

Penser l'hébergement de longue durée comme un milieu de vie. Une condition de la bientraitance institutionnelle.

Louise Belzile, doctorante, Francis Etheridge, doctorant,
Yves Couturier, Ph.D., Marie Beaulieu, Ph.D.,
François Aubry, Ph.D., Malika Boudjémaa, étudiante à la maîtrise.
Centre de recherche sur le vieillissement,
Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Introduction

Tous les récents modèles conceptuels de la qualité des services appellent à mieux prendre en considération les besoins des personnes âgées, y compris celles en perte d'autonomie vivant à domicile ou dans des milieux de vie substituts que sont les organisations d'hébergement et de soins de longue durée (OHSLD)¹. Pour ces milieux, la recherche de la qualité demeure un défi important dans la mesure où ces établissements ont de la difficulté à changer les pratiques réputées pour être de possibles vecteurs de maltraitance institutionnelle.

Les approches de type *homelike*, c'est-à-dire des approches qui visent à réduire l'écart entre la vie à domicile et la vie en hébergement, semblent prometteuses pour rencontrer les exigences de ces modèles de la qualité. Elles se fondent sur le principe central affirmant que le lieu d'hébergement substitut doit être considéré comme un milieu de vie orienté sur les besoins de la personne hébergée plutôt que sur ceux de l'organisation de soins. Au Québec, l'approche *Milieu de vie* (AMV), adoptée par le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). Le présent article rend compte des principes de l'AMV et problématise les enjeux relatifs à son implantation durable en OHSLD dans une perspective de développement de la bientraitance institutionnelle.

Le tandem conceptuel maltraitance/bientraitance

Le *Plan international sur le vieillissement de Madrid* souligne l'importance d'intervenir sur la problématique des mauvais traitements. Il

affirme la nécessité d'adopter « des textes législatifs et [de] renforcer l'action judiciaire visant à mettre un terme aux sévices à l'encontre des personnes âgées » (Nations Unies, 2002, p. 42). Cet exhortation s'appuie sur la reconnaissance du droit de la personne âgée à « vivre dans la dignité et la sécurité sans être exploitées ni soumises à des sévices physiques ou mentaux » (Nations Unies, 1991). Ces documents posent les bornes du continuum conceptuel maltraitance/bientraitance, de l'éradication du problème social à la dignité en tant que valeur suprême à respecter dans le soin et le soutien aux aînés.

Le concept de maltraitance a fait l'objet de nombreux exercices de définition. Sans être parfaite, la définition consensuelle proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé est largement admise.

Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, 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. Cela peut prendre de multiples formes : physique, psychologique/émotionnel, sexuel, financier ou refléter des formes intentionnelles ou non de négligence. (Traduction libre de la *Déclaration de Toronto sur la prévention globale des mauvais traitements envers les aînés*, OMS, 17 novembre 2002, citée dans Beaulieu, 2007).

En 2010, le Québec a rendu public son *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. La maltraitance y est reconnue comme

¹ Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) au Québec et Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en France.

un phénomène complexe et multidimensionnel nécessitant des approches variées et complémentaires.

Dans une recension systématique de 20 articles scientifiques publiés en français, Beaulieu et Lamontagne (2010) notent que

La maltraitance en institution a été explorée selon divers angles : les définitions de la maltraitance ou les types de maltraitance, la violence faite par les résidents envers les intervenants, les victimes, les personnes qui maltraitent (aussi appelées les abuseurs), la prévalence de la maltraitance, les facteurs de risque, la prévention de la maltraitance, le dépistage de la maltraitance, les conséquences de la maltraitance, la formation et les interventions existantes. (p. 8-9).

Les travaux recensés tendent généralement à élargir le phénomène de la maltraitance afin de se distancier de la seule dynamique *intervenant maltraitant et personne âgée vulnérable* pour l'élargir à la maltraitance provenant de la famille, et aussi celle attribuable aux déterminants organisationnels de la pratique, notamment en contexte d'OHSLD (McDonald, Beaulieu et al., 2008). Déjà en 1990, Beaulieu soulignait que les situations de maltraitance avaient tendance à perdurer. La situation a-t-elle changée depuis ? Cela demeure difficile à trancher. On constate néanmoins que, encore aujourd'hui, la maltraitance en ces milieux est nettement moins étudiée qu'à domicile et que la parole des membres du personnel qui sont le plus en contact avec les personnes âgées, soit les préposés aux bénéficiaires (ou aides-soignants en France) est rarement prise en compte (Aubry, 2010). Ce constat étonne d'autant plus que les préposés aux bénéficiaires font l'objet d'une haute surveillance médiatique et qu'ils sont rapidement incriminés, sans égard, ou si peu, aux contextes de leurs pratiques (Aubry, 2010).

Par ailleurs, la notion de bientraitance ne fait que rarement l'objet de clarification conceptuelle, et il ne semble pas y avoir d'équivalent en anglais (Graz, Pancherel, Gervasoni et Hofner, 2009), si ce ne sont les références aux bons soins (*good care* ou *good cure*), aux meilleures pratiques (*best practices*) ou aux pratiques

probantes (*evidence-based practices*) qui focalisent sur l'efficacité du geste posé sans s'attarder à ses fondements axiologiques, à son caractère situé (historiquement et socialement contextualisé) ou à ses conséquences sur les personnes concernés par le geste. Or, malgré cette absence de correspondance linguistique, la notion de « being with » peut se rapprocher du concept francophone de bientraitance.

Sur le plan scientifique, les conclusions auxquelles arrivent les recherches évaluatives prenant pour objets les programmes de bientraitance ne permettent pas de conclure à leur efficacité (Graz et al., 2009). Considérant l'état actuel des connaissances, nous sommes contraints à promouvoir la bientraitance en tant que visée éthique, voire en tant que valeur culturelle à développer par les OHSLD, plutôt qu'en tant que finalité objective opérationnelle et mesurable. Dans ce contexte, il importe de mieux comprendre comment des approches qui tiennent compte de principes et des valeurs associées à la bientraitance se traduisent dans les pratiques des acteurs qui les mettent en œuvre.

De manière générale, la réponse classique aux situations de maltraitance consiste à instaurer un appareillage juridico-clinique (ex. : les normes d'agrément des établissements) visant à réduire la prévalence de ce problème et à en diminuer les effets sur la santé et le bien-être des personnes âgées. Diminuer la maltraitance revient-il à affirmer que l'on augmente la bientraitance ? En fait, s'intéresser à la promotion de la bientraitance invite à poser un regard global permettant de considérer l'ensemble des conditions qui impactent directement sur la capacité des acteurs à mieux faire. En ce sens, les orientations ministérielles relatives à la mise en œuvre, en OHSLD, des principes dit *homelike* ou *centered-care* (Koren, 2010) peuvent potentiellement structurer le développement de bonnes pratiques aptes à être qualifiées de bientraitantes.

L'Approche Milieux de vie et le contexte des OHSLD

C'est en partie en réponse à la pression médiatique concernant de « fréquentes histoires d'horreurs »², mais également dans une

² La prévalence véritable de ces histoires d'horreur demeure à établir. Par ailleurs, derrière ces expériences malheureuses, se cache aussi une kyrielle de maltraitements moins spectaculaires, souvent silencieuses, dont il importe aussi de faire un portrait plus juste.

préoccupation d'accroître la qualité des services en OHSLD que le Gouvernement du Québec a opté pour la désignation AMV, parmi d'autres (ex. : *Planetree*, approche socialisante). Ces approches se fondent sur le principe central voulant que le lieu d'hébergement substitut doit être considéré comme un milieu de vie orienté sur les besoins de la personne. Une plus grande proximité entre le personnel et les personnes hébergées et une politique institutionnelle de prise en compte de leur volonté, du respect de leur identité, de leur dignité, et de leur intimité sont requises à l'implantation de cette nouvelle philosophie (Patrick, 1997) qui converge avec les plus récents modèles conceptuels de la qualité des services. Tous ces modèles mettent en leur centre les besoins des usagers (recensés par Kröger *et al.*, 2007).

Ces approches ont un double ancrage, le premier se situe du côté d'un système axiologique cohérent qui s'articule autour du principe supérieur du respect des choix exprimés par les personnes hébergées et leurs proches, ce qui relève d'une éthique clinique de la bienfaisance. Le second ancrage se situe du côté des transformations organisationnelles reliées aux conditions du travail, aux stratégies managériales et d'attribution des ressources, ainsi qu'aux conditions de vie concrètes des personnes hébergées (alimentation, sécurité, environnement physique, etc.). Il s'agit par exemple de modifier l'organisation du travail en concentrant les effectifs lors des heures de repas. En fait, l'implantation de l'AMV s'avère un projet qui requiert la collaboration de tous les acteurs. Elle exige une volonté d'assouplir l'organisation du travail et une capacité à engager chacun dans la nouvelle philosophie d'intervention.

Selon les orientations ministérielles, l'AMV a pour objectif général l'instauration d'un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées, par une transformation des pratiques professionnelles et un changement de culture nécessaire à la redéfinition de la fonction même des centres d'hébergement (Fahey, 2003). Pour ce faire, l'AMV soutient que la personne hébergée :

a droit à un milieu de vie de qualité où on lui prodigue des soins et des services de qualité. Elle doit se sentir intégrée à la vie de communauté, selon les ressources et les disponibilités, et continuer d'évoluer, ce qui suppose que ce milieu soit le plus possible en lien avec sa vie antérieure (MSSS, 2003, p. 4).

Sept principes doivent guider les OHSLD dans l'implantation de l'AMV (MSSS, 2003) :

- 1) Les caractéristiques, besoins et attentes des personnes hébergées doivent constituer le fondement de toute décision en matière d'organisation, d'intervention et d'aménagement.
- 2) L'établissement doit favoriser le maintien et le renforcement des capacités des personnes hébergées ainsi que leur développement personnel.
- 3) La qualité des pratiques passe par la préoccupation constante de la qualité de vie.
- 4) L'établissement doit favoriser et soutenir le maintien de l'interaction de la personne avec ses proches et favoriser leur implication dans les prises de décision.
- 5) La personne hébergée a droit à un milieu de vie de qualité où on lui prodigue des soins et services de qualité.
- 6) Toute personne hébergée a droit à un milieu de vie qui respecte son identité, sa dignité et son intimité, qui assure sa sécurité et son confort et lui permet de donner un sens à sa vie et d'exercer sa capacité d'autodétermination.
- 7) L'OHSLD doit prévoir des mécanismes d'adaptation des pratiques professionnelles, administratives et organisationnelles qui favorisent l'ensemble des principes directeurs de l'approche.

L'implantation de l'AMV vise donc la transformation fondamentale de la culture de soins, soit l'instauration du principe voulant que l'organisation gériatrique devienne prioritairement un lieu de vie et non plus uniquement un lieu de soins. Ce faisant, la personne âgée est alors considérée comme une personne vivant dans un « presque chez soi » et non comme un patient objet de soins, dans une institution anonyme.

Dans la perspective de l'implantation d'une approche comme l'AMV, les OHSLD sont donc appelées à engager des processus de changement de différentes natures visant notamment à revoir la conception de leurs infrastructures (Brush *et al.*, 2008), à développer et implanter de nouveaux programmes de soins (Shanley, 2007), à développer de nouvelles structures de ressources humaines (Brush *et al.*, 2008), à développer de nouveaux modèles de gestion (Ramarajan, Barsade, & Burack, 2008), à revoir les programmes de formation des professionnels (Levenson, 2010), à mieux comprendre le

but des soins et services (Feldman & Kane, 2003). La transition culturelle vers une philosophie *resident-centered* requiert des gestionnaires qu'ils comprennent que le bien-être des personnes hébergées est inséparable du bien-être du personnel (Tellis-Nayak, 2007) puisque la qualité de vie des résidents et la qualité des soins sont étroitement liés (Levenson, 2009). Pour ce faire, il importe de développer une philosophie de services et de soins adaptée aux besoins biopsychosociaux des personnes hébergées (Levenson, 2010), ce que propose l'AMV.

Les contraintes à la mise en place de l'AMV

Les défis que pose l'implantation de cette approche sont d'autant plus grands que le contexte des OHSLD est réputé peu innovant (Rosenfield & Branch, 2005). De plus les OHSLD font l'objet de nombreuses et insistantes critiques concernant la qualité des soins qui y sont prodigués. La culture organisationnelle des OHSLD est aussi connue comme une des barrières à la mise en œuvre de l'AMV. En général, cette culture est décrite comme fortement hiérarchisée et autocratique (Benbow, 2008) et souffrant d'un manque de communication entre le personnel clinique et le personnel de gestion (Ragsdale & McDougall, 2008). Cela entraîne un manque de respect des superviseurs à l'égard du travail du personnel, une faible autonomie du personnel et peu d'occasions de contribuer à la définition des plans de soins (Kinjerski & Skrypnik, 2008). Bien que ces constats n'expliquent pas en totalité les difficultés des OHSLD à opérer des changements, une telle philosophie de gestion *command and control*, ancrée dans la culture des OHSLD depuis très longtemps, (Sbordone & Stermann, 1983), y participe très certainement. Les OHSLD ont donc typiquement une culture de gestion qui s'opère *top-down* où la participation des personnes hébergées et du personnel clinique est rare (Robinson & Rosher, 2006). Le personnel clinique est fréquemment oublié dans le cadre d'efforts d'amélioration de la qualité, et ce, même s'il est celui qui passe le plus de temps auprès des personnes hébergées (Horn *et al.*, 2010). Ainsi, les OHSLD sont considérés comme des organisations qui habilitent (*empower*) insuffisamment leur personnel soignant (Yeatts *et al.*, 2004).

Selon Kane (1994), il y a homologie de l'impuissance des préposés aux bénéficiaires et de celle des personnes hébergées. Les OHSLD sont considérées comme des milieux propices à l'épuisement professionnel, à la dépersonnalisation, à la réduction de l'accomplissement professionnel et à l'insatisfaction professionnelle délétère à l'engagement (Tellis-Nayak, 2007). La pénurie de main d'œuvre qualifiée ajoute à ces difficultés, tout comme les conditions de travail, le taux important de lésions professionnelles, et l'absentéisme élevé qui caractérisent ces organisations (Grenier, 2008 ; Aubry, 2011). Les OHSLD qui réussissent à établir des relations positives entre gestionnaires et personnel et une gestion participative augmentent la satisfaction au travail et diminuent le roulement de leur personnel (Kinjerski & Skrypnik, 2008). La faible qualité du travail d'équipe et le manque de communication interdisciplinaire nuisent au développement, à l'application et au partage de bonnes pratiques en OHSLD (Benbow, 2008). De surcroît, la communication entre le personnel et les personnes hébergées est souvent pauvre (Masso & McCarthy, 2009), ce qui produit une méconnaissance générale de leurs attentes (White-Chu *et al.*, 2009). Les processus effectifs de soins sont alors focalisés sur les problématiques de santé au détriment des besoins psychosociaux des personnes hébergées (Boyd, Luetje & Eckert, 1992). Selon Kelly et McSweeney (2009), une culture de soins autoritaire fait en sorte que les routines de travail sont fréquemment organisées au bénéfice de l'organisation et du personnel plutôt qu'à celui de la personne hébergée (Benbow, 2008). Plusieurs organisations tiennent des horaires d'alimentation, de bain, de sommeil et d'activités privilégiant l'efficacité de la tâche au détriment des préférences de la personne hébergée (Robinson & Rosher, 2006). De façon générale, l'adoption en pratique d'une logique du faire à la place de (*doing-for*) plutôt que d'accompagner (*being with*) la personne hébergée a pour effet d'ignorer les conduites d'autonomie et d'autodétermination des celles-ci (Masso & McCarthy, 2009). Considérant qu'il est plus facile de « gérer » des personnes hébergées passives qu'actives, les OHSLD tendent involontairement à renforcer leur perte d'autonomie (Sbordone & Stermann, 1983). Tout cela produit ultimement une faible qualité des soins (Kinjerski & Skrypnik, 2008) qui peut être considérée comme une forme institutionnelle de maltraitance.

De nombreuses résistances institutionnelles, volontaires et involontaires et découlant de l'héritage hospitalier de ces établissements (Charpentier, 2004), ont entravé le déploiement réel de l'approche (Conseil des aînés du Québec, 2007). Plus d'une décennie après les premières tentatives, en 2003, le MSSS a relancé les appels à son implantation pan-québécoise par ses orientations ministérielles obligeant les acteurs locaux à se mobiliser en ce sens, puis en instaurant le monitoring de son implantation à partir de 2004 (MSSS, 2010). Ce déploiement récent ne s'est toutefois pas accompagné de ressources dédiées ni d'un modèle d'accompagnement de l'implantation. L'AMV en appelle donc avant tout à la bonne volonté des acteurs du terrain pour inventer des réponses locales à la demande ministérielle, ce qui constitue une importante limite à sa capacité transformatrice, surtout dans un contexte réputé peu enclin aux changements.

Le monitoring ministériel des différentes OHSLD engagées dans cette voie a montré que, si le personnel assure efficacement les soins de base des personnes hébergées, les pratiques ne sont pas suffisamment axées sur les principes de l'AMV. Cela découlerait de l'immobilisme des conditions de travail des intervenants qui ne rejoignent pas les exigences de l'approche (Fournelle, 1991 ; Grenier, 2004 ; Verbeek *et al.*, 2009). Un bilan récent (MSSS, 2010) a fait état de grandes disparités dans le niveau d'implantation des orientations ministérielles : 19 % des OHSLD se situent à 60 % de l'implantation de l'AMV, et seulement 17 % l'ont réalisée à 80 % ou plus. Ce bilan fut effectué à partir de rencontres d'acteurs-clé et d'une grille dichotomique (présence-absence) de classification des composantes de l'innovation, sans égard à ses effets réels sur la qualité. Les visites d'appréciation menées par le MSSS sont conduites au regard des sept principes énumérés plus haut et sur des mécanismes de gestion cohérents et facilitateurs au déploiement de l'approche AMV.

Malgré les incitatifs, des efforts considérables doivent toujours être déployés pour améliorer les cibles et conditions du déploiement de l'AMV : l'environnement physique (ex. : rénovations), l'environnement organisationnel (ex. : actualisation des plans de soins), les services et les activités (ex. : personnalisation des soins) ainsi que l'environnement humain (ex. :

respect des habitudes de vie) doivent faire l'objet de changements de plus grande envergure.

Au niveau local, des comités *Milieu de vie* ont été mis sur pied pour piloter l'implantation et son suivi. Ces comités ont pour mandat d'inventer les conditions et activités de mise en place de l'AMV compatibles à la fois avec les orientations ministérielles et les conditions locales de mise en œuvre. Des difficultés se sont cependant présentées dès le stade pilote d'implantation. Elles concernent principalement la difficulté de modifier de façon substantielle l'organisation du travail (Grenier, 2004). Par exemple, les personnes hébergées souhaitent que leurs relations avec les soignants soient stabilisées, certains émettant par exemple le désir que leurs soins d'hygiène ne soient réalisés que par une seule et même personne (ASSTSAS, 2007). Mais cela est difficile à implanter en raison de la lourdeur de l'organisation du travail. Les inventions locales pour s'adapter à certaines contraintes se sont le plus souvent réalisées à conditions constantes, pensons par exemple à la formation des soignants qui n'a pas suivi le besoin créé par l'AMV. Pourtant, aux États-Unis, la formation préalable des préposés aux bénéficiaires est clairement considérée comme une condition centrale de succès (Maas *et al.*, 2008). Certaines recherches ont aussi démontré cette nécessité pour les travailleurs sociaux (Allen, Wayne-Nelson & Ellen-Netting, 2007).

Les carences du dispositif d'accompagnement du changement ont favorisé l'émergence de critiques concernant l'insuffisance de l'implantation de l'AMV. Pour certains, les orientations ministérielles en matière d'AMV sont même venues bousculer les intervenants, historiquement absents ou peu impliqués dans l'organisation du travail en OHSLD. Par exemple, pour les infirmières (Alderson, 2006), la transformation du milieu de soins en milieu de vie a engendré une inquiétude quant à la prise de pouvoir par la personne hébergée et sa famille sur le travail professionnel, au détriment du jugement professionnel. La peur de la déprofessionnalisation semble importante pour ces intervenants (Verbeek *et al.*, 2008). En outre, l'augmentation du nombre des tâches à effectuer peut entraîner une perte du sentiment de spécificité, voire d'efficacité (Alderson *et al.*, 2005). Cela est renforcé par le fait que l'implantation ne s'effectue pas avec une réelle gestion par-

ticipative du personnel, ce qui permettrait une prise en compte des besoins des intervenants (Boudjémaa, en cours).

Au total, l'AMV fait l'objet d'un message relativement fort sur le plan ministériel, bien que peu opérationnalisé à travers des moyens dédiés, à l'exception du monitoring quantifié de son implantation. Elle doit être implantée partout, essentiellement à partir de la bonne volonté d'acteurs très volontaires, et ce, en l'absence de ressources d'accompagnement dédiées. Il s'agit-là pourtant d'une condition reconnue propice à l'implantation de ce type d'approches (Couturier, Deschesnes, Drouin, & Gagnon, 2009). L'écart entre les attentes et le possible crée, d'une part, une condition très favorable à l'invention de solutions locales, chacun cherchant à faire ce qu'il peut avec les ressources disponibles. Mais, d'autre part, cela produit plusieurs tâtonnements, dédoublements et errances, sans compter que certains établissements peuvent se limiter à des changements pour l'essentiel rhétoriques ou formels (Grenier, 2004). Ce contexte renforce l'idée que la bientraitance institutionnelle demeure difficile à concrétiser.

Conclusion

L'encadrement des personnes âgées peut se faire de façon directive, mais aussi de façon participative, en instituant aux fondements-mêmes de la conception des modèles d'organisation des services, le principe du *resident-centered care* qui vise le respect des besoins et des volontés des personnes âgées, principe en phase avec la bientraitance. Si les principes sont bons et porteurs de transformation par la création d'une ambiance de bientraitance, force est de constater que les mots ne suffisent pas : dire n'est pas toujours faire. Il importe d'y associer des ressources pour une implantation durable, et de donner aux acteurs des moyens pour incorporer les changements dans leurs pratiques. Tout le personnel clinique (y compris les travailleurs sociaux) est interpellé par ces changements, au moins de deux façons. D'abord, ils sont appelés en renforts lorsque la maltraitance est avérée; mais comme la cavalerie, ils arrivent trop souvent en retard. La bientraitance est proche du travail social, en ce sens qu'elle cherche à mettre de l'avant un principe proactif au cœur de l'intervention.

Nous voulons conclure cet article en rappelant que le fondement même de l'AMV est la connaissance profonde du sujet hébergé et la capacité à l'entendre et à porter sa parole, même lorsque celle-ci est difficile à formuler (ex. en raison de pertes cognitives). Les travailleurs sociaux, dont le rôle est trop souvent limité en OHSLD, pourraient réinvestir ces lieux de pratiques, au nom-même des principes éthique d'une approche qui pose la subjectivité au cœur d'une intervention non seulement bienpensante, mais aussi, voire surtout, bien-faisante. ■

Références bibliographiques

- Alderson M., 2006, « Milieu de vie » ou « milieu de soins » : un débat chaud en Centres d'Hébergement et de Soins de Longue Durée, *Vie et vieillissement*, 5(1), p.9-15.
- Alderson M., Morin E., Rhéaume J., Saint-Jean M. & Ouellet F., 2005, La réorganisation du travail infirmier en soins de longue durée : une nécessaire évaluation en termes d'impact sur le sens du travail et la santé mentale des infirmières, *Santé mentale au Québec*, 30(2), p.345-358.
- Allen P., Wayne Nelson H., & Ellen Netting F., 2007, Current practice and policy realities revisited : Undertrained nursing home social workers in the U.S., *Social work in health care*, 45(4), p.1-21.
- Aubry F., 2011, *La transmission des compétences professionnelles des aides-soignants et des préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques en France et au Québec. Comparaison internationale sur le rôle central de l'intégration à l'organisation comme processus d'habilitation des nouvelles recrues par le groupe de pairs*, Thèse de doctorat, Université de Franche-Comté et Université de Sherbrooke.
- Barry M., Domitrovich C. & Lara M., 2005, The implementation of mental Health promotion programmes, *Promotion & Education*, Suppl 2, 30-6, 62, 68.
- Beaulieu M., 2007, Maltraitance des personnes âgées, in M. Arcand & R. Hébert (Éds), *Précis pratique de gériatrie* (p. 1145-1163), Acton Vale : Edisem et Maloigne.
- Beaulieu M. & Lamontagne J., 2008, *La maltraitance en milieu institutionnel. Une recension critique des écrits publiés en langue française*, Rapport de recherche.

- Beaulieu M., 1992, Les abus en institution : réflexion sur les soins dispensés aux aînés., *Revue Internationale d'Action Communautaire (RIAC)*, 28(68), 163-170.
- Benbow S., 2008, Failures in the system: our inability to learn from inquiries, *Journal of Adult Protection*, 10(3), 5-13.
- Boudjéma M., (en cours), *Le point de vue des intervenants sur la mise en œuvre de l'approche milieu de vie en CHSLD*, Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke.
- Boyd M., Luetje V. & Eckert A., 1992, Creating organizational change in an inpatient long-term care facility, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15(3), 47-54.
- Brush J., Calkins M., Kator M., Wyatt A. & Miller H., 2008, Creating home and building community II: the urban experience: first of a four-part series, *Long-Term Living: For the Continuing Care Professional*, 57(9), 56.
- Charpentier M., 2004, « De l'institution au marché : transformation de l'hébergement des personnes âgées et enjeux actuel », *Vie et vieillissement*, 3 (2), 18.
- Conseil des aînés du Québec, 2007, *État des situations sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*, Québec.
- Couturier Y., Deschesnes M., Drouin N. & Gagnon M., 2009, *L'appropriation par les acteurs locaux de la stratégie globale de mise en œuvre de l'approche École en santé en lien avec la thématique des saines habitudes de vie chez les jeunes*, rapport de recherche.
- Fahey C., 2003, Culture change in Long term care facilities: Changing the facility or changing the system ?, *Journal of social work in long-term care*, 2(1/2), 2003: 35-51.
- Fournelle B., 1991, *Les relations de l'approche psycho-sociale avec la qualité de vie au travail du personnel et la satisfaction de vie des bénéficiaires dans un centre d'hébergement*, mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke.
- Grenier C., 2004, *Les concepts de milieu de vie et de qualité de vie en centre d'hébergement et des soins de longue durée: la vision des intervenants*, Mémoire de maîtrise, Université Laval.
- Grenier N., 2008, *Portrait de la main d'œuvre Préposés aux bénéficiaires (Rapport Grenier)*, Montréal: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Graz B., Plancherel F., Gervasoni J. & Hofner M., 2009, La « bientraitance », exploration du concept et essai d'utilisation en santé publique. Une expérience à Fribourg, *Santé publique*, 21 : 89-99.
- Horn S. D., Sharkey S. S., Hudak S., Gassaway J., James R. & Spector W., 2010, Pressure ulcer prevention in long-term-care facilities: a pilot study implementing standardized nurse aide documentation and feedback reports, *Advances in Skin & Wound Care*, 23(3), 120-131.
- Feldman P. H., & Kane R. L., 2003, Strengthening research to improve the practice and management of long-term care, *Milbank Quarterly*, 81(2), 179-220.
- Kane R. A., 1994, Ethics and the frontline care worker: Mapping the subject, *Generations* 18, 71 - 74.
- Kelly M. & Mcsweeney E., 2009, Re-visioning respite: a culture change initiative in a long-term care setting in Eire, *Quality in Ageing*, 10(3), 4-11.
- Kinjerski V. & Skrypnek B., 2008, The promise of spirit at work: increasing job satisfaction and organizational commitment and reducing turnover and absenteeism in long-term care, *Journal of Gerontological Nursing*, 34(10), 17-25.
- Koren M., 2010, Person-centered care for nursing home residents: the culture-change movement, *Health Affairs*, 29(2), 312-317.
- Kröger E., Tourigny A. Morin D., Côté L., Kergoat M., Lebel P. Robichaud L., Imbeault S., Proulx S. et Z. Benounissa, 2007, Selecting process quality indicators for the integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia, *BMC Health Services Research*, 7:195.
- Levenson S. A., 2009, The Basis for Improving and Reforming Long-Term Care, Part 1: The Foundation, *Journal of the American Medical Directors Association*, 10, 459-465.
- Levenson S. A., 2010, The Basis for Improving and Reforming Long-Term Care. Part 4: Identifying Meaningful Improvement Approaches (Segment 2), [Article], *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(3), 161-170.
- Maas M., Specht J., Buckwalter K., Gittler J. & Bechen K., 2008, Nursing Home staffing and Training Recommendations for promoting older adults' quality of care and life, *Research in Gerontological Nursing*, 1(2), 123-133.
- Masso M. & McCarthy G., 2009, Literature re-

- view to identify factors that support implementation of evidence-based practice in residential aged care, [Article], *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 7(2), 145-156.
- McDonald L., Beaulieu M., Harbison J., Hirst S., Lowenstein A., Podnieks E. & Wahl J., 2008, *Institutional abuse of older adults: What we know, what we need to know*, Strategic Policy Research Directorate, Strategic Analysis, Audit and Evaluation Branch.
- Ministère de la santé et des services sociaux, 2003, *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles*, Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Ministère de la santé et des services sociaux, 2004, *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Visites d'appréciation de la qualité des services*, Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Visites d'appréciation de la qualité*, Rapport National septembre 2004 à juin 2007, Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2010, *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Visites d'appréciation de la qualité*, Rapport National Septembre 2004 à Juin 2007.
- Ministère de la famille et des aînés, 2011, *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées*. Québec.
- Ministère de la famille et des aînés, 2008, *Préparons l'avenir avec nos aînés*, Rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés, Québec.
- Nations Unies, 2002, *Rapport de la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement*, 78 p. [disponible aussi à http://www.un-ngls.org/IMG/pdf/MIPAA_en_francais.pdf].
- Nations Unies, 1991, *Principes des Nations Unies destinés à permettre aux personnes âgées de mieux vivre les années gagnées*. (http://www.un.org/esa/socdev/ageing/un_principesfr.html, consulté le 17 avril 2010).
- Patrick D., 1997, « Rethinking prevention for people with disabilities, Part 1 : A conceptual model for promoting health », *American Journal of health promotion*, 11(4) : 257-260.
- Ragsdale V. & McDougall G., 2008, The changing face of long-term care: looking at the past decade, *Issues In Mental Health Nursing*, 29(9), 992-1001.
- Ramarajan L., Barsade S. & Burack O., 2008, The influence of organizational respect on emotional exhaustion in the human services, [Article], *Journal of Positive Psychology*, 3(1), 4-18.
- Robinson S. & Rosher R., 2006, Tangling with the barriers to culture change: creating a resident-centered nursing home environment, [Journal Article], *Journal of Gerontological Nursing*, 32(10), 19-25.
- Rosenfield Z. & Branch A., 2005, TOPS: the Optimum Performance Scale approach to improving nursing home performance, *Care Management Journals*, 6(4), 191-202.
- Sbordone R. & Sterman L., 1983, The psychologist as a consultant in a nursing home: Effect on staff morale and turnover, *Professional Psychology: Research and Practice*, 14(2), 240-250.
- Shanley C., 2007, Navigating the change process: the experience of managers in the residential aged care industry, [Article], *Journal of Organizational Change Management*, 20(5), 700-720.
- Tellis-Nayak V., 2007, A Person-Centered Workplace: The Foundation for Person-Centered Caregiving in Long-Term Care, *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(1), 46-54.
- Verbeek H., Van Rossum E., Zwakhalen S., Kempen G., & Hamers J., 2008, Small, home-like care environments for older people with dementia : a literature review, *International psychogeriatrics*, 21(2), 252-64.
- White-Chu E., Graves W., Godfrey S., Bonner A. & Sloane P., 2009, Beyond the Medical Model: The Culture Change Revolution in Long-Term Care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(6), 370-378.
- Yeatts D., Cready C., Ray B., Dewitt A. & Queen C., 2004, Self-Managed Work Teams in Nursing Homes: Implementing and Empowering Nurse Aide Teams, *Gerontologist*, 44(2), 256-261.

L'« ENCADREMENT » DES PERSONNES ÂGÉES

n°134
12/2011

Numéro coordonné par Alain Roquejoffre et Éliane Leplay

Auteurs

Dominique Argoud - François Aubry - Marie Beaulieu - Louise Belzile
Sandra Bertezene - Michel Billé - Hervé Blanchard - Malika Boudjémaa
Martine Chazelle - Yves Couturier - Thierry Dantoine - Francis Etheridge
Josée Grenier - Leila Hugues - Aude Kérivel - Céline Lepeltier
Taha-Abderrafie Maalha - Danielle Maltais - Chantal Michel
Fiona Neesham-Grenon - Mylène Salles