	23 infirmières	<p>Contexte professionnel : La maltraitance et la négligence résultent d'un manque de pouvoir des infirmières dans leur pratique professionnelle et d'une demande excessive de la part de l'employeur. Les infirmières vivent une tension entre leurs idéaux et leurs valeurs et leur contexte de travail.</p> <p>Relation professionnelle : pour améliorer les soins prodigués, il est important que les membres de l'équipe soignante travaillent de concert et que le climat de travail soit sain.</p>

Tableau 10

Résumé des articles retenus dans la recension des écrits (suite)

Auteurs, année, pays	But	Devis	Échantillon	Résultats
Pickering et al. (2017) États-Unis	Explorer, depuis la perspective des infirmières auxiliaires, comment le harcèlement au travail affecte leurs habiletés à prodiguer des soins dans un contexte d'ESI	Théorisation ancrée	22 infirmières auxiliaires	Étape 1 : apprendre la « toxicité » du milieu de travail : infliger une surcharge de travail, mauvaise gestion des incidents critiques, harcèlement, mise en danger des patients ; Étape 2 : perdre confiance dans les gestionnaires et dans ses collègues. Étape 3 : concilier les attentes : garder le silence sur la maltraitance, se désengager émotionnellement et physiquement des soins que l'on prodigue, se dissocier de l'équipe de soins. Étape 4 : développer des stratégies pour prodiguer les meilleurs soins possibles malgré l'environnement « toxique » : prioriser les soins et négliger ceux qui ne le sont pas, démissionner, quitter la profession.
Preshaw et al. (2016) Royaume-Uni	Explorer les expériences du personnel des ESI quant aux problèmes éthiques	Revue de la littérature	37 articles	Problèmes éthiques les plus rapportés, en ordre d'importance : Problèmes liés aux principes éthiques eux-mêmes et les politiques institutionnelles ; Manque de communication et de prise de décision Manque de ressources adaptées ; Âgisme.
Shinan-Altman et Cohen (2009) Israël	Évaluer les attitudes des aides-soignants à l'égard des comportements maltraitants envers les personnes âgées	Corrélationnelle descriptive	208 aides-soignants	Tolérance des comportements maltraitants est associée, de manière significative et : - Négative avec le revenu ; - Positive avec l'épuisement professionnel ; - Positive avec des stressseurs au travail (conflit de rôle, ambiguïté du rôle, surcharge de travail).

Appendice D

Affiche de recrutement



Projet de recherche

Nous sommes présentement à la recherche de participants pour prendre part à un projet de recherche s'intitulant : **De la maltraitance à la bientraitance envers les personnes âgées : une analyse thématique de la pratique infirmière en établissement de soins infirmiers**

Les participants que nous cherchons doivent :

- Être **infirmière ou infirmière auxiliaire**
- Être membre de leur ordre professionnel
- **Travailler en CHSLD**
- Avoir un contact direct et régulier avec les personnes âgées hébergées
- Parler et comprendre le **français**.

Ce projet est mené par **Murielle Rouiller**, étudiante à la maîtrise en sciences infirmière, sous la supervision de **Louise Bélanger** et **Pierre Pariseau-Legault**, professeurs au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais.

Le **but du projet** est de comprendre les **facteurs influençant la pratique** des infirmières et des infirmières auxiliaires travaillant dans un établissement de soins infirmiers en regard de la **bientraitance et de la maltraitance**.

Votre participation implique de répondre à un **court questionnaire sociodémographique** et de participer à une **entrevue individuelle**, en personne, d'une durée d'environ **60 minutes** avec l'étudiante chercheuse. La rencontre aura lieu dans un endroit privilégiant la confidentialité des données collectées et sera déterminé par le participant.

Pour en savoir plus, veuillez contacter, **Murielle Rouiller**, au numéro suivant :

██████████ ou par courriel ██████████

* Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQO et du

██████████

Appendice E

Formulaire d'information et de consentement



Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7
www.uqo.ca/ethique
Comité d'éthique de la recherche

Formulaire de consentement

De la maltraitance à la bientraitance envers les personnes âgées : Une analyse thématique de la pratique infirmière en établissement de soins infirmiers

Murielle Rouiller	Étudiante chercheuse	UQO - Sciences infirmières	
Louise Bélanger	Superviseure	UQO - Sciences infirmières	
Pierre Pariseau- Legault	Co-superviseur	UQO - Sciences infirmières	

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre, qui vise à mieux comprendre les facteurs influençant la pratique des infirmières et des infirmières auxiliaires travaillant dans un CHSLD en regard de la bientraitance et de la maltraitance. Les objectifs de ce projet de recherche sont :

- Identifier les facteurs influençant la pratique des infirmières et des infirmières auxiliaires en regard de la bientraitance et de la maltraitance ;
- Identifier les conséquences de la bientraitance et de la maltraitance sur les personnes âgées, ses proches et ses intervenants.

Environ 12 participants seront recrutés. Les critères d'inclusion pour participer à l'étude comprennent :

- Être infirmière ou infirmière auxiliaire ;
- Être membre de leur ordre professionnel ;
- Travailler en CHSLD ;
- Avoir un contact direct et régulier avec les personnes âgées hébergées ;
- Parler et comprendre le français.

Les personnes parlant une autre langue que le français seront exclues de l'étude, car l'étudiante chercheuse ne peut s'exprimer avec aisance dans d'autres langues.

Votre participation consiste en une entrevue individuelle avec l'étudiante chercheuse en regard de la bientraitance et de la maltraitance des personnes âgées. La durée prévue de l'entrevue est d'environ 60 minutes et se déroulera en-dehors de votre lieu

de travail, à l'endroit que vous souhaitez. La rencontre sera enregistrée de manière audio afin de permettre aux chercheurs de transcrire et d'analyser le contenu. Il vous sera également demandé de remplir un court questionnaire sociodémographique afin de mieux vous connaître.

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais³. Tant les données recueillies que les résultats de votre identification. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'étudiante chercheuse. Toutes les données recueillies seront codées au cours de la démarche de transcription, d'analyse et de transmission des résultats. Seuls les chercheurs auront accès aux données audio ou sur papier. Tous les enregistrements seront détruits après l'analyse. Les données recueillies ne seront utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement. Si le chercheur craint la présence d'un danger pour le participant ou pour autrui, comme une personne âgée, il devra contacter les personnes les plus susceptibles de venir en aide aux personnes concernées afin de les informer d'un tel danger. Advenant qu'une telle situation survienne, le participant sera avisé de cette décision et pourra également être référé aux ressources pouvant l'aider.

Les résultats seront diffusés sous forme de mémoire, d'articles scientifiques et de conférences. L'étudiante chercheuse vous informera des conclusions de la recherche. Les données recueillies seront conservées sous clé dans un tiroir de bureau de l'étudiante chercheuse et les seules personnes qui y auront accès sont la superviseure et le co-superviseur de l'étudiante chercheuse. Les données seront détruites 5 ans après la fin de la recherche. Les fichiers informatiques sur un support informatique seront détruits définitivement en utilisant un logiciel de destruction de fichiers. Les documents papier seront par une déchiqueteuse.

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps, sans justification et sans préjudice. Votre retrait de ce projet entrainera systématiquement la destruction des données vous concernant. Les risques identifiés à votre participation sont d'ordre psychologique. L'entrevue pourrait susciter des émotions pouvant engendrer de la fatigue et provoquer des réactions émotives. Le chercheur s'engage, le cas échéant, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire

³ Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications.

ou les pallier. Si besoin, vous pourrez être orientée vers une ressource appropriée telle que le programme d'aide aux employés offert par Homewood Santé (1 866 398-9505 ou monhomeweb.ca) ou avec une personne du service Présence et santé au travail [passage retiré]. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de la bienveillance et la maltraitance des personnes âgées en CHSLD sont les bénéfices directs anticipés. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'UQO et [passage retiré]. Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable du projet au numéro suivant : [passage retiré]

Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec André Durivage (819 595 3900 # 1781), président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant de recherche, ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services aux coordonnées suivantes :

[Passage retiré]

Le comité d'éthique de la recherche [passage retiré] a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement ainsi qu'au protocole de recherche. Si vous désirez obtenir des informations supplémentaires pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez joindre le secrétariat du Comité d'éthique de la recherche aux coordonnées suivantes :

[Passage retiré]

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et

aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, vous ne devrez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer.

Le formulaire est signé en deux (2) exemplaires et j'en conserve une copie.

CONSENTEMENT À PARTICIPER AU PROJET DE RECHERCHE :

Nom du participant : _____

Signature du participant : _____

Date : _____

Nom du chercheur : _____

Signature du chercheur : _____

Date : _____

Appendice F

Formulaire sociodémographique

Code : _____

Formulaire sociodémographique

Sexe : Féminin Masculin

Âge : _____

Formation :

- Diplôme d'études professionnelles
- Diplôme d'études collégiales
- DEC-BAC
- Baccalauréat
- Diplômes d'études supérieures spécialisées
- Maîtrise
- Autres : _____

Titre d'emploi :

- Infirmière auxiliaire
- Infirmière
- Infirmière clinicienne
- Assistantes infirmière cheffe / assistante de la supérieure immédiate
- Conseillères en soins infirmiers
- Infirmières praticiennes spécialisées
- Autres : _____

Depuis combien de temps travaillez-vous en soins infirmiers ? _____

Depuis combien de temps travaillez-vous en CHSLD ? _____

Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre milieu
actuel ? _____

Avez-vous reçu une formation sur : La bientraitance La maltraitance

Emplacement du lieu de travail actuel : Milieu urbain Milieu rural

Existe-t-il au sein de votre milieu de travail une politique ou une directive concernant :
 La bientraitance La maltraitance Ne sait pas

Appendice G

Guide d'entrevue

GUIDE ENTREVUE

1. **À partir de votre expérience auprès des personnes âgées, racontez-moi une journée typique de votre travail en CHSLD ?**

Questions de clarification : Comment se passe votre journée de travail ? Comment se passe la collaboration interprofessionnelle, avec les personnes âgées et leurs familles ? Pouvez-vous me parler des situations associées à la bientraitance ou la maltraitance dans votre pratique ?

2. **Qu'est-ce que pour vous la bientraitance envers les personnes âgées ?**

Questions de clarification : Selon vous, qu'est-ce qui peut faciliter ou nuire à la bientraitance ? Quels sont les facteurs (organisationnels, interpersonnels et personnels) qui influencent positivement ou négativement la bientraitance ? Qu'est-ce qu'un comportement bientraitant pour vous ?

3. **À partir de votre expérience auprès des personnes âgées, quelles sont les implications ou conséquences d'un comportement bientraitant sur la personne âgée ? Sur sa famille et sur l'équipe soignante ?**

4. **Décrivez-moi une ou des situations de bientraitance vécue(s) dans le cadre de votre travail en CHSLD.**

Questions de clarification : Qu'est-ce qui explique que cette situation soit caractérisée par la bientraitance ? Quels ont été vos comportements et ceux que vous avez observés lors de cette situation ? Que pensez-vous de ces comportements ? Comment vous sentez-vous face à la situation ? Qu'est-ce qui a pu aider ou nuire la situation ? Que s'est-il passé par la suite ? Quelles en ont été les conséquences (sur la personne, ses proches et vous-même) ?

5. **Qu'est-ce que pour vous la maltraitance envers les personnes âgées ?**

Questions de clarification : Selon vous, quelles sont les facteurs (organisationnels, interpersonnels et personnels) qui facilitent ou qui préviennent la maltraitance ? Quels sont les facteurs qui influencent la maltraitance ? Qu'est-ce qu'un comportement maltraitant pour vous ?

6. **À partir de votre expérience auprès des personnes âgées, quelles sont les implications ou conséquences d'un comportement maltraitant sur la personne âgée ? Sur sa famille et sur l'équipe soignante ?**

7. **Décrivez-moi une ou des situations de maltraitance vécue(s) dans le cadre de votre travail en CHSLD.**

Questions de clarification : Qu'est-ce qui explique que cette situation soit caractérisée par la maltraitance ? Quels ont été vos comportements et ceux que vous avez observés lors de cette situation ? Que pensez-vous de ces comportements ? Comment vous sentez-vous face à la situation ? Qu'est-ce qui a pu aider ou nuire la situation ? Que s'est-il passé par la suite ? Quelles en ont été les conséquences (sur la personne, ses proches et vous-même) ?

8. **Comment ces expériences vécues ont-elles influencé votre pratique ?**

Questions de clarification : Qu'est-ce qui a été différent dans votre pratique après avoir vécu de telles situations ? À partir de ces expériences, quel rôle peut jouer l'infirmière en contexte de bientraitance ou de maltraitance ? Quels sont les principaux enjeux associés à ce rôle ?

9. **Pour terminer, y-a-t-il d'autres éléments dont nous n'avons pas discuté jusqu'à présent et qui vous semblent important à aborder ? Qu'aimeriez-vous dire aux personnes qui ont vécu des situations similaires à ce que vous avez décrit ?**

Appendice H

Certificats d'éthique



Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Titre du protocole : **De la maltraitance à la bientraitance envers les personnes âgées : une analyse thématique de la pratique infirmière en établissement de soins infirmiers**

Chercheur principal (au CER Éval) : **Murielle Rouiller**

Date de dépôt initial du formulaire : **2021-09-15**

Date d'approbation du projet par le CER : **2019-10-11**

Numéro(s) de projet : **2020-656**

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

Déposé par : **Bélanger, Louise**

Identifiant Nagano : **Étudiants à la maîtrise - Murielle Rouiller**

Formulaire : **F9-7034**

Suivi du BCER

1.
2. <i>Statut de la demande:</i> Demande approuvée À la suite du dépôt de votre formulaire de renouvellement, le comité d'éthique de la recherche de l'UQO constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche pour une période d'un an. <i>Le renouvellement de votre approbation éthique est valide jusqu'au:</i> 2022-10-11 RENOUVELLEMENT ANNUEL: Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre approbation éthique. MODIFICATION: Si des modifications sont apportées à votre projet de recherche, vous devez soumettre les modifications au CER, et ce, AVANT la mise en œuvre de ces modifications en complétant le formulaire F8 - Demande de modification au projet de recherche. FIN DE PROJET: Vous devez remplir le formulaire F10-Rapport final afin d'informer le CER de la fin de votre projet de recherche.
3. <i>La demande a été traitée par :</i>  date de traitement: 2021-09-15


CERTIFICAT DE RENOUELEMENT D'APPROBATION ÉTHIQUE
du 10 mai 2022 au 9 mai 2023**De la maltraitance à la bientraitance envers les personnes âgées : Une analyse thématique de la pratique infirmière en établissement de soins infirmiers**

Référence : Projet 2019-284_158

Soumis par : Murielle Rouiller, chercheuse étudiante, Université du Québec en Outaouais
Louise Bélanger, chercheuse principale, Université du Québec en Outaouais

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) vous accorde cette approbation et vous rappelle également que vous vous engagez à respecter les moyens suivants relatifs au suivi continu:

- ▶ de lui soumettre un rapport annuel faisant état de l'avancement des travaux de recherche et du respect des normes de l'éthique s'appliquant au projet;
- ▶ de lui notifier, dans les meilleurs délais, tout nouveau renseignement susceptible d'affecter le respect des normes éthiques du projet de recherche ou, encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation au projet;
- ▶ de lui communiquer, dans les meilleurs délais, toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies;
- ▶ de lui remettre, dans les meilleurs délais, un rapport concernant l'interruption prématurée, temporaire ou définitive du projet; rapport dans lequel vous indiquerez la nature et les motifs de cette interruption ainsi que les répercussions que celle-ci aura sur les participants de recherche, le cas échéant;
- ▶ de lui soumettre, aux fins d'approbation préalable, toute modification autre qu'administrative apportée au projet de recherche, sauf si la modification est nécessaire afin d'éliminer un danger immédiat pour les participants de recherche. Dans ce dernier cas, le CÉR en sera avisé dans les meilleurs délais;
- ▶ de lui notifier, dans les meilleurs délais, tout incident ou accident lié à une procédure du projet;
- ▶ de lui communiquer, dans les meilleurs délais, toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulé un organisme subventionnaire ou de réglementation;

- ▶ de conserver les dossiers de recherche de façon adéquate pendant la durée déterminée après la fin du projet, afin de permettre leur éventuelle vérification par une instance déléguée par le Comité;
- ▶ de tenir à jour et de conserver la liste des participants de recherche recrutés afin de la fournir sur demande;
- ▶ de lui remettre dans les meilleurs délais un rapport final faisant état des résultats de votre recherche;
- ▶ d'utiliser les formulaires disponibles sur le site Internet de l'établissement pour tout suivi ou communication au CÉR.

Le renouvellement de l'approbation éthique du projet est valide pour un an à compter du **10 mai 2022**. Cette décision peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces conditions.

Votre demande de renouvellement de l'approbation éthique de votre projet doit être acheminée au CÉR un (1) mois à l'avance, soit le **9 avril 2023**, afin de respecter les délais prescrits.

En terminant, le CÉR vous demanderait de bien vouloir mentionner dans vos correspondances, le numéro **2019-284_158** attribué à votre demande par notre institution.



Le 10 mai 2022

Date

