



*Le défi de la bientraitance en CHSLD : analyse du discours,  
du ministère aux gestionnaires*

par

**Raphaëlle Perreault**

Djahanchah Philip (Sacha) Ghadiri  
HEC Montréal  
Directeur de recherche

Sciences de la gestion  
(Spécialisation Gestion de l'innovation sociale)

Mémoire présenté en vue de l'obtention  
du grade de maîtrise ès sciences en gestion  
(M.Sc.)

Avril 2025

© Raphaëlle Perreault, 2025

## RÉSUMÉ

---

Dans un contexte de réformes successives et de crise sanitaire ayant exposé les vulnérabilités des centres d'hébergement de soins longue durée (CHSLD) au Québec, cette recherche s'intéresse aux discours entourant la bientraitance, tels qu'ils sont formulés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et par les gestionnaires en milieu d'hébergement. En mobilisant l'analyse critique du discours (ACD) de Norman Fairclough, l'étude met en lumière la manière dont le MSSS cherche à redorer l'image des CHSLD par un vocabulaire valorisant le « milieu de vie », en assignant au gestionnaire un rôle central dans l'incarnation de cette nouvelle culture. L'analyse de textes normatifs et d'entretiens avec des gestionnaires révèle que les gestionnaires construisent leur *ethos* professionnel à travers un discours de responsabilité, d'engagement, mais aussi de contrainte, témoignant à la fois de leur adhésion partielle au discours ministériel et des tensions vécues sur le terrain. Ces résultats mettent en lumière que le gestionnaire doit s'approprier le discours institutionnel, le reconfigurer, puis le transmettre par la suite aux acteurs du terrain.

**Mots-clés :** santé publique, promotion de la santé, bientraitance, gestion, réseau de la santé, innovation, hébergement longue durée, aînés, discours, analyse discursive.

## ABSTRACT

---

In a context of successive reforms and the pandemic crisis that exposed the vulnerabilities of long-term care homes (CHSLDs) in Quebec, this research explores the discourses surrounding "bientraitance" (care), as articulated by the Ministry of Health and Social Services (MSSS) and by managers working in these facilities. Drawing on Norman Fairclough's Critical Discourse Analysis (CDA), the study highlights how the MSSS seeks to restore the image of CHSLDs through language that emphasizes the idea of a "living environment," assigning managers a central role in embodying this new cultural model. Analysis of normative texts and interviews with managers reveals that they construct their professional ethos through a discourse of responsibility, engagement, and agency—reflecting both a partial alignment with the ministerial discourse and the tensions experienced in practice. These results highlight that the manager must appropriate the institutional discourse, reconfigure it, and then transmit it to frontline actors.

**Keywords:** public health, health promotion, care ethics, management, healthcare system, innovation, long-term care, seniors, discourse, discourse analysis

# TABLES DES MATIÈRES

---

<i>Résumé</i>	2
<i>Abstract</i>	3
<i>Tables des matières</i>	4
<i>Liste des tableaux et des figures</i>	8
<i>Remerciements</i>	10
<b>1 INTRODUCTION</b>	11
<b>2 REVUE DE LITTÉRATURE</b>	15
<b>2.1 Contexte, vieillissement et évolution des ressources aux aînés</b>	15
2.1.1 L'hébergement longue durée aujourd'hui	16
2.1.2 Le vieillissement de la population au Québec	18
<b>2.2 La gestion des ressources pour l'hébergement longue durée au Québec</b>	19
2.2.1 Le système de santé et des services sociaux	19
2.2.2 Contexte de pénurie de main d'œuvre	21
<b>2.3 La pandémie de la COVID-19 et l'hébergement longue durée</b>	22
2.3.1 Une catastrophe annoncée	22
2.3.2 Enjeux de maltraitance organisationnelle en CHSLD	23
2.3.3 Le changement culturel dans le réseau de la santé	26
<b>2.4 Le concept de bientraitance</b>	28
2.4.1 Entre la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance	28
2.4.2 Les principes de la bientraitance	30
2.4.3 La définition québécoise	32
2.4.4 Entre bientraitance et éthique de care	34
<b>2.5 Le virage de la bientraitance en hébergement longue durée</b>	35
2.5.1 Orienter : les politiques publiques en matière de bientraitance	35
2.5.2 Produire la bientraitance en CHSLD	38
2.5.3 Évaluer la qualité des soins de santé	44
<b>2.6 La production de services de soins de qualité : une responsabilité partagée</b>	48

2.6.1	Le travail collectif des PAB et des PPA	48
2.6.2	Le partenariat avec la communauté	49
2.6.3	La coproduction de services publics comme mode de gouvernance	51
<b>2.7</b>	<b>Constats, limites et critiques</b>	<b>53</b>
2.7.1	Une gouvernance basée sur la performance	53
2.7.2	Un système de santé médico-hospitalo-centriste	55
2.7.3	Manque de reconnaissance des métiers du <i>care</i>	56
2.7.4	L'AMV et la bientraitance : un choc de culture de soins en CHSLD	58
<b>2.8</b>	<b>Conclusion et formulation de la problématique</b>	<b>60</b>
<b>3</b>	<b>CADRE THÉORIQUE</b>	<b>62</b>
<b>3.1</b>	<b>Le discours</b>	<b>62</b>
<b>3.2</b>	<b>L'analyse du discours (AD) et sa variante critique (ACD)</b>	<b>63</b>
3.2.1	Norman Fairclough et l'ACD	64
3.2.2	Éléments théoriques de Foucault investis dans l'ACD de Fairclough	67
<b>3.3</b>	<b>Le cadre théorique et conceptuel</b>	<b>69</b>
3.3.1	Le discours comme de pratique sociale et configuration de sens	69
3.3.2	L'analyse discursive et ses concepts	71
3.3.3	Les composantes de l'énonciation discursive	80
<b>4</b>	<b>MÉTHODOLOGIE</b>	<b>83</b>
<b>4.1</b>	<b>La stratégie de recherche</b>	<b>83</b>
4.1.1	Objectifs de la recherche	83
4.1.2	Méthodologie de recherche	83
<b>4.2</b>	<b>La collecte de données</b>	<b>85</b>
4.2.1	Le champ de recherche	85
4.2.2	Le choix de contenu	86
4.2.3	Outil de collecte de données	91
4.2.4	Plateforme média pour la collecte de données	92
4.2.5	Analyse documentaire	92
4.2.6	Transcription des entretiens	93
4.2.7	Sélection des données secondaires	93
<b>4.3</b>	<b>L'analyse de données</b>	<b>93</b>

4.3.1	Méthodes d'analyse	93
4.3.2	Analyse de contenu thématique (MGI)	94
4.3.3	Démarche d'analyse critique du discours (ACD)	97
<b>4.4</b>	<b>Les critères de scientificité</b>	<b>99</b>
4.4.1	Reconnaissance de la subjectivité	99
4.4.2	Position de la chercheuse	100
4.4.3	La voix de la chercheuse	101
<b>5</b>	<b>ANALYSE DES RÉSULTATS</b>	<b>103</b>
<b>5.1</b>	<b>Redessiner les milieux de vie : espaces, mots et visions en transformation</b>	<b>104</b>
5.1.1	Renouveler un modèle d'hébergement : la maison des aînés et alternative	105
5.1.2	Un milieu de vie comme à la maison	105
<b>5.2</b>	<b>Engager le changement</b>	<b>106</b>
5.2.1	Construire du sens par les mots	107
5.2.2	Des mots domestiques	107
<b>5.3</b>	<b>Enjeux de la bientraitance en CHSLD : l'image et les impacts</b>	<b>109</b>
5.3.1	Une opinion publique à redorer	109
5.3.2	Difficultés à mesurer les impacts de la bientraitance en CHSLD	110
<b>5.4</b>	<b>Hébergement longue durée : un secteur fragilisé par les réformes</b>	<b>113</b>
5.4.1	Le secteur de l'hébergement longue durée démolé	113
5.4.2	Un manque d'imputabilité dans les CHSLD	114
<b>5.5</b>	<b>Valoriser les bonnes pratiques en matière de bientraitance</b>	<b>115</b>
5.5.1	Construire une nouvelle base de référence	115
5.5.2	Coconstruire avec les acteurs du milieu	119
5.5.3	Un communiqué de presse pour rétablir la confiance du public	124
<b>5.6</b>	<b>La « construction du soi » chez les gestionnaires</b>	<b>127</b>
5.6.1	L'ethos des gestionnaires	128
5.6.2	Le gestionnaire responsable	129
5.6.3	Le gestionnaire engagé	130
5.6.4	Le gestionnaire légitime	132
<b>5.7</b>	<b>Faire vivre la bientraitance en CHSLD : un défi de transmission</b>	<b>133</b>
5.7.1	Transmettre le concept de bientraitance en idées	134

5.7.2	Transmettre la culture de bientraitance en actions	136
<b>5.8</b>	<b>Les obstacles de la bientraitance selon les gestionnaires</b>	<b>137</b>
5.8.1	Les injonctions paradoxales	137
5.8.2	Absence d'outil de contrôle approprié à la bientraitance	139
<b>5.9</b>	<b>Valoriser pour mieux gérer</b>	<b>141</b>
5.9.1	Les mesures incitatives	141
5.9.2	La reconnaissance des bons coups	142
<b>5.10</b>	<b>La représentation commune du concept de bientraitance</b>	<b>144</b>
5.10.1	Monologicité des discours : preuve d'un contrôle social	144
5.10.2	Construire un nouveau rôle : Gestionnaire-responsable	147
<b>5.11</b>	<b>Des gestionnaires qui ont peur d'avoir peur</b>	<b>149</b>
5.11.1	Impuissance des gestionnaires	149
5.11.2	Au pays des licornes	153
<b>5.12</b>	<b>Les tensions : entre ce qui est dit et ce qui ne l'est pas</b>	<b>153</b>
5.12.1	L'omniprésence des PAB et l'absence des PPA	154
5.12.2	Les discours en sourdine	156
<b>6</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>158</b>
<b>6.1</b>	<b>Limites de la recherche</b>	<b>161</b>
<b>6.2</b>	<b>Avenues de recherche</b>	<b>162</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>164</b>
<b>8</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>167</b>

# LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

---

<i>Tableau 1 : Les énoncés comme concept de l'analyse discursive .....</i>	73
<i>Tableau 2 : Les éléments de différenciation .....</i>	75
<i>Tableau 3 : L'ordre du discours .....</i>	76
<i>Tableau 4 : La représentation d'événements sociaux .....</i>	78
<i>Tableau 5 : Identification .....</i>	79
<i>Tableau 6 : L'évaluation .....</i>	80
<i>Tableau 7 : Sélection du corpus de textes .....</i>	88
<i>Tableau 8 : Répartition des gestionnaires.....</i>	90
<i>Tableau 9 : Catégorisation 1 : Codification des données.....</i>	95
<i>Tableau 10 : Catégorisation 2 : Hiérarchisation des données .....</i>	96
<i>Tableau 11 : Catégorisation 3 : Mise en relation des données.....</i>	97
<i>Tableau 12 : Grille de codification à l'analyse des concepts discursifs .....</i>	98
<i>Tableau 13 : Exemple de la méthode utilisée à l'analyse de discours.....</i>	99
<i>Tableau 14 : Liste de genres de textes au sujet de la bientraitance .....</i>	117
<i>Tableau 15 : Contributeurs à l'élaboration du cadre de référence en bientraitance .....</i>	121
<i>Tableau 16 : Démonstration de la valorisation de la bientraitance en CHSLD.....</i>	125
<i>Tableau 17 : Les trois (3) facettes de l'ethos du gestionnaire en CHSLD.....</i>	129
<i>Tableau 18 : Manières des gestionnaires à transmettre le concept et la culture de bientraitance à leurs équipes. ....</i>	134
<i>Tableau 19: Désorientation et peur d'agir dans le discours des gestionnaires .....</i>	149
<i>Figure 1 : Principaux acteurs d'un RSSS.....</i>	20
<i>Figure 2: Présentation des notions existantes .....</i>	31
<i>Figure 3: Les obstacles au développement de pratiques.....</i>	42
<i>Figure 4 : Dimensions de la coproduction des services de santé .....</i>	51
<i>Figure 5 : Variation annuelle comparative des coûts .....</i>	54
<i>Figure 6 : Schématisation du fonctionnement de l'ACD .....</i>	66
<i>Figure 7: Configuration du sens .....</i>	70
<i>Figure 8 : Schéma des composantes de l'énonciation discursive .....</i>	82
<i>Figure 9 : Chaîne de genres de textes .....</i>	118
<i>Figure 10: Mécanisme discursif visant à bâtir une image positive des CHSLD .....</i>	127
<i>Figure 11 : Exemple de perte de légitimité du gestionnaire .....</i>	152
<i>Figure 12 : Phénomène de reconfiguration du discours .....</i>	<b>Erreur! Signet non défini.</b>

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

---

- **ACD** : Analyse du discours
- **AMV** : Approche milieu de vie
- **AQDR** : Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées
- **CAQ** : Coalition Avenir Québec
- **CHSLD** : Centre d'hébergement de soins de longue durée
- **CIUSSS** : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
- **CISSS** : Centre intégré de santé et de services sociaux
- **CLSC** : Centre local de services communautaires
- **CSBE** : Commissaire à la santé et au bien-être
- **DSAPA** : Direction de soutien à l'autonomie des personnes aînées
- **DSP** : Direction de la santé publique
- **FADOQ** : Fédération de l'âge d'or du Québec
- **FRQSC** : Fonds de recherche du Québec – Société et culture
- **ICIS** : Institut canadien d'information sur la santé
- **INESSS** : Institut national d'excellence en santé et services sociaux
- **IRIS** : Institut de recherche et d'informations socioéconomiques
- **LSSS** : Loi sur les services de santé et des services sociaux
- **MA** : maison alternative
- **MDA** : maison des aînés
- **MGI** : Méthode générale inductive
- **MSSS** : ministère de la Santé et des Services sociaux
- **MF** : ministère de la Famille
- **NGP** : Nouvelle Gestion Publique
- **OCDE** : Organisation de coopération et de développement économique
- **OSBL** : Organisme sans but lucratif
- **PAB** : Préposé aux bénéficiaires
- **PHSLD** : Politique d'hébergement de santé et de soins longue durée
- **PPA** : Personne proche aidante
- **RAMQ** : Régie de l'assurance maladie du Québec
- **RI** : Ressource intermédiaire
- **RPA** : Résidence privée pour aînés
- **RSSS** : Réseau de la santé et des services sociaux
- **RTF** : Ressource de type familial
- **SFL** : Systemic Functional Linguistics

## REMERCIEMENTS

---

À la croisée de la recherche et de l'engagement personnel, ce travail n'aurait jamais vu le jour sans les personnes qui ont su, à leur manière, m'éclairer, me soutenir et m'inspirer.

Je tiens d'abord à remercier mon professeur Sacha Ghadiri, qui a su illuminer le chemin que je traçais moi-même dans ce parcours inédit de la recherche. Ta sensibilité, ton écoute et ta rigueur m'ont permis de grandir à travers ce défi, tout en restant fidèle à mon essence. Cette expérience m'aura appris combien apprendre est source de vitalité, et combien ma créativité pouvait être au service d'un exercice comme celui-ci. Merci, sincèrement.

Merci à mes comparses d'études et complices professionnels : Jérémie Gagnon, Anaïs Benavides-Cauchois, Francis Etheridge et Geneviève Isabelle Michaud. Vous avoir rencontrés m'a donné l'énergie de croire en mes rêves. Sans votre participation et votre implication, la création de la coopérative de solidarité *Les Passages* n'aurait pu voir le jour dans les murs de HEC, ni même ce mémoire. Merci de m'avoir accompagnée jusqu'ici, avec votre générosité, vos idées et votre cœur.

Merci à Philippe, Gisèle et Carmen. À votre manière, vous avez été complices pour me permettre de réaliser ce rêve à travers notre vie de famille. Je suis reconnaissante de vous avoir eu comme alliés, et aujourd'hui, sachez que chacun des *kudos* cumulés dans ce parcours vous revient. Je vous aime profondément.

Merci enfin à Angèle, Sylvain et Michelle – mes parents et ma sœur. J'ai beaucoup pensé à vous tout au long de cette aventure. À travers l'expérience quotidienne de *nous* voir vieillir, vous m'avez inspirée. Tant pour ce que vous m'avez transmis, ce que vous devenez aujourd'hui, que pour ce que j'ai envie d'être avec vous, pour mes enfants dans les années à venir. Je sais avoir vécu - ici - une expérience portée par vos aspirations : vivre et bien vieillir, s'éduquer, s'accomplir personnellement et professionnellement, et surtout, accomplir quelque chose qui fait du sens. Merci pour cette influence précieuse, qui a guidé chacune des lignes de ce travail.

# 1 INTRODUCTION

---

Les centres d'hébergement et de soins longue durée (CHSLD) au Québec, tout comme leurs résidents, sont majoritairement exclus de leur communauté. La représentation de ces milieux comme dernière destination en attente de la mort les repousse en marge de notre société, en fait des lieux peu visités. Cette image négative fut particulièrement exacerbée par la pandémie de COVID-19, en révélant notamment dans les médias des cas de maltraitance organisationnelle menant à questionner plus largement la légitimité des soins aux aînés les plus vulnérables dans le réseau de la santé. Tandis que la vice-première ministre dénonçait publiquement en 2021 l'indignité de ces milieux, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) présentait simultanément les CHSLD comme des « lieux qui nous ressemblent », marquant un contraste frappant entre la réalité vécue et le narratif véhiculé par l'État.

Dès lors, le MSSS a multiplié les efforts discursifs pour promouvoir la bientraitance dans les milieux de vie destinés aux personnes en perte d'autonomie. Depuis l'arrivée du nouveau modèle d'hébergement – les maisons des aînés et alternative - on lit et on entend des discours plus marqués qui parlent de transformer la culture organisationnelle des CHSLD. Dans ce cadre, le rôle du gestionnaire en CHSLD devient un point de tension. Ils se retrouvent à l'intersection de discours à valeurs humaines et des contraintes systémiques : attentes élevées en matière de bonnes pratiques valorisant les principes de bientraitance, mais pénurie de ressources, lourdeur administrative, et complexité organisationnelle. À cela s'ajoute une tension persistante entre l'approche milieu de vie — centrée sur la qualité de vie des résidents — et une approche plus biomédicale orientée selon une logique d'efficacité qui est promue également dans le réseau de la santé.

Dans un tel contexte, il devient crucial d'interroger les effets du discours institutionnel sur les pratiques concrètes. C'est pourquoi nous posons la question suivante : **Comment les gestionnaires de CHSLD s'approprient-ils le discours institutionnel du MSSS sur la bientraitance dans la construction de leur rôle, malgré les contraintes organisationnelles ?**

Notre démarche vise, d'une part, à analyser la manière dont le MSSS reconstruit le discours autour des milieux de vie pour personnes en perte d'autonomie afin de promouvoir la bientraitance. D'autre part, elle cherche à mettre en lumière comment ce discours façonne la perception et la construction du rôle du gestionnaire en CHSLD, dans un contexte marqué par des contraintes organisationnelles complexes, des ressources limitées et des attentes élevées.

Pour répondre à cette question de recherche qui s'intéresse aux discours du MSSS et celui des gestionnaires au sujet des défis de la bientraitance en CHSLD, nous avons déterminer un cadre théorique et conceptuel autour de l'analyse critique du discours (ACD) selon Norman Fairclough. En ce qui a trait la méthodologie, nous avons procédé à la triangulation des données en trois étapes; le recensement des écrits scientifiques relatifs à la bientraitance, l'analyse documentaire d'un corpus de textes normatifs et législatifs produits par le MSSS qui relatent de bientraitance en CHSLD entre 2020 et 2024, puis la conduite de quinze (15) entretiens semi-dirigés avec des gestionnaires du milieu de l'hébergement de soins longue durée, visant à explorer leurs perceptions, défis et stratégies face à la bientraitance. Ensuite, afin de faciliter l'analyse de contenu thématique, les données ont été catégorisées en 3 étapes selon la méthode générale inductive (MGI): la codification, la hiérarchisation et la mise en relation des données. Enfin, l'application des principes de l'ACD à travers une analyse des procédés d'énonciation discursive a permis de faire émerger des résultats mettant en lumière les tensions discursives entre le MSSS et les gestionnaires quant aux défis liés à la bientraitance en CHSLD

Dans un premier temps, les résultats de cette recherche ont révélé que le MSSS cherche à rompre avec l'image traditionnelle du CHSLD – souvent associée à des « mouroirs » ou à des milieux vétustes – en mobilisant un discours qui valorise la bientraitance à travers la métaphore de la maison. Cette reconfiguration passe notamment par l'introduction des maisons des aînés, la diffusion de la Politique d'hébergement de soins de longue durée (2021–2026) et l'usage de slogans comme « Ces lieux qui nous ressemblent », visant à faire percevoir les CHSLD comme des milieux de vie familiers et chaleureux plutôt que comme des lieux de soins. Cette transformation discursive s'inscrit

dans ce que Fairclough (2003) désigne comme une *chaîne de genres de textes* : un ensemble de politiques, plans d'action, cadres de référence et communications publiques, où l'on observe une forte présence de collocations et de nominalisations positives (« maisonnées », « appartements », « milieu de vie »). Ces éléments discursifs traduisent une volonté du MSSS de redorer l'image du réseau public, de réaffirmer son autorité postpandémique et d'instaurer un nouveau rôle imputable dans les CHSLD : celui de gestionnaire-responsable.

Dans un second temps, l'analyse discursive a montré que le rôle du gestionnaire se construit à travers le discours institutionnel, et se décline en trois facettes identitaires: le gestionnaire responsable, le gestionnaire engagé, et le gestionnaire légitime. De plus, il a été démontré que, pour transmettre la bientraitance, les gestionnaires ont recours à des stratégies contrastées : lorsqu'il s'agit d'en parler, ils ont tendance à simplifier le concept en présumant certaines valeurs *qui vont de soi* ou à s'y associer personnellement comme modèle exemplaire; mais lorsqu'il s'agit d'être en action, ils insistent davantage sur ce *qui ne doit pas être fait* en citant des contre-exemples, adoptant une posture plus prescriptive.

En troisième temps, les résultats révèlent une forte convergence entre les discours ministériels et ceux des gestionnaires sur la définition de la bientraitance, ce qui suggère une forme de consensus idéologique. Toutefois, ce consensus masque les tensions vécues sur le terrain. Lorsqu'ils se sentent pris dans le filet des contraintes organisationnelles, pour lesquelles les attentes sont élevées et les ressources limitées, les gestionnaires expriment un sentiment de perte de repères et d'impuissance. Ils éprouvent également le sentiment d'être « anonymes », comme esseulés, malgré la présence des alliés potentiels en périphérie, tels que les proches aidants ou la communauté, dont le rôle demeure peu valorisé dans leur discours. De fait, le manque de reconnaissance de l'apport de ces alliés entrave la construction d'un véritable *prendre soin collectif*, en contribuant à fragmenter les acteurs gravitant autour de l'aîné, plutôt que de les rassembler autour d'une responsabilité partagée de son bien-être.

Cette recherche s'inscrit dans une démarche d'innovation sociale portée par la coopérative de solidarité *Les Passages*, dont la mission est de lutter contre l'isolement social des aînés en hébergement au Québec par la création de partenariats communautaires et la promotion d'initiatives inspirantes et significatives auprès de la population. Issue d'un projet entrepreneurial développé dans le cadre de la Social Business Creation Competition à HEC Montréal à l'édition de 2021, *Les Passages* agit aujourd'hui comme acteur terrain et partenaire de recherche, dans le cadre d'un mandat d'accompagnement de deux CHSLD de la région du Bas-Saint-Laurent. La réalisation de ce mémoire s'effectue dans le cadre d'un stage financé par le programme *MITACS Accélération Entrepreneur*, positionnant l'étudiante à la croisée du terrain, entre la recherche et l'action sociale comme entrepreneure d'impact.

Enfin, ce mémoire permettra non seulement de mieux comprendre les conditions organisationnelles de la bientraitance dans les CHSLD, mais également d'alimenter une réflexion plus large sur les leviers d'innovation sociale en santé publique. À travers une posture critique et engagée, il propose d'éclairer les chemins possibles entre politique publique, gestion organisationnelle et mieux-être des personnes aînées sous l'angle du discours.

## 2 REVUE DE LITTÉRATURE

---

Dans ce chapitre, nous avons pour objectif de présenter un état des connaissances en matière de bientraitance dans le contexte de l'hébergement longue durée au Québec, tel qu'il s'est redéfini à la sortie de la pandémie du coronavirus. De ce fait, nous souhaitons mieux comprendre comment la culture de soins dans les CHSLD – en tant que milieux de vie pour les aînés en perte d'autonomie – est abordée dans un contexte de transformations institutionnelles, culturelles et organisationnelles. Cette revue de littérature nous permettra non seulement de situer notre objet de recherche à l'intérieur des débats scientifiques et professionnels actuels, mais aussi d'identifier les enjeux liés à la construction du rôle de gestionnaire dans la mise en œuvre des discours institutionnels sur la bientraitance.

### 2.1 Contexte, vieillissement et évolution des ressources aux aînés

Selon les travaux de Michèle Charpentier (Charpentier, 2002), la gestion des aînés au Québec a évolué au fil du temps, influencée par des transformations sociales, économiques et politiques importantes. Au début du 20e siècle, les personnes âgées vivaient majoritairement au sein de leur famille, où les échanges intergénérationnels structuraient l'organisation sociale. La vieillesse n'était pas perçue comme un enjeu collectif, mais comme une responsabilité familiale, portée par des valeurs de charité et d'entraide chrétienne. Toutefois, cette dynamique change progressivement après la Seconde Guerre mondiale, alors que la société bascule vers une ère marquée par l'État-providence. Le passage à une économie libérale, combiné à une diminution du taux de natalité, à la perte d'influence du clergé et à l'augmentation de l'espérance de vie, entraîne une institutionnalisation croissante des aînés. La prise en charge, autrefois assumée par les familles, est désormais transférée à l'État, qui acquiert de nombreux asiles et hospices tenus auparavant par des communautés religieuses. Ce changement conduit à la création des centres d'accueil publics (CAS) pour les pensionnaires, alors que la société prend davantage conscience de la condition des personnes âgées, considérant la pension non plus comme une mesure de charité, mais comme un droit

social à partir de 1950. Des organisations représentatives comme la FADOQ (1970) et l'AQDR (1979) voient le jour pour défendre les droits des aînés.

À partir des années 1980, un nouveau paradigme s'installe avec la valorisation du maintien à domicile et une volonté de désinstitutionnalisation. Toutefois, cette période coïncide également avec une poussée de la privatisation et une transformation de l'État dans un contexte de mondialisation des marchés et de libre-échange. L'idéologie néolibérale prend de l'ampleur, valorisant l'entreprise privée et le bénévolat, ce qui redéfinit les responsabilités liées à la prise en charge des aînés. La perte d'autonomie devient un enjeu de société à gérer collectivement, mobilisant davantage les familles et les proches aidants pour répondre aux besoins grandissants des personnes âgées qui vivent plus longtemps, mais pas nécessairement en meilleure santé. Parallèlement, le secteur de l'hébergement connaît une mutation importante avec l'essor des résidences privées pour aînés (RPA), un marché en plein essor qui coexiste avec les CHSLD, dorénavant réservés aux cas plus lourds nécessitant des soins complexes. Bien que la valorisation du maintien à domicile demeure au cœur des politiques publiques, la demande croissante pour des services d'accompagnement révèle la nécessité de développer davantage de ressources publiques et sociocommunitaires pour soutenir efficacement les aînés en perte d'autonomie.

### **2.1.1 L'hébergement longue durée aujourd'hui**

Ce contexte historique permet de mieux comprendre la diversité des milieux d'hébergement actuels et les enjeux qui les accompagnent. Selon le rapport « *Portrait des organisations d'hébergement et des milieux de vie au Québec* » publié en 2022 par la Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), plusieurs types d'hébergement sont proposés aux personnes âgées et aux adultes vivant avec des capacités résiduelles qui ne peuvent plus demeurer à domicile. Ces milieux sont adaptés en fonction du degré d'autonomie et des besoins spécifiques des résidents. Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sont des établissements qui fournissent des soins complexes et continus aux personnes en perte d'autonomie significative, qu'il s'agisse principalement de personnes âgées ou d'adultes ayant des capacités physiques ou

cognitives limitées. Ils offrent une prise en charge médicale complète, un encadrement sécuritaire et des soins adaptés aux besoins des résidents 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. En 2022, le réseau comptait 330 *CHSLD publics* offrant 30 474 places, 60 *CHSLD privés conventionnés* avec 6 516 places et 50 *CHSLD privés non conventionnés* totalisant 3 693 places.

Les *ressources intermédiaires (RI)* et les *ressources de type familial (RTF)* constituent une autre option d'hébergement. Ces milieux, gérés par des organismes ou des entreprises privées en partenariat avec le réseau de la santé et des services sociaux, accueillent des personnes ayant besoin de soutien modéré, mais ne nécessitant pas les soins intensifs fournis dans un CHSLD. Ces ressources offrent une assistance aux activités de la vie quotidienne, un soutien psychosocial et médical adapté aux besoins des résidents, incluant des profils variés : personnes âgées, adultes vivant avec un handicap physique ou intellectuel ou encore personnes ayant une perte d'autonomie légère à modérée. Le Québec comptait, en 2022, 454 *RI et RTF* offrant 11 544 places pour les personnes en perte d'autonomie.

Les *maisons des aînés (MDA)* et les *maisons alternatives (MA)* constituent un modèle novateur visant à offrir une alternative plus humaine et chaleureuse aux CHSLD traditionnels. Ces milieux de vie sont conçus pour recréer un environnement similaire à la maison, tout en offrant une approche centrée sur les résidents, fondée sur les principes de bientraitance (MSSS, 2023b). Elles offrent un accompagnement individualisé qui favorise le bien-être et l'autonomie des résidents. À leur arrivée au pouvoir en 2018, le gouvernement de la Coalition Avenir Québec (CAQ) s'était engagé à ouvrir 46 maisons des aînés avec 3 054 nouvelles places. En 2023, cet engagement a été bonifié par la conversion de 19 *CHSLD* (soit 2 400 places) en maisons des aînés et l'ajout de 200 places supplémentaires. Cependant, les données sur ces initiatives proviennent principalement d'articles journalistiques, ces informations n'étant pas colligées dans le portrait de la CSBE.

Enfin, la plus grande proportion des places offertes dans les milieux d'hébergement pour les aînés est représentée par les *résidences pour personnes âgées (RPA)*, qui comptent

pour 78 % de l'offre globale, soit l'équivalent de 188 338 places. Ces milieux de vie à géométrie variable offrent des services de soins « à la carte », adaptés aux besoins évolutifs des résidents. En comparaison, les CHSLD publics occupent environ 13 % des places, suivis par les RI-RTF qui en représentent 5 % et les CHSLD privés qui n'en occupent qu'environ 1 % (CSBE, 2023). Ces données illustrent la diversité et la complexité des milieux de vie disponibles pour les aînés au Québec, tout en soulignant les efforts continus pour adapter les services aux besoins changeants de cette population.

### **2.1.2 Le vieillissement de la population au Québec**

Le Québec connaît un vieillissement accéléré de sa population. La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus, qui oscillait entre 12 % et 13 % à la fin des années 1990, devrait doubler pour atteindre 25 % d'ici 2031. À titre comparatif, il faudra 51 ans au Canada, 59 ans en France et 67 ans en Suède pour observer un phénomène similaire. Seul le Japon connaît un vieillissement plus rapide que celui du Québec, la proportion des personnes de 65 ans et plus y ayant doublé en seulement 18 ans (ISQ, 2015, 2020).

Ce vieillissement entraîne une pression accrue sur les services de santé et les services sociaux, nécessitant une adaptation de l'offre pour répondre aux besoins croissants des personnes touchées par des maladies chroniques, des troubles cognitifs ou des incapacités dans la vie quotidienne. En 2021, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient déjà 20 % de la population québécoise, une proportion qui pourrait atteindre 27 % d'ici 2051 (ISQ, 2020). Par ailleurs, la population des 85 ans et plus a augmenté de 12 % entre 2016 et 2021, représentant 2,3 % de la population totale au Canada (Statistiques Canada, 2025). Cette situation est alimentée par un taux de fécondité faible, avoisinant 1,5 enfant par femme, et une espérance de vie élevée, estimée à environ 82 ans. Comparativement, bien que le Québec suive une trajectoire similaire à celle du Canada et de plusieurs pays européens, son vieillissement s'effectue à un rythme plus soutenu que dans la plupart des pays occidentaux. Cette transition démographique pose des défis importants pour les politiques publiques et les services de santé. Selon Statistique Canada, le nombre de Canadiens âgés de plus de 90 ans

devrait tripler au cours des 30 prochaines années. De plus, on prévoit qu'environ 20 264 personnes supplémentaires âgées de 70 ans auront besoin d'une place d'hébergement de longue durée d'ici 2028 (CSBE, 2023).

## **2.2 La gestion des ressources pour l'hébergement longue durée au Québec**

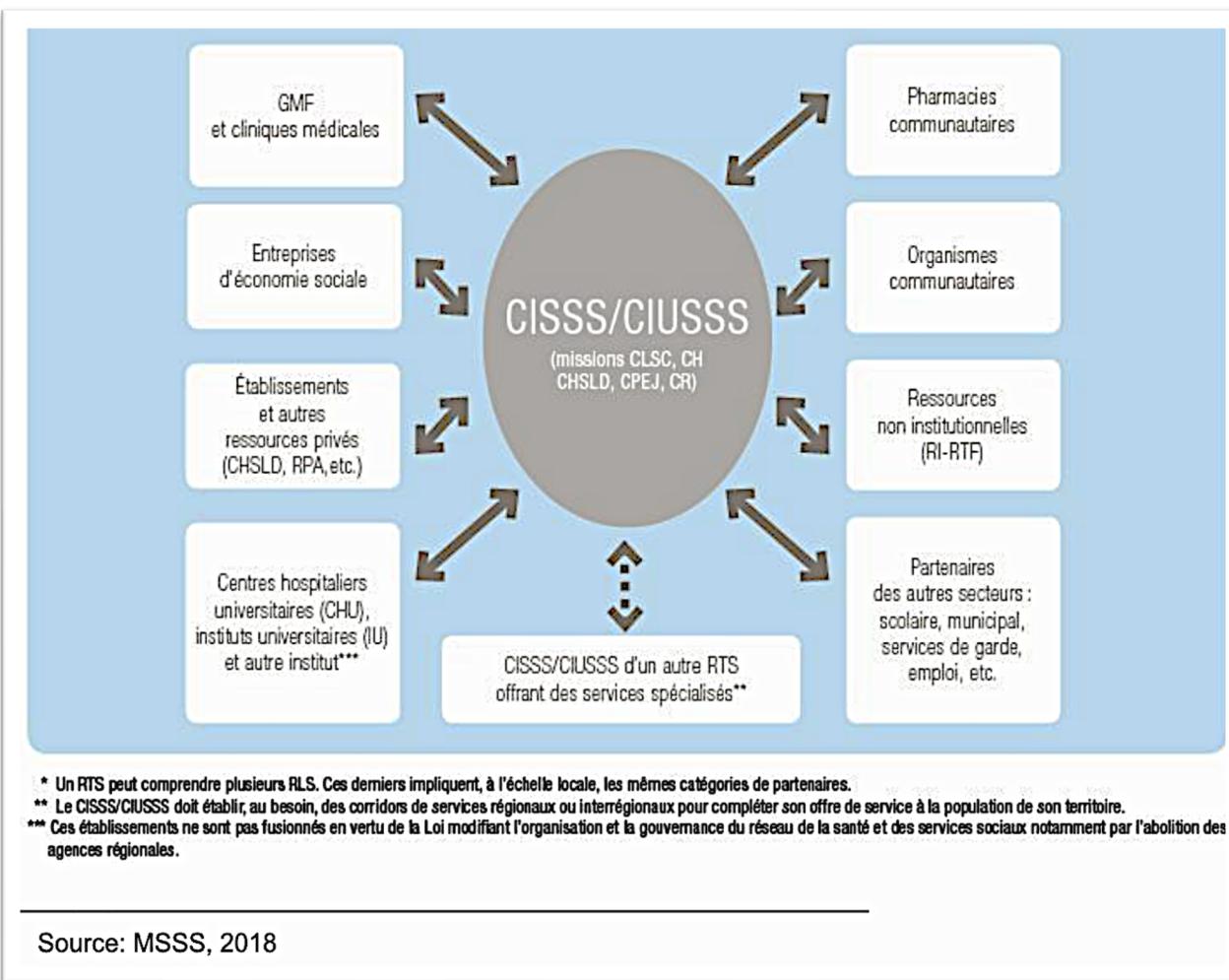
### **2.2.1 Le système de santé et des services sociaux**

Le système de santé et de services sociaux du Québec, tel qu'il existe aujourd'hui, prend sa source dans l'adoption de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en 1971 par l'Assemblée nationale du Québec. Ce système, essentiellement public, repose sur l'État qui joue un rôle central à la fois comme administrateur et assureur des services offerts à la population (MSSS, 2015). Trois régimes d'assurance publique structurent ce système : le *régime d'assurance hospitalisation*, en vigueur depuis 1961, le *régime d'assurance maladie*, instauré en 1970, et le *régime général d'assurance médicaments*, mis en place en 1997 dans le cadre d'un partenariat public-privé. Le financement des services repose principalement sur la fiscalité générale, les contribuables assurant ainsi la majeure partie des coûts. En 2012, les dépenses publiques en santé s'élevaient à 30,5 milliards de dollars, représentant 70,2 % des dépenses totales du système (MSSS, 2015).

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est l'instance centrale qui supervise l'ensemble du système. Sa mission consiste à maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en assurant l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux intégrés et de qualité. Le MSSS établit les priorités, détermine les orientations et met en œuvre les politiques nécessaires pour garantir un fonctionnement optimal du système. Il s'appuie sur un vaste réseau d'établissements et d'acteurs qui fournissent la majorité des services à la population (MSSS, 2015). À l'échelle régionale, la gestion des services est assurée par les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS).

Ces établissements, présents dans chaque région, ont la responsabilité de planifier, coordonner et organiser l'ensemble des services accessibles à la population de leur territoire. Ils prennent en charge les besoins des différentes clientèles, notamment les plus vulnérables, et établissent des ententes avec les médecins, les organismes communautaires et les ressources privées, tel que présenté par cette illustration

**Figure 1 : Principaux acteurs d'un réseau territorial ou local de services de santé et de services sociaux\***



De plus, ils sont chargés de la planification régionale des ressources humaines et doivent rendre des comptes au MSSS quant à la gestion et à l'efficacité des services dispensés (MSSS, 2015). En somme, la structure actuelle du système de santé et de services sociaux du Québec repose sur un modèle intégré, où l'État joue un rôle prépondérant dans l'administration et la gestion des services. Ce système, en constante évolution, vise

à répondre aux besoins changeants de la population tout en assurant un équilibre entre les ressources publiques et privées pour offrir des soins adaptés et accessibles à tous.

### **2.2.2 Contexte de pénurie de main d'œuvre**

Le manque de main-d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec n'est pas un phénomène récent, mais plutôt une question de responsabilité des dirigeants à anticiper les besoins en effectifs pour offrir des services de qualité adaptés aux besoins réels de la population. Le secteur de l'hébergement longue durée ne fait pas exception à cette réalité qui touche plusieurs secteurs du MSSS (Gagnon, 2020). La littérature sur le sujet met en lumière plusieurs facteurs qui influencent directement ou indirectement la disponibilité de la main-d'œuvre pour répondre aux besoins de la population vieillissante. Pour les besoins de cette recherche, certains éléments-clés ont été ciblés afin d'observer plus précisément ce phénomène dans le contexte de l'hébergement longue durée au Québec.

D'abord, un facteur déterminant concerne le désengagement et la démission des travailleurs. Selon Anne Bourhis, professeure titulaire au Département de gestion des ressources humaines de HEC, la pandémie a modifié la relation des travailleurs avec leur emploi, notamment dans le domaine de la santé. Cette période a accentué une tendance au désengagement individuel, voire à la démission, particulièrement chez les préposés aux bénéficiaires (PAB) œuvrant en hébergement longue durée (Venne, 2022). L'absence d'une instance collective représentant adéquatement ces travailleurs soulève des questions quant au manque de reconnaissance de ce métier, combiné aux prescriptions organisationnelles qui pèsent lourd sur leurs épaules, ce qui pourrait expliquer en partie les difficultés d'attraction et de rétention de ce personnel (Aubry, 2020).

Un autre facteur important est le poids démographique des personnes âgées sur les ressources disponibles. Les personnes âgées nécessitent généralement plus de services que le reste de la population, entraînant une répartition disproportionnée des ressources humaines et financières dans une société vieillissante comme celle du Québec. À cet

effet, la chercheuse Anne Plourde de l'IRIS souligne que les dépenses publiques de santé augmentent de manière disproportionnée à partir de 65 ans. Alors que les 65 ans et plus représentent 20 % de la population, ils absorbent 47 % des dépenses, soit 2,3 fois leur poids démographique. En comparaison, les moins de 65 ans, qui constituent 80 % de la population, n'accaparent que 53 % des dépenses, soit 0,7 fois leur poids démographique (Plourde, 2024).

Enfin, la stagnation de la population active contribue également à la pénurie de main-d'œuvre. L'étude *Le défi de la décennie : Comment gérer la pénurie de main-d'œuvre au Canada*, produite par la Banque de développement du Canada, met en évidence une tendance préoccupante : depuis 2011, la croissance de la population active n'excède plus 1 %, et cette situation devrait perdurer jusqu'en 2036 (Bouchard, 2023). De plus, le taux de participation au marché du travail diminue, aggravant ainsi la pénurie de travailleurs qualifiés. Le départ progressif des baby-boomers à la retraite n'est pas suffisamment compensé par l'arrivée des nouveaux travailleurs, d'autant plus que les jeunes amorcent désormais leur carrière plus tardivement. Anne Bourhis rappelle que ces enjeux étaient prévisibles :

On comprenait depuis longtemps que le vieillissement de la population aurait des conséquences graves sur la quantité de main-d'œuvre disponible. On savait également que nous ne formions pas assez de personnel dans certains secteurs, comme les technologies de l'information ou la santé (Venne, 2022).

Ces différents facteurs combinés contribuent à la complexité du contexte de pénurie de main-d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois.

## 2.3 La pandémie de la COVID-19 et l'hébergement longue durée

### 2.3.1 Une catastrophe annoncée

La pénurie de main-d'œuvre dans le réseau de la santé, particulièrement en hébergement longue durée, a mis en lumière des failles structurelles qui ont contribué aux conséquences désastreuses observées lors de la pandémie de COVID-19. Ces lacunes sont intrinsèquement liées à la culture de soins qui prévaut dans ces milieux, où les

conditions de travail difficiles, le manque de reconnaissance et les ressources limitées ont exacerbé les problèmes déjà présents. Cette réalité a été cruellement mise en évidence lors de la première vague de la pandémie, alors que le Canada affichait un taux général de mortalité lié à la COVID-19 relativement faible par rapport aux autres pays de l'OCDE, mais présentait la proportion la plus élevée de décès survenus en soins de longue durée. En effet, les résidents des soins de longue durée représentaient 81 % de tous les décès liés à la COVID-19 recensés au Canada, comparativement à une moyenne de 38 % dans les autres pays de l'OCDE, avec des écarts significatifs allant de moins de 10 % en Slovénie et en Hongrie à 66 % en Espagne (ICIS, 2020) . Après deux ans de pandémie, plus de 20 000 des 36 500 décès liés à la COVID-19 au Canada sont survenus en CHSLD, un record à l'échelle internationale qui a transformé ces centres en un symbole tragique de négligence systémique (Scott, 2022).

Malgré l'ampleur de cette tragédie, les bénéfices réalisés dans les établissements de soins de longue durée, particulièrement au Québec et en Ontario, n'ont pas été freinés par la pandémie. Dans les résidences pour personnes âgées (RPA), la première année de la pandémie a généré un bénéfice de 13,6 % pour ce secteur d'activités, selon Statistique Canada. Cette situation contraste fortement avec la détresse vécue dans les CHSLD, où la pandémie a révélé l'ampleur des enjeux de maltraitance organisationnelle. En réaction à cette crise, le gouvernement québécois a amorcé une reprise de contrôle des CHSLD privés non conventionnés, qui représentent près de 10 % de tous les CHSLD du Québec, mais qui détiennent le pire bilan de décès liés à la COVID-19, comptabilisant 17 % des décès survenus dans ces établissements (Scott, 2022).

### **2.3.2 Enjeux de maltraitance organisationnelle en CHSLD**

Au Québec, les statistiques sont particulièrement alarmantes. Entre mars et juin 2020, la province comptabilisait 55 458 cas et 5 503 décès, représentant 53 % des cas et 64 % des décès enregistrés au Canada (ICIS, 2020). Les CHSLD ont été les plus durement touchés par la crise sanitaire, enregistrant près de 70 % des décès liés à la COVID-19 au Québec entre mars et juin 2020. Cette proportion s'est élevée à 89,2 % lors de l'annonce du *Plan d'action pour la deuxième vague* en août 2020 (Gouvernement du

Québec, 2020). Cette situation a mis en lumière d'importantes lacunes dans la qualité des soins et des services offerts aux résidents. Les enjeux de maltraitance organisationnelle dans les CHSLD lors de cette crise sanitaire « *n'ont pas fait figure d'exception : au contraire, ils ont occupé l'espace médiatique et politique à de multiples reprises en raison des importantes lacunes constatées dans les soins et services offerts aux résidents en CHSLD* » (Beaulieu & Cadieux Genesse, 2022).

Dans le cadre d'un Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD en 2016 on propose une définition de la maltraitance selon une traduction libre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), puis représentée par le gouvernement du Québec en 2010:

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. (Ministère de la famille, 2017)

La maltraitance peut prendre de multiples formes. Elle incarne également un problème complexe et multifactoriel, majoritairement influencée par de nombreux facteurs d'origine culturelle, sociale ou politique. Enfin, elle peut également dépendre de facteurs directement liés à la personne aînée, à la personne maltraitante et à l'environnement. Plus spécifiquement, on retrouve sept (7) types de maltraitance envers les personnes aînées : la maltraitance psychologique, la maltraitance physique, la maltraitance sexuelle, la maltraitance matérielle ou financière, l'âgisme, la violation des droits et la maltraitance organisationnelle.

La maltraitance organisationnelle quant à elle se présente de diverses manières, telles que par la réduction de la personne à un numéro, par la prestation de soins ou de services selon des horaires plus ou moins rigides, par un temps d'attente déraisonnable avant que la personne reçoive un service, par la détérioration de l'état de sa santé, par des plaintes, etc :

Toute situation préjudiciable créée ou tolérée par des procédures d'organisations responsables d'offrir des soins ou des services de tous types, qui compromet l'exercice des droits et libertés des personnes. (Ministère de la famille, 2017)

Pendant la crise sanitaire, le manque flagrant d'effectifs en CHSLD amène de lourde conséquence sur le bilan désastreux et révèle des pratiques de maltraitance organisationnelle dans bon nombre de CHSLD, mises au grand jour avec le cas du CHSLD Herron qui fut l'objet d'une enquête du par le Protecteur du Citoyen. Cité en exemple, cette histoire frappa l'imaginaire de la population via la sphère médiatique, puisque le gouvernement a reconnu publiquement que le cas Herron a été le révélateur d'une crise profonde : « *[L]es événements entourant le CHSLD Herron ont constitué le point de départ de la mise au jour de problèmes systémiques dans ces milieux.* » (Beaulieu & Cadieux Genesse, 2022)

Pourtant, le manque de personnel en CHSLD, mis en lumière par le gouvernement durant la crise, était un enjeu déjà bien connu et documenté. Dès 2013, un rapport de la Commission de la santé et des services sociaux — composée de treize (13) parlementaires de divers partis — avait été présenté à l'Assemblée nationale du Québec (AnQ) pour analyser les conditions de vie des aînés en CHSLD. Vingt (20) recommandations ont découlé de ce rapport et ont toutes été adoptées à l'unanimité par l'AnQ en 2016 (Cimon-Mattar, 2016), dont :

- Que le MSSS mette à jour ses normes concernant les ratios de personnel afin d'assurer une prestation adéquate de soins et de services aux personnes hébergées, selon leurs besoins individuels (Recommandation 1);
- Que les établissements développent des mesures de valorisation des professions et des métiers exercés dans les CHSLD, en particulier celui des PAB (Recommandation 11);
- Que les établissements se préoccupent davantage de la stabilité des équipes soignantes déployées auprès de chaque résident (Recommandation 15).

Les événements survenus en 2020 et 2021 ont exposé une vulnérabilité critique des résidents des CHSLD, entraînant une attention médiatique considérable sur les

conditions de vie dans ces centres. Cette crise a mis au jour des failles structurelles et systémiques en matière de soins, de ressources humaines et d'infrastructures, ce qui a contribué à une détérioration marquée des conditions de vie des personnes hébergées (Meloche, 2022). Ces lacunes, exacerbées par la pénurie de main-d'œuvre, mettent en évidence les défis persistants liés à la culture de soins en hébergement, où le personnel est souvent en sous-effectif, incapable de répondre adéquatement aux besoins croissants des résidents. Comme le souligne Couturier, les conséquences de cette situation ne sont guère surprenantes : elles représentent plutôt « les symptômes d'un système malade », révélant la nécessité d'une transformation en profondeur pour garantir la bientraitance des résidents (Couturier et al., 2021).

### **2.3.3 Le changement culturel dans le réseau de la santé**

L'histoire récente du réseau de la santé et des services sociaux au Québec est marquée par une série de réformes qui ont profondément transformé sa gouvernance et son fonctionnement, particulièrement en matière d'hébergement de longue durée. Dans la trajectoire de ces réformes, le MSSS dénotait une réduction constante des établissements publics de santé depuis 1982, allant de 683 à 182 en 2013. Pour comprendre les impacts de la *réforme Barrette de 2015*, il est essentiel de revenir à la réforme Couillard de 2003, qui a amorcé cette transformation.

Avant 2003, les CHSLD et les *centres locaux de services communautaires* (CLSC) étaient des organismes sans but lucratif (OSBL), souvent fondés et gérés par des communautés religieuses. Ces établissements avaient leur propre structure de gouvernance et bénéficiaient d'une certaine autonomie décisionnelle.

Avec la réforme Couillard, les CHSLD, CLSC et hôpitaux ont été regroupés sous une même entité administrative, les CSSS. Cette réforme a marqué la nationalisation des services de soins et des services sociaux, les transformant en un service public relevant directement de l'État. La gouvernance des CSSS était assurée par un conseil d'administration (CA) composé en partie de membres élus par la population, assurant ainsi une certaine représentativité citoyenne. Ce CA avait la responsabilité de nommer le

président-directeur général (PDG) et les hauts dirigeants. Cependant, cette centralisation a également entraîné une perte d'autonomie des CHSLD et CLSC, qui ont vu leur gouvernance locale disparaître au profit d'une approche davantage centrée sur le milieu hospitalier et les soins curatifs.

La réforme mise en œuvre en 2015 sous l'égide du ministre de la Santé Gaétan Barrette, a poussé cette centralisation encore plus loin. Cette réforme a entraîné la fusion des 95 CSSS pour créer 24 CISSS et CIUSSS. Cette réforme se concrétise notamment par l'adoption de la loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. L'objectif déclaré de cette réforme était de simplifier la structure administrative, d'améliorer la coordination des soins et de rationaliser les coûts.

Toutefois, cette restructuration a eu des impacts significatifs sur l'hébergement de longue durée, notamment :

- Perte de représentativité citoyenne : Le conseil d'administration des CISSS et CIUSSS n'est plus composé de membres élus par la population. Désormais, le ministre de la Santé nomme directement les membres du CA et le PDG, ce qui a éliminé toute représentation démocratique locale dans la gestion des établissements. Cette perte de lien avec la population a suscité des critiques quant à la déconnexion entre les besoins des usagers et les décisions prises au sommet.
- Centralisation accrue des décisions : La fusion des établissements a centralisé la gestion des CHSLD au sein des CISSS et CIUSSS, entraînant une uniformisation des pratiques qui ne prend pas toujours en compte les réalités locales. Cette approche a eu pour effet de diluer la mission spécifique des CHSLD, qui se retrouvent intégrés dans un vaste réseau priorisant souvent les soins curatifs au détriment des soins de longue durée.
- Dégénération des conditions de soins : Cette centralisation a également eu pour conséquence de *complexifier les processus décisionnels*, ralentissant la prise de

décision et rendant les services moins réactifs aux besoins spécifiques des résidents en CHSLD. Les ressources financières et humaines étant redistribuées dans un cadre plus large, les CHSLD ont parfois souffert d'un manque d'attention et de ressources adaptées.

En 2023, la réforme Dubé a poursuivi la tendance à la centralisation avec la création de Santé Québec, une agence gouvernementale chargée de gérer l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. Cette réforme vise à accroître l'efficacité et la transparence du système, mais elle soulève également des inquiétudes quant à la poursuite de la déconnexion entre les instances décisionnelles et les besoins des communautés locales, notamment en matière d'hébergement de soins longue durée.

## **2.4 Le concept de bientraitance**

### **2.4.1 Entre la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance**

Dans la littérature, la bientraitance se résume comme une pratique éthique qui vise le bien-être et la diminution des risques de maltraitance (Daigle, 2023; Fournier, 2020; Haut Conseil de la famille & Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPh), 2019; Ministère de la famille, 2017; Pomar-Chiquette, 2019). Selon une recension des écrits réalisée en 2011, le terme « bientraitance » était inexistant dans le Trésor de la Langue Française Informatisée (base de données scientifique dédiée à l'analyse et à la recherche étymologique et historique de la langue française), contrairement au terme « maltraitance » qui quant à lui, était largement documenté dans la littérature scientifique (Péoc'h, 2011).

Selon l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), la notion de bientraitance ne s'oppose pas simplement à la maltraitance, mais en tente d'apporter une dimension positive au phénomène de la maltraitance sous l'angle de la promotion des bonnes pratiques. Cela dit, la présence de l'un ne veut pas non plus signifier l'absence de l'autre : « *La*

*bientraitance ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. Elle n'est ni le contraire logique, ni le contraire pragmatique de la maltraitance » (ANESM, 2008)*

La « bien-traitance institutionnel » est cependant le premier terme utilisé dans les années 1990 en France (Fournier, 2020; Pomar Chiquette, 2019; Daigle, 2023), comme une résultante relative aux travaux réflexifs portés à l'égard des conséquences de la maltraitance que subissaient notamment les enfants dans les pouponnières européennes. Cette pratique visait à revoir les modes d'intervention des professionnels, en tenant compte de la souffrance vécue par les enfants et leurs parents des suites de leurs pratiques, et visaient à prodiguer du bien-être aux personnes victimes de maltraitance (Daigle, 2023; Fournier, 2020; Haut Conseil de la famille & Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPh), 2019).

Le concept de promouvoir les bonnes pratiques en matière de bientraitance apparaissent formellement dans les politiques publiques françaises au début des années 2000 (Daigle, 2023; Pomar-Chiquette, 2019), puis cette approche ancrée selon le droit des individus piqua l'intérêt d'autres groupes d'individus, dont les aînés (Ministère de la famille, 2022). La bientraitance intègre graduellement le milieu d'hébergement longue durée pour promouvoir le bien-être des personnes aînées qui y habitent. D'ailleurs, c'est depuis 2003 que le MSSS effectue des visites d'appréciation de la qualité de vie des CHSLD privés afin de recevoir une accréditation certifiant de la qualité attendue de la Loi sur les services de santé et des services sociaux (LSSS) et, ainsi, assurer la protection de la clientèle (INSPQ, 2018).

Dès les années 2010, les travaux sur la promotion de la santé et du bien-être chez les personnes aînées gagnent en popularité au niveau international, particulièrement dans les pays issus de la Francophonie (Ethier et al., 2019) dans les secteurs médical et social (Casagrande, 2016; Moulia et al., 2010; Svandra, 2010). Au Québec, la notion de bientraitance a fait l'objet de réflexions politiques et institutionnelles qui ont pour origine la lutte contre la maltraitance, qui lui est un phénomène nommé sur la sphère publique

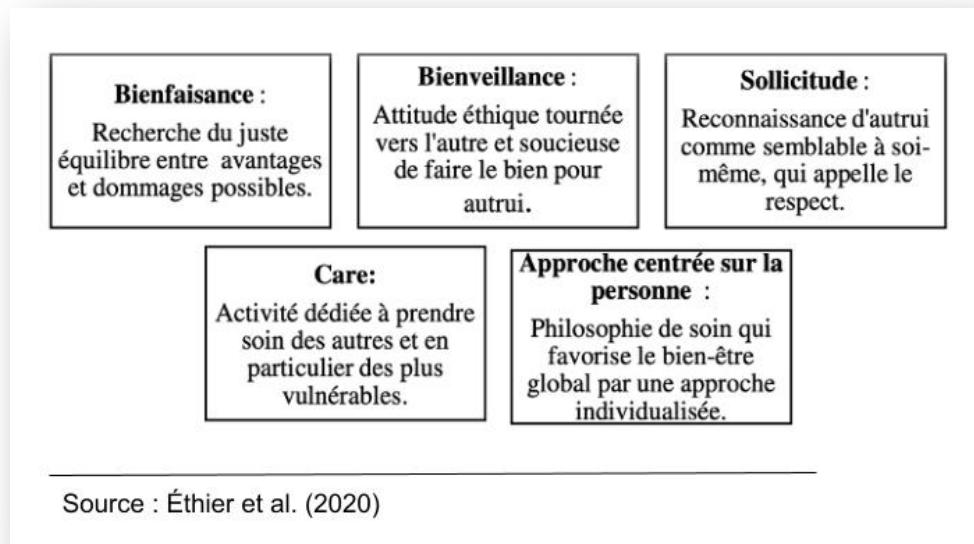
dès 1989, pour donner suite au rapport *Vieillir en toute liberté* (Beaulieu & Crevier, 2010). C'est en 2017, à l'avènement de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* que tous les établissements du réseau de la santé du Québec ont dû se munir d'une politique de lutte contre la maltraitance et miser sur la promotion des bonnes pratiques et la prévention.

#### **2.4.2 Les principes de la bientraitance**

Telle que vu précédemment, la notion de bientraitance a d'abord émergé comme une réponse aux préoccupations de maltraitance, évoluant pour devenir un concept central dans les pratiques sociales et de soins. Ce passage du terme à une approche plus globale reflète une volonté d'assurer la dignité et le bien-être des personnes vulnérables. Le concept de bientraitance se décline aujourd'hui à travers des dimensions légales, éthiques et organisationnelles et contribue à ce qui donne la couleur « humaine » dans la foulée d'octroyer des soins aux personnes vulnérables (Moulias et al., 2010).

Bien que ce soit un nouveau « mot » qui soit promu dans la dernière décennie, les dimensions et les principes de la bientraitance se retrouvent déjà sur les lèvres des acteurs issus du milieu du soin. À cet égard, certains auteurs questionnent l'importance dans faire une référence normative (Molinier, 2010; Rimbert, 2006; Weber, 2011), et questionnent sa plus-value (Éthier et al., 2020; Lambert Barraquier, 2016; Pain, 2010; Svandra, 2010). En effet, son concept fleure avec les notions de bienfaisance, de bienveillance, de sollicitude, de *care* et d'approche centrée sur la personne (Éthier et al., 2020) et ainsi, ce terme laisse place à une grande place d'interprétation et de subjectivité, ce qui rend ce concept flou (Svandra, 2010), p. 26), puis « *complexe, évolutif, fragile, témoin d'une époque qui convoque à la fois le passé pour se tourner vers le présent et l'avenir* ». (Péoc'h, 2011).

**Figure 2: Présentation des notions existantes dans le milieu du soin et relative à la notion de bientraitance**



Ainsi, dans une perspective de vouloir circonscrire le concept de bientraitance en regard des notions bientraitantes existantes, trois (3) principes inhérents à ce concept sont plus spécifiquement attribués aux personnes aînées :

- 1) Considérer la personne aînée comme le sujet de leur vie et non un objet de soin (ANESM, 2008; Casagrande, 2016; Longneaux, 2010; Luquel, 2008; Ministère de la famille, 2017; Moulias et al., 2010; Péoc'h, 2011).
- 2) Valoriser les bonnes pratiques (ANESM, 2008; Casagrande, 2016; Ministère de la famille, 2017; Pomar-Chiquette, 2019; Ribeaucoup & Malaquin-Pavan, 2015).
- 3) Travailler en concertation (Doutreligne & Ruault, 2013; Pomar-Chiquette, 2019).

Selon les travaux d'Éthier et ses collaborateurs (Éthier et al., 2020), la notion de bientraitance apporterait une plus-value aux notions bientraitantes ci-haut présentée, puisqu'elle constitue un concept pragmatique qui s'exprime selon une *intentionnalité*, se met en action par des *pratiques et des gestes* et s'inscrit dans un *environnement* qui favorise ces intentions et ces pratiques (Éthier, 2020, p.13). Appliquée au monde de

l'hébergement, la bientraitance comporte plusieurs principes inhérents à sa mise en application qui sont basés sur le respect des valeurs, des croyances, de la culture, du parcours de vie, de la singularité et des droits et libertés des personnes (MSSS, 2023b; Pomar-Chiquette, 2019). Par le fait que la bientraitance mise sur une approche centrée sur la personne, cela induit que cette approche met en compte le point de la personne aînée avant toute action et prise de décision qui la concerne (Daigle, 2023). Les six (6) conditions à l'établissement de la bientraitance sont présentées comme suit par le gouvernement (Ministère de la famille, 2022):

- 1) Placer la personne au centre des actions : la personne aînée juge si l'action accomplie ou suggérée lui convient, si elle est bientraitante pour elle.
- 2) Favoriser l'autodétermination et l'*empowerment* chez la personne aînée afin de lui permettre de prendre en main le cours de sa vie, de faire des choix en harmonie avec ses valeurs, ses habitudes de vie, sa culture, etc.
- 3) Respecter la personne et sa dignité afin qu'elle se sente considérée et qu'elle acquière son estime personnelle.
- 4) Favoriser l'inclusion et la participation sociales pour apporter du bien-être aux personnes aînées qui souhaitent briser leur isolement et contribuer à la société.
- 5) Déployer des actions et des interventions alliant compétence « savoir-faire » et jugement « savoir-être ».
- 6) Offrir un soutien concerté afin de poser les gestes les plus appropriés pour chaque dimension de la vie de la personne aînée (ex. : habitation, santé, alimentation, vie amoureuse et familiale, etc.), toujours en respectant les choix de cette dernière.

#### **2.4.3 La définition québécoise**

La bientraitance retenue au Québec par le ministère de la Famille – Secrétariat des aînés, est présentée dans le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2017-2022*, et se présente comme suit:

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 aînée.(Ministère de la famille, 2017)

À la sortie du cadre de référence *Favoriser la bientraitance envers toute personne aînée, dans tous les milieux et tous les contextes* le ministère de la santé et des services sociaux propose une version révisée de la définition de la bientraitance jusqu'alors en vigueur. Après plusieurs consultations auprès de comités et de partenaires dont les expériences sont reconnues, le comité de terminologie de la bientraitance, mandaté par le Secrétariat aux aînés, présente la définition de la bientraitance en cinq (5) temps, afin de répondre à la nécessité d'inscrire la bientraitance dans une approche globale en résonance aux actions à la fois individuelles et collectives. Elle met l'accent sur le fait qu'elle doive être le reflet de ce qui se vit au quotidien par les aînés, et ce, dans tous les milieux et contextes, et incite à la mobilisation de tous les acteurs afin de favoriser un savoir-faire et un savoir-être bientraitants :

La bientraitance est une approche valorisant le respect de toute personne, ses besoins, ses demandes et ses choix, y compris ses refus. Elle s'exprime par des attentions et des attitudes, un savoir-être et un savoir-faire collaboratifs, respectueux des valeurs, de la culture, des croyances, du parcours de vie et des droits et libertés des personnes. Elle s'exerce par des individus, des organisations ou des collectivités qui, par leurs actions, placent le bien-être des personnes au cœur de leurs préoccupations. Elle se construit par des interactions et une recherche continue d'adaptation à l'autre et à son environnement (MSSS, 2023b).

Aux fondements de la bientraitance, se trouvent des points de similitudes avec celles de l'éthique de *care* (Péoc'h, 2011). Dans le cadre d'une recension des écrits qui tente de relever les similarités et différences les concepts de *care* et de bientraitance, Péoc'h relève que le sens du concept du *caring* penche vers deux dimensions tout comme celle

de la bientraitance: celle de l'action (prendre soin de, s'occuper de) et celle de la perception (faire attention à, se soucier de.). La perspective de l'éthique du *care* apporte un éclairage critique de la bientraitance dans le contexte du rôle des institutions en matière d'hébergement longue durée pour les aînés en perte d'autonomie sur le bien-être collectif.

#### **2.4.4 Entre bientraitance et éthique de *care***

Tel que présenté dans son mémoire, Myrand contextualise le *care* dans une perspective de valorisation du rôle du PAB en hébergement, qui de manière générale, n'est pas reconnu à sa juste valeur par la société néolibérale. Elle cite Molinier pour mettre en exergue le caractère hiérarchique du *care* – sur les plans du genre, de l'individu, de l'intellect, de la société – et du fait que les PAB, majoritairement des femmes, ne sont pas entendues suffisamment, alors qu'elles devraient être légitimées, car « *les soignantes créent un monde où il est possible de vivre une vie décente, selon leur critère, pour les personnes âgées et pour elles ensemble* » (Molinier, 2010).

La philosophe et psychologue féministe américaine Carol Gilligan est celle qui fait émerger la notion d'Éthique du *care* dans son ouvrage « *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development* » en 1982. Elle défend l'idée que les femmes posent un regard différent sur le raisonnement moral et la justice de façon générale, et que cette perspective tend à voir les problèmes sous l'angle des préoccupations et de la recherche du bien-être, plutôt que par le biais des valeurs du patriarcat dominantes - dans notre société néolibérale - qui se traduisent plutôt par la critique et les règles. Toujours selon Gilligan, le *care* est la résultante d'un processus moral qui exprime une interdépendance entre soi et l'autre, aussi vrai que la violence finit toujours par se retourner contre soi si on l'utilise contre autrui (Gilligan, 1982).

Pour sa part, la perspective de Joan Tronto sur l'éthique du *care* ouvre à une dimension plus générale à sa définition, de sa portée et de ses effets sur « notre monde » à préserver pour y vivre collectivement en harmonie. On pourrait y lire que le *care* comporte un

caractère indéniablement communautaire pour assurer la poursuite de l'existence (Tronto, 2009): Elle se déclinerait en quatre (4) phases:

- 1) *Le care about* : [se soucier de] qui implique la reconnaissance d'un besoin et la nécessité de le satisfaire;
- 2) *Le taking care of* : [se charger de ; s'occuper de] qui implique le fait d'assumer la responsabilité de répondre au besoin identifié;
- 3) *Le care-giving* : [accorder ; donner des soins ; prendre soin] qui recouvre la pratique du soin en elle-même;
- 4) *Le care-receiving* : [recevoir des soins ; recevoir le soin] qui recouvre la réaction de celui qui fait l'objet des pratiques de soin.

En combinant la perspective d'interdépendance de Gilligan avec celle du collectif selon Tronto, le *care* s'inscrit dans une logique de commun, fondée sur la co-responsabilité et la gestion partagée. Il peut également être perçu comme un commun invisible, au sens développé par Silvia Federici, dans la mesure où les métiers essentiels du *care*, qui prennent soin des personnes vulnérables, constituent une ressource inestimable pour le bien-être de la société (Federici, 2012). Pourtant, ces métiers restent insuffisamment reconnus et valorisés sur les plans économique et politique dans nos sociétés néolibérales. Le *care* pourrait ainsi être envisagé comme un bien commun auquel il conviendrait d'attribuer une véritable valeur sociale afin de garantir une cohésion sociale durable.

## **2.5 Le virage de la bientraitance en hébergement longue durée**

### **2.5.1 Orienter : les politiques publiques en matière de bientraitance**

En 2005, le *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie, Un défi de solidarité* (MSSS, 2005) présente des mesures concrètes visant à promouvoir un vieillissement en santé tant auprès des aînés vulnérables que les proches-aidants, et ce

dans une perspective de maintien à domicile tout comme en centre d'hébergement longue durée (Pomar Chiquette, 2019). Les lignes directrices de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS) adoptée en 2006, et qui annonce une réforme organisationnelle majeure du réseau de la santé, fait écho aux principes de bientraitance (Pomar Chiquette, 2019) et fait suivre le premier *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015* (prolongé jusqu'en 2017). La *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* est par la suite adoptée de laquelle en découlent une politique et un plan d'action (2017-2022).

C'est dans cet esprit qu'en 2021, la ministre Responsable du Secrétariat des aînés et de la proche-aidance lançait la *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée – Des milieux de vie qui nous ressemblent 2021-2026*, ainsi que le *Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026 – Pour le mieux-être des personnes hébergées*. (MSSS, 2021a). Cette politique et son plan d'action cherchent à réformer profondément la façon dont les soins de longue durée sont perçus, organisés et dispensés dans la province, avec un objectif clair de rétablir la confiance et de transformer les milieux de vie pour les personnes âgées et les personnes en perte d'autonomie. De plus, le plan d'action met l'accent sur l'amélioration continue de la qualité des soins, le renforcement des compétences du personnel, ainsi que l'intégration des résidents dans la communauté. Il vise à créer des milieux de vie où les résidents sont perçus avant tout comme des citoyens actifs et valorisés. La vision proposée par la Politique va comme suit :

Pour la personne, un parcours vers une ressource d'hébergement et un vécu au sein de ce nouveau milieu de vie doit s'inscrire le plus possible en continuité avec son histoire et son expérience de vie, ses valeurs, ses préférences, ses besoins, sa culture et sa langue. Le milieu de vie évolue et s'adapte aux divers besoins de la personne et lui permet de se sentir chez elle, de maintenir les liens avec ses proches, de poursuivre et de développer l'exercice de ses rôles sociaux tout en ayant accès aux soins de santé requis par son état. (MSSS, 2021a)

Les principes directeurs de la politique en matière d'hébergement visent à respecter la dignité de la personne, à permettre l'exercice de ses droits et à soutenir son

autodétermination. Ils encouragent également une approche de partenariat entre l'usager, les proches et les acteurs du système de santé, tout en mettant l'accent sur le mieux-être de la personne hébergée. Cette approche inclut la personnalisation des soins et du milieu de vie, ainsi que la promotion et l'actualisation de la bientraitance :

- 1) La personne hébergée : Prioriser une approche globale en tenant compte des besoins spécifiques de chaque résident, tout en soutenant son autonomie et en maintenant ses capacités.
- 2) Les proches : Préserver les liens avec la personne hébergée en accueillant et en soutenant les proches aidants, tout en respectant leurs volontés et capacités d'engagement.
- 3) Les prestataires de services : Assurer des soins de qualité, diversifier les équipes de travail et valoriser les professionnels en leur offrant un soutien adéquat, favorisant ainsi une culture de bientraitance au sein des équipes.
- 4) Le milieu de vie et de soins : Développer des environnements inclusifs, évolutifs et axés sur le mieux-être des personnes hébergées, en s'assurant que le milieu soit adapté à leurs besoins.
- 5) La communauté : Encourager la participation sociale en collaboration avec les acteurs communautaires et sensibiliser la population aux réalités des milieux d'hébergement.

Cette nouvelle politique d'hébergement, selon le gouvernement du Québec, représente un changement de paradigme essentiel. Sa réussite repose toutefois sur une gestion efficace du changement, impliquant la contribution de tous les acteurs concernés. Parmi les conditions gagnantes identifiées pour assurer cette transformation, on retrouve la gestion de proximité, la stabilité des effectifs, la présence en nombre suffisant du personnel, un environnement adapté aux besoins des personnes hébergées, ainsi que la

formation continue des prestataires de soins, tout en tenant compte de leur santé, de leur sécurité et de leur bien-être.

L'approche systémique de la bientraitance s'inscrit également dans cette dynamique de transformation. *L'Entente-cadre nationale pour lutter contre la maltraitance envers les personnes aînées et les personnes majeures en situation de vulnérabilité* établit un partenariat entre les ministères et organismes gouvernementaux pour mieux protéger ces populations (Québec, 2018). Cette entente a donné naissance au *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2022-2027, Reconnaître et agir ensemble*, dont les objectifs incluent la sensibilisation, le développement de pratiques favorisant la bientraitance, la formation des acteurs concernés, l'amélioration de la gestion des situations de maltraitance et le développement de connaissances liées à ce phénomène. Ce plan consacre une orientation complète à la bientraitance et a conduit à l'élaboration du *Cadre de référence Favoriser la bientraitance envers toute personne aînée dans tous les milieux et tous les contextes*, publié en 2023 par le MSSS.

Émanant de ces nouvelles orientations en hébergement, ne faut-il pas oublier de mentionner l'adoption en 2020 de la *Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes* visant à guider le gouvernement dans la planification et la réalisation d'actions et à faire reconnaître la contribution des personnes proches dans leur rôle (Légis Québec, 2020). Et plus récemment, l'arrivée du cadre de référence de l'*Approche intégrée de proximité pour les personnes aînées* s'adressant directement aux établissements du RSSS. Ce document de référence vise « à les [CHSLD] soutenir dans l'exercice de leur responsabilité populationnelle pour mieux œuvrer avec, par et pour les aînés, leur réseau de proximité et les réseaux de partenaires locaux et territoriaux. » (MSSS, 2024).

### **2.5.2 Produire la bientraitance en CHSLD**

Dans le cadre d'une recherche intitulée « *Démarche de mise en valeur des pratiques de bientraitance « ordinaire » en milieu d'hébergement au Québec : un travail de mobilisation*

*de tous les acteurs concernés* », la chercheure Sophie Éthier et ses collaborateurs assoient les prémisses des lignes directrices du Guide pratique éponyme qui s'ensuivit, et qui fut cité en exemple dans le cadre de référence « *Favoriser la bientraitance envers toute personne aînée, dans tous les milieux et tous les contextes* » publié par le MSSS en 2023. Le projet s'intéresse à cadrer les paramètres de mise en valeur des pratiques de bientraitance à la lumière d'une recension des écrits exhaustive à ce sujet, et dans un contexte d'Action concertée impliquant divers acteurs du terrain, de cochercheurs et des partenaires institutionnels, tels le Secrétariat aux aînés – ministère de la Famille, le MSSS et le FRQSC. Les constats ici présentés s'appuient sur les résultats de leurs travaux.

D'abord, tel que mentionné plus tôt par Ethier, la notion de bientraitance repose sur une interaction indissociable entre trois dimensions fondamentales : l'intentionnalité, les pratiques, et le contexte dans lequel elles s'inscrivent. Elle ne peut émerger que dans la conjonction de ces trois axes, chacun jouant un rôle essentiel pour permettre l'épanouissement de relations respectueuses, sécurisantes et personnalisées. De plus, la bientraitance s'adresse principalement aux plus vulnérables, aux personnes qui prennent soin d'eux, ainsi qu'à l'environnement dans lequel s'exerce cette relation de soin. Elle dépasse les gestes techniques pour s'enraciner dans une dynamique humaine et systémique. Elle se manifeste tout d'abord dans la relation interpersonnelle à travers trois (3) dimensions complémentaires :

- 1) *Descriptive* : elle s'incarne dans les gestes du quotidien qui visent le bien-être des personnes, en étant attentif à leur rétroaction et à leurs besoins changeants;
- 2) *Normative* : elle représente un idéal professionnel et une norme sociale, partagée et consentie par les individus au sein d'une même communauté de pratique;
- 3) *Préventive* : elle constitue un rempart contre la maltraitance en favorisant une culture de vigilance, d'empathie et de respect.

Sur le plan organisationnel, la bientraitance s'inscrit également dans une culture plus large, influencée par des conditions structurelles. Les normes gouvernementales,

notamment en matière de gestion des risques, peuvent freiner la pleine réalisation de la bientraitance. Dans ce contexte, les professionnels peuvent parfois être contraints de contourner certaines règles pour faire vivre des pratiques réellement bientraitantes. Cette tension entre prescription et action souligne la nécessité d'un cadre organisationnel souple et aligné sur les valeurs humaines du soin. La bientraitance comprend aussi une dimension sociopolitique. Par exemple, le manque de personnel dans les établissements de soins contribue à une moindre reconnaissance sociale des métiers du *care* par le fait que la réduction des effectifs tend inévitablement à diminuer la qualité des services aux résidents, et donc freiner la capacité à faire respecter les principes de bientraitance.

Enfin, déployer une culture de la bientraitance suppose d'agir simultanément sur trois plans : les pratiques individuelles, les pratiques organisationnelles, et les pratiques institutionnelles. Ces pratiques se déclinent selon cinq (5) axes fondamentaux :

- 1) Le respect de l'intimité et de la dignité,
- 2) Le maintien de la sécurité et de l'intégrité physique,
- 3) La personnalisation des soins,
- 4) Le respect de l'autonomie et des préférences;
- 5) L'adoption de comportements socialement inclusifs.

Ces pratiques sont modulées par trois dimensions clés de la compétence : le savoir-être (qualités personnelles, attitudes et comportements), le savoir-faire (connaissances techniques et expériences acquises), et les compétences professionnelles (esprit d'analyse, sens de l'organisation, communication). Ainsi, la bientraitance s'impose comme un véritable carrefour d'attitudes, d'actions et de moyens, favorisée par un milieu propice à son éclosion et à son enracinement. Elle constitue à la fois un horizon éthique, une réalité quotidienne, et un projet collectif qui engage les individus, les institutions et la société.

Dans le cas de ce projet de recherche, les critères favorables et défavorables à la production de la bientraitance en CHSLD ont été identifiés grâce à la cueillette de données provenant à la fois de la recension des écrits, à la fois de la participation active

des parties prenantes en hébergement (résidents, proches, membres de personnel) sur le terrain. Voici les éléments les plus pertinents retenus dans le cadre de ce projet de recherche.

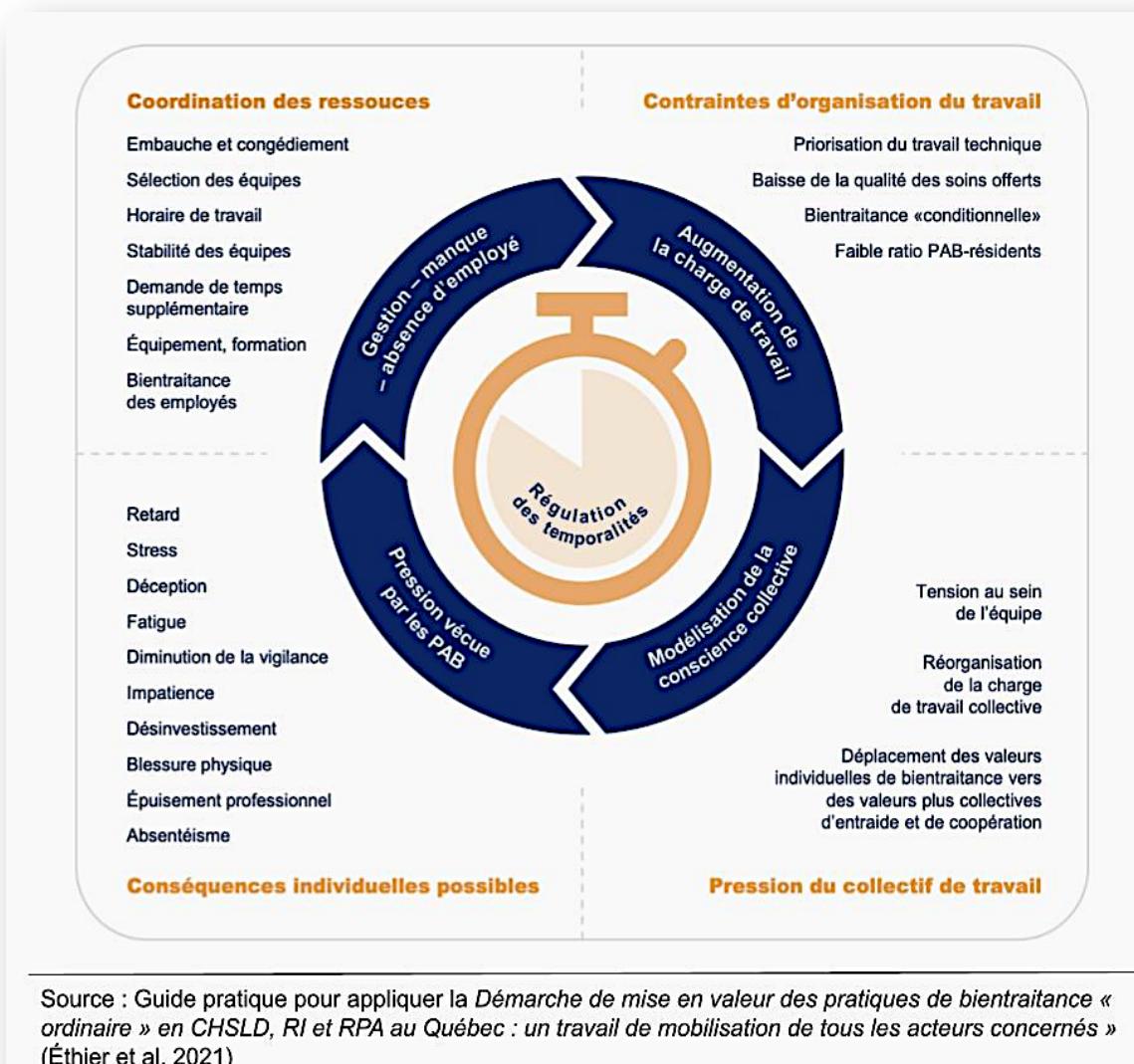
### ***2.5.2.1 Conditions favorables au développement des pratiques bientraitantes en CHSLD***

Parmi les conditions favorables au développement de pratiques bientraitantes en CHSLD, plusieurs facteurs-clés se dégagent du guide. D'abord, l'accès à la formation continue et au perfectionnement représente un levier essentiel. Il permet au personnel d'acquérir les savoir-faire techniques et les savoir-être relationnels nécessaires pour offrir des soins de qualité, respectueux et adaptés à la réalité des aînés. Ensuite, le milieu de vie joue un rôle central dans la bientraitance. Il ne s'agit pas seulement d'un lieu de soins, mais d'un espace de vie qui doit proposer des activités stimulantes pour les résidents, tout en accueillant favorablement la présence des proches et en encourageant leur participation à la vie quotidienne. Aussi, la direction a également un impact significatif; une gestion réceptive aux suggestions et aux ajustements, combinée à une planification optimale des horaires et à une valorisation explicite des gestes de bientraitance du personnel, favorise un climat de respect et renforce l'engagement des équipes. Le personnel, en retour, contribue à la qualité du milieu par sa capacité d'écoute, son respect de l'intimité des résidents et son attention à leur histoire de vie. Sans compter que le travail en équipe, impliquant les résidents, les proches et les membres du personnel, repose sur une communication fluide, le partage d'information et l'entraide. Cette coopération quotidienne permet une meilleure compréhension des besoins et une réponse collective et adaptée. De plus, les résidents eux-mêmes participent à la bientraitance en manifestant de la coopération, du respect envers le personnel et une volonté de s'intégrer à la communauté. Enfin, l'environnement physique contribue directement au bien-être des personnes. Un milieu de petite taille, propre, bien entretenu et adapté aux niveaux d'autonomie favorise la sécurité et la qualité de vie. Des éléments simples, comme l'utilisation de musique pendant les repas, renforcent l'ambiance chaleureuse et humaine du lieu.

### 2.5.2.2 Obstacles au développement des pratiques bientraitantes en CHSLD

En revanche, plusieurs facteurs structurels et humains peuvent nuire à l'instauration de pratiques bientraitantes dans les milieux d'hébergement pour aînés. Voici une illustration présentant les obstacles au développement des pratiques bientraitantes :

**Figure 3: Les obstacles au développement de pratiques bientraitantes en CHSLD, RI ou RPA**



Source : Guide pratique pour appliquer la *Démarche de mise en valeur des pratiques de bientraitance «ordinaire» en CHSLD, RI et RPA au Québec : un travail de mobilisation de tous les acteurs concernés* (Éthier et al. 2021)

En effet, au niveau de la direction, une tolérance face à certains comportements ou attitudes inadéquats peut envoyer un message ambigu quant aux attentes éthiques envers le personnel. Cela s'ajoute à des pratiques de gestion organisationnelle souvent rigides et déconnectées du terrain. L'organisation du travail elle-même présente des défis importants. Le cloisonnement des quartiers de travail entraîne un manque de vision globale des besoins des résidents sur 24 heures, limitant la concertation entre les membres de l'équipe.

À cela s'ajoutent des règlements fréquemment modifiés, des procédures contraignantes, des exigences de reddition de comptes excessives et des règles de sécurité appliquées uniformément, sans égard aux différences individuelles. Le tout est amplifié par le manque de personnel et de temps. Aussi, les attitudes du personnel peuvent également freiner la bientraitance, notamment lorsque l'autonomie des résidents n'est pas encouragée.

De plus, le travail en équipe souffre souvent d'un manque de communication et de partage d'information, ce qui peut nourrir des préjugés ou mener à des décisions mal adaptées. Du côté des résidents et de leurs familles, certaines demandes particulières ou exigences élevées peuvent compliquer la planification des soins. L'absence ou le désengagement des familles rend parfois difficile l'établissement d'une compréhension commune des besoins de la personne âgée, notamment lorsque certaines dépenses nécessaires (vêtements adaptés, soins dentaires) sont refusées.

Enfin, l'environnement physique des établissements peut lui aussi représenter un frein. Les obstacles architecturaux nuisent à la communication entre les membres du personnel, et les milieux ne sont pas toujours adaptés aux divers niveaux de perte d'autonomie des résidents. La cohabitation de clientèles très diverses — en termes d'âge, de conditions physiques et mentales — peut également compliquer la gestion quotidienne et la personnalisation des soins.

Ainsi, si plusieurs conditions permettent de favoriser la bientraitance en CHSLD, divers obstacles structurels et organisationnels en limitent encore la portée. Ce double regard

met en lumière la complexité de son déploiement au quotidien. Or, au-delà des intentions et des efforts déployés, la bientraitance ne peut être dissociée de la qualité des soins offerts. Elle en est même une composante essentielle, dans la mesure où elle contribue directement à la qualité de vie des personnes hébergées. Dans un contexte où l'hébergement des aînés relève du MSSS, la bientraitance s'inscrit donc au cœur des mécanismes d'évaluation de la performance du réseau. Il devient dès lors pertinent de s'intéresser aux façons dont la qualité des soins — et, par extension, la bientraitance — est mesurée et évaluée dans les établissements.

### **2.5.3 Évaluer la qualité des soins de santé**

Dans la « *Revue documentaire des cadres d'analyse de la valeur et de la performance du système de santé* » réalisée par la Commissaire de la santé et du bien-être, Echevin souligne que l'évaluation de la qualité des soins de santé repose principalement sur la réduction des coûts et le financement à l'acte. Cette approche privilégie la quantité des interventions au détriment de leur impact réel sur les patients<sup>1</sup>. (Echevin, 2021).

En effet, la performance du système de santé exige la poursuite simultanée de trois (3) objectifs (Institut for Healthcare Improvement, 2021) :

- 1) Améliorer l'expérience des personnes en matière de soins (y compris la qualité des soins et la satisfaction des personnes);
- 2) Améliorer la santé des populations;
- 3) Réduire le coût des soins de santé par personne.

Or, cette logique présente une limite importante, car il n'existe pas de lien entre l'augmentation du nombre d'actes médicaux, la baisse des coûts et l'amélioration de la qualité des soins. Ce constat met en évidence la nécessité d'adopter une approche plus axée sur la valeur des soins pour les patients et d'ajuster le cadre d'analyse de la performance du système de santé en conséquence. Echevin relève que, pour corriger

---

<sup>1</sup> Le chercheur utilise le terme patient pour désigner le bénéficiaire de service de soins de type biomédical. Comme cette revue s'intéresse aux cadres d'analyse de la performance du système de santé dans son ensemble, nous transférons ces connaissances au secteur de l'hébergement puisqu'il découle d'une même logique de gouvernance.

ces déséquilibres, il faudrait d'une part remettre en question le modèle de gouvernance lui-même, et d'autre part, explorer d'autres modèles pour lesquels la logique de financement serait davantage orientée vers les résultats obtenus pour les patients plutôt que vers le volume des services rendus. Parmi les approches relevées dans cette revue, celle de Michael Porter propose une méthode structurée pour mesurer la valeur par les résultats et les coûts de santé et qui sont générés par la personne :

Dans l'approche des systèmes de santé fondée sur la valeur, les seules véritables mesures de la qualité sont les résultats qui comptent pour les personnes soignées. Lorsque les résultats sont mesurés et rapportés par les personnes soignées, cela favorise l'adoption des meilleures pratiques (Porter, 2010).

D'autres approches fondées sur la valeur attirent également l'attention. D'une part, l'approche du capital humain met en avant l'importance des compétences des professionnels de santé et du bien-être des patients dans l'évaluation des services. Elle repose sur l'idée que la qualité des soins ne dépend pas uniquement des ressources matérielles et des protocoles, mais aussi du savoir-faire et de l'engagement des soignants. D'autre part, l'approche par autoévaluation des patients intègre la perception des personnes soignées dans l'analyse de la qualité des soins reçus, offrant ainsi une vision plus centrée sur l'expérience des usagers (Echevin, 2021).

Un enjeu majeur identifié est celui de la pertinence des soins. Une part significative des actes médicaux réalisés n'apporte qu'une faible valeur ajoutée aux patients, ce qui réduit les marges de manœuvre du système de santé et contribue à un gaspillage des ressources (Echevin, 2021). Il devient donc prioritaire pour les professionnels de santé et les établissements de recentrer les interventions sur des soins véritablement bénéfiques pour les patients afin d'optimiser l'allocation des ressources et d'améliorer la qualité des prises en charge.

Enfin, dans une perspective d'évaluation biomédicale de la qualité des soins, Echevin recommande la co-construction d'indicateurs d'évaluation selon des approches innovantes telle que menées par l'OCDE avec l'enquête sur les indicateurs déclarés par les personnes soignées (OCDE, 2019), ce qui corrobore avec l'idée lancée dans le *Cadre*

de référence *Approche intégrée de proximité pour les personnes aînées* du MSSS. Ce document sert de guide pour promouvoir la responsabilité populationnelle en collaboration avec les aînés et les partenaires locaux, dans le but d'améliorer la qualité de vie et le bien-être de la population vieillissante (MSSS, 2024). On y présente combien la collaboration entre la personne aînée, ainsi que tous les acteurs qui gravitent autour d'elle – le réseau partenaires – doivent participer à l'élaboration des outils d'évaluation. En effet, on recommande fortement que la détermination et l'analyse d'indicateurs soient colligés dans un tableau de bord de manière concertée par l'ensemble des parties prenantes de la communauté. Ainsi, le tableau de bord aux objectifs SMART est présenté comme la référence par excellence pour mesurer et évaluer les activités réalisées en concertation. Cet outil reconnu massivement dans le domaine de la gestion de projet, et maintenant largement appropriés dans d'autres secteurs d'activités, constitue une méthodologie introduite par George T. Doran pour la première fois dans son article « *There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives* » publié dans la revue *Management Review* en 1981. L'acronyme SMART décrit des objectifs qui sont Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes et Temporellement définis. Un tableau de bord composé selon les paramètres SMART permet de suivre l'évolution des soins en se basant sur des indicateurs rigoureusement sélectionnés et d'adapter les interventions en fonction des résultats obtenus. Pour être efficaces, ces tableaux de bord doivent être collaboratifs, accessibles en temps réel, et basés sur des données fiables, valides et pertinentes (MSSS, 2024).

Aujourd'hui, les normes de qualité imposées par des organismes comme Agrément Canada envers les milieux de vie constituent des passages obligés pour assurer l'octroi de soins de santé de qualité pour tous. Pour sa part, les programmes d'Agrément Canada (AC) visent à évaluer les organismes par rapport à des normes élaborées entre autres par l'Organisation de normes en santé (HSO) et l'Organisation internationale de normalisation (ISO). Dans son Rapport d'Impact 2024, Agrément Canada réitère également que l'avenir de la qualité constitue une conception conjointe :

Pour progresser, il faut véritablement partager le pouvoir et réunir des groupes de personnes ayant des perspectives, des idées et des expériences diverses,

c'est-à-dire les usagers, leurs proches et les prestataires de soins. Ces personnes doivent être impliquées à chaque étape de la conception et du développement, de la mise en œuvre et de l'évaluation. (Organisation de normes en santé (HSO) & Accréditation Agrément Canada, 2025).

Pour surpasser les enjeux tels que la fragmentation des soins et la crise de main d'œuvre, Agrément Canada relève, une fois de plus, l'urgence de faire union pour qu'un impact collectif soit réel à la largeur du pays :

Un appel en faveur des soins intégrés est urgent. Il s'agit d'une transformation nécessitant des actions audacieuses et un leadership collectif, et non des initiatives isolées. En tirant parti des approches existantes et en favorisant une collaboration radicale, nous pouvons optimiser les ressources pour atteindre un impact collectif. (Organisation de normes en santé (HSO) & Accréditation Agrément Canada, 2025)

En plus du nombre élevé de normes – plus d'une centaine – qui est appliqué dans divers établissements de santé afin de garantir des services conformes aux attentes des patients et aux exigences du système, des visites ministérielles surprises sont également réalisées pour garantir que les soins et services offerts aux résidents vivant dans les CHSLD favorisent leur bien-être global et répondent à leurs besoins ainsi qu'aux attentes de leurs proches. Parmi les catégories évaluées, nous retrouvons l'accueil du résident et des personnes proches aidantes, les droits des résidents et personnes proches aidantes, les prestataires de service, les pratiques cliniques et les activités repas et le milieu de vie. Bien que toutes ces catégories déclinent des objectifs dont les visées se veulent empreintes de bientraitance, nous retenons que ceux concernant les prestataires de services visent entre autres à « *développer des stratégies pour favoriser une culture de bientraitance auprès des personnes hébergées et de leurs proches* ». À titre d'exemples, la réponse prompte aux cloches (aux besoins et demandes) du résident, la courtoisie et le respect de l'intimité du résident sont jugées conformes à l'atteinte de cet objectif. À contrario, des recommandations telles qu'assurer que la communauté soit impliquée dans le milieu de vie, que des activités stimulantes et significatives soient offertes quotidiennement ou encore que l'environnement physique soit personnalisé sont émises

pour améliorer la qualité d'un milieu de vie si celui-ci ne rencontre pas les attentes du MSSS<sup>2</sup>.

## 2.6 La production de services de soins de qualité : une responsabilité partagée

La recherche scientifique a révélé qu'une dimension collective semble une condition favorable à la production de soin de qualité dans les services offerts en santé. Ce « faire ensemble » a le potentiel de se manifester sous différentes modalités et à impliquer une diversité d'acteurs dans le milieu de l'hébergement.

### 2.6.1 Le travail collectif des PAB et des PPA

Le travail d'équipe des PAB est central dans le cadre de leur pratique car ensemble, les PAB ont plus de facilité à trouver des solutions afin de dépasser les contraintes souvent contradictoires qui les empêchent de rencontrer les exigences du travail qui leur sont demandé, sans diminuer la qualité des services prodigués aux personnes hébergées :

[...] la dimension collective du travail des PAB n'est pas qu'une contrainte empêchant le développement des initiatives individuelles. C'est aussi une source d'ingéniosité pour parvenir à respecter des exigences organisationnelles contradictoires. (Aubry et al., 2013)

Cette dimension collective devrait être intégrée à l'approche milieu de vie (AMV) afin de favoriser la diffusion des bonnes pratiques en matière de bientraitance en CHSLD, ce qui encouragerait une collaboration accrue avec les autres acteurs du terrain, notamment les infirmières.

De plus, tel que présenté dans le cadre de référence *Reconnaître les personnes proches aidantes comme partenaires pour mieux les soutenir* lancé en 2024 par le Réseau de santé et des services sociaux (RSSS), la notion de partenariat chez les proches aidants

---

<sup>2</sup> Exemples tirés d'un rapport public émis au CHSLD du CISSS-Bas-St-Laurent en date du 21 février 2024 (<https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/visites-evaluation/rapports-par-region/?region=1>).

représente un nouveau paradigme sur lequel l'État souhaite orienter ses actions, et pour lesquelles Santé Québec s'en fera le porteur de ballon. Ce changement de culture compte mettre en place des conditions favorables pour assurer l'adhésion de tous les acteurs du réseau tout en veillant au développement de nouvelles pratiques organisationnelles en fonction des priorités des établissements.

Sur les pages introductives de ce document, il est mentionné spécifiquement que ce nouveau cadre de référence s'adresse spécifiquement à tous les gestionnaires du RSSS par qui ce changement de culture devra s'opérer : les directions médicales et des services professionnels, les directions des services sociaux multidisciplinaires, les directions des soins infirmiers, les directions cliniques et les responsables d'installation. Ce cadre annonce également l'intégration des nouvelles pratiques développées au sein des établissements qui toucheront l'ensemble des services de soins, y compris ceux destinés aux personnes proches aidantes (PPA). Cette approche devra s'appliquer de manière transversale à tous les secteurs du MSSS, notamment dans les milieux d'hébergement de longue durée.

Dans cette même perspective, les modèles de gestion organisationnelle en hébergement de longue durée — qu'ils soient centrés sur la personne, sur la relation ou encore sur le changement de culture organisationnelle — soulignent l'importance de reconnaître équitablement l'ensemble des parties prenantes du milieu de vie, incluant les résidents, les proches, le personnel, les bénévoles et les gestionnaires, en tenant compte de leur contribution et de leur influence sur le fonctionnement de l'établissement. (INESSS, 2018). Plus particulièrement, Dandi et ses collaborateurs mettent l'emphasis sur le fait que les proches jouent un rôle central dans la prestation des soins longue durée à leur aidé, et qu'il est primordial de reconnaître et de répondre à leurs besoins (Dandi et al., 2012).

## **2.6.2 Le partenariat avec la communauté**

Le rôle de la communauté est souligné dans la *Politique d'hébergement de soins longue durée*, comme un acteur de premier plan, si bien que la communauté est identifiée comme un des axes prioritaires qui régit des stratégies d'actions.

La littérature scientifique nous indique par exemple que les organismes communautaires jouent un rôle dans le continuum de services offerts aux aînés pour contrer, notamment la maltraitance faite aux aînés, en complémentarité aux services publics et au secteur public au Canada notamment par la prévention (Beaulieu et al., 2018). Les organismes à but non lucratif (OBNL) contribuent activement à la formation des professionnels de la santé et des services sociaux en utilisant diverses modalités de communication, telles que des conférences, des cafés-causeries et d'autres types de séances d'information (Busby, 2010; Loriaux & Remy, 2005). De plus, l'engagement des bénévoles au sein de ces organismes permet de proposer des formations destinées aux prestataires de soins, portant sur les droits des usagers, la législation en vigueur et les politiques en place (Nahmiash & Reis, 2001; Whitford & Yates, 2002).

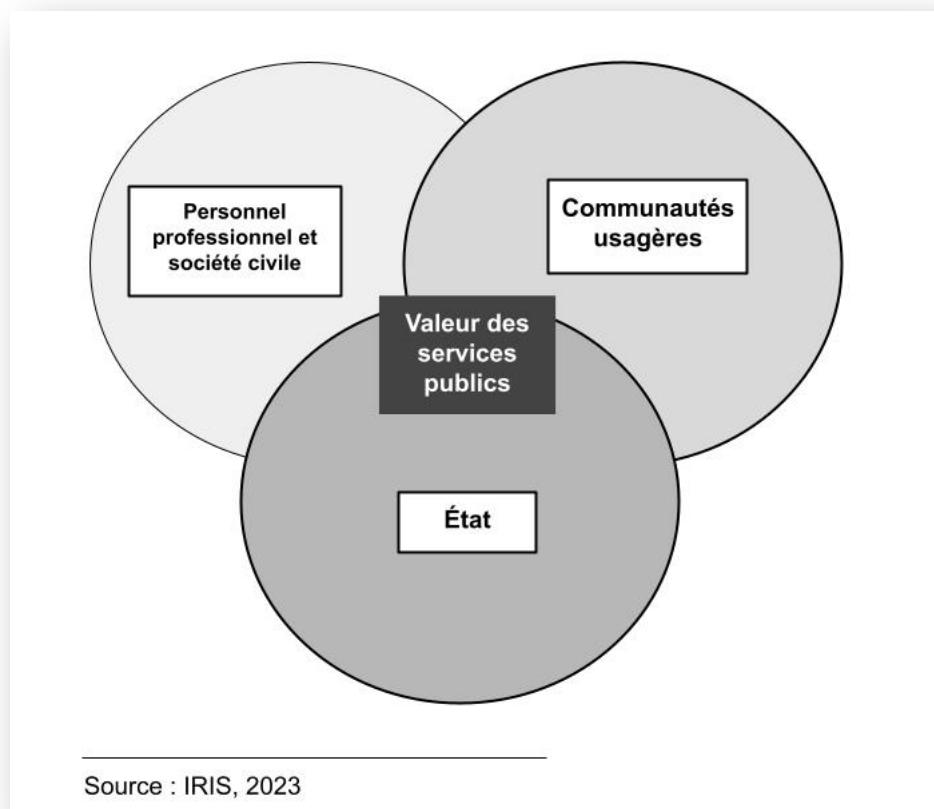
D'autres actions communautaires sont aussi identifiées aux étapes de détection (par exemple via une ligne d'écoute) ou encore d'interventions directes auprès des victimes et de leur entourage sous forme d'accompagnement personnalisé, ou d'écoute téléphonique ou en personne (Beck et al., 2007; Erlingsson et al., 2006; Moulias et al., 2010), un accompagnement légal offrant du support moral grâce à leurs équipes de bénévoles. Dans les centres d'hébergement longue durée au Québec, ce sont les comités d'usagers qui sont chargés de défendre les droits des aînés, et constituent, en soi, une entité légale et autonome enregistrée comme OBNL, et représentée par des bénévoles. Fait intéressant : le travail de recherche de Beaulieu sur l'apport des OBNL et bénévoles dans leur participation au continuum de services en ce qui concerne la maltraitance faite aux aînés renforce le fait que leur contribution apporte une valeur ajoutée aux services publics et privés, et que celle-ci aurait intérêt à être plus formellement intégrée dans la formation professionnelle en santé : « *This study supports our conviction of the significance of offering academic training to prepare future social*

*workers to develop their capacity of engaging in inter-sectoral work with various partners, including volunteers. »* (Beaulieu, 2018, p. 958).

### **2.6.3 La coproduction de services publics comme mode de gouvernance**

Le concept de coproduction, initialement proposé dans les années 1980 par le prix Nobel d'économie Elinor Ostrom, repose sur l'idée que la valeur des services publics, y compris les soins de santé, ne se réalise pleinement qu'à travers la participation conjointe de la communauté usagère, du personnel professionnel, de la société civile et de l'État. Contrairement à une vision où les citoyens sont uniquement des consommateurs de services, la coproduction les considère comme des coproducteurs, capables d'influencer la qualité et l'organisation des services qu'ils reçoivent (Lavoie-Moore, 2023) :

**Figure 4 : Dimensions de la coproduction des services de santé**



La coproduction présente plusieurs avantages, notamment en alignant davantage les services publics sur les besoins des citoyens, ce qui peut entraîner une réduction des coûts de production et une approche plus démocratique pour l'ensemble de la population. Pour leur part, McMullin et Needham estiment que la coproduction, en adoptant une approche plus holistique et centrée sur la personne, permettrait de mieux traiter ou prévenir des problèmes sociaux durables, tout en générant potentiellement des économies supplémentaires (McMullin & Needham, 2018).

Cependant, la coproduction comporte également des enjeux. Certains soulignent que ce modèle peut reproduire les structures de pouvoir existantes et accroître les inégalités sociales, en donnant plus de poids aux citoyens les mieux informés ou les plus engagés (Verschueren B. et al., 2018). De plus, le transfert de pouvoir aux citoyens peut poser des défis en matière de responsabilité et d'imputabilité : en cas d'échec, il devient difficile d'identifier clairement les responsables. Bien que la coproduction soit souvent perçue comme un moyen de réduire les coûts en valorisant la prévention, certains auteurs soulignent qu'elle peut également exiger des investissements supplémentaires, car l'organisation des activités concertées nécessite du *temps et des ressources* qui ne doivent pas être négligés.

La mise en œuvre efficace de la coproduction requiert un changement profond des habitudes de travail et des modes d'organisation, en particulier dans les services où les professionnels possèdent un haut niveau d'expertise, comme les services de santé. Bien que les professionnels expriment souvent le désir de « faire différemment », la littérature indique qu'il leur manque fréquemment les compétences, la formation et les méthodes appropriées pour coproduire efficacement.

Pour maximiser les résultats de la coproduction, la participation citoyenne et professionnelle doit s'exercer à tous les niveaux, de la création des politiques publiques à la distribution locale des soins, en passant par l'organisation et la coordination des services. Dans ce contexte, la reddition de comptes prend la forme d'une responsabilité démocratique partagée entre les gestionnaires, les professionnels et les citoyens,

assurant ainsi que les services répondent véritablement aux besoins des communautés usagères.

## 2.7 Constats, limites et critiques

### 2.7.1 Une gouvernance basée sur la performance

Au Québec, la gestion des services publics, notamment dans le réseau de la santé, s'inspire largement des principes de la Nouvelle Gestion Publique (NGP), un modèle qui emprunte plusieurs pratiques au secteur privé. Cette approche met l'accent sur l'efficacité, la reddition de comptes et la gestion par résultats. Elle repose sur trois (3) formes principales de contrôle hiérarchique :

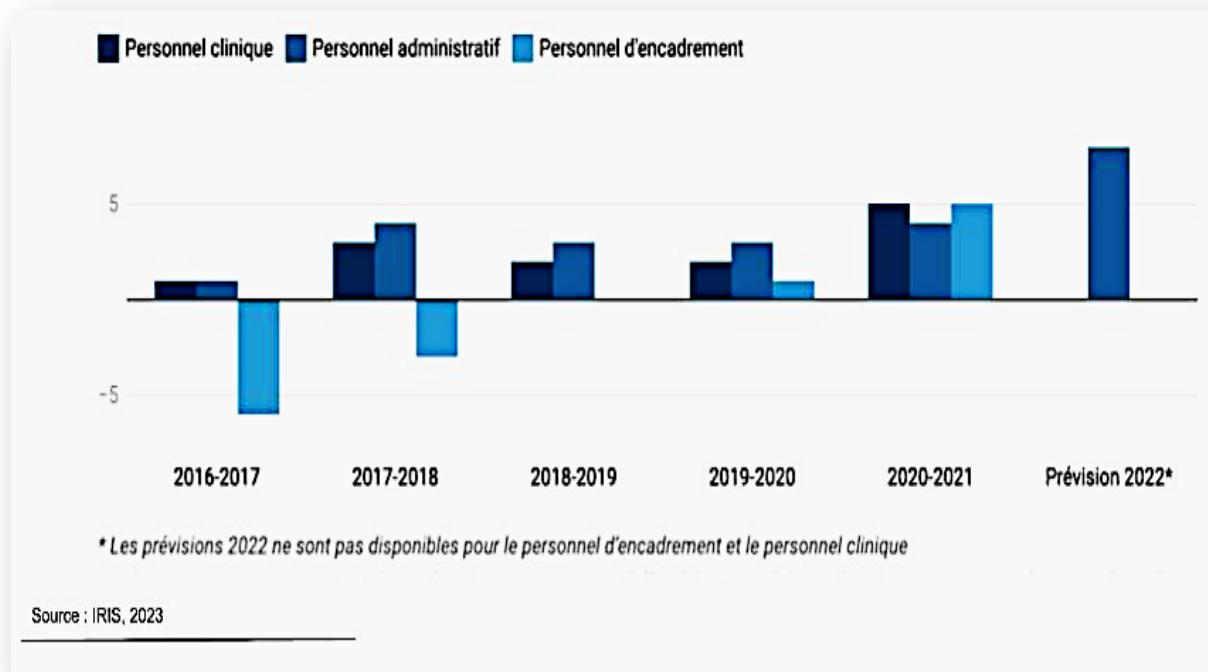
- 1) Le remplacement des instances politiques et démocratiques par des gestionnaires de formation, ce qui privilégie une gestion orientée vers la performance et la technocratie;
- 2) Une surveillance axée sur des résultats mesurables, où la performance des services est évaluée selon des indicateurs quantitatifs;
- 3) La mise en concurrence des organisations, incitant les établissements à adopter des pratiques compétitives pour optimiser leur rendement.

Selon Myriam Lavoie-Moore, chercheuse à l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS) « *la logique de performance mise principalement sur des résultats mesurables et quantifiables, ce qui tend à négliger les processus de prévention, même si leur efficacité est scientifiquement démontrée* » (Lavoie-Moore, 2023). Cette approche, en privilégiant des indicateurs quantitatifs, peut limiter la capacité des organisations à prendre en compte des dimensions plus complexes et qualitatives des soins.

Dans le contexte du réseau de la santé, cette logique s'est également traduite par une augmentation des dépenses consacrées au personnel technique et à l'administration, au

détriment des ressources dédiées à la main-d'œuvre soignante. Cette dynamique a fragilisé la rétention du personnel sur le terrain, notamment dans les CHSLD, où les conditions de travail demeurent un enjeu majeur. Voici une illustration qui présente la fluctuation annuelle des coûts associés au personnel du réseau de la santé, et qui démontre l'augmentation des coûts du personnel d'encadrement et du personnel administratif par rapport au personnel clinique depuis la réforme de Barrette en 2015.

**Figure 5 : Variation annuelle comparative des coûts du personnel soignant et du personnel administratif suite à la réforme de 2015**



Pour répondre à cette situation, le gouvernement du Québec a lancé en 2021 l'*Opération Main-d'œuvre*, un plan visant à attirer et à maintenir en poste des travailleurs dans les secteurs critiques, dont celui de la santé. Cette opération s'inscrit dans une vision économique plus large visant à rendre le Québec plus prospère et résilient face aux défis démographiques à venir. Une des stratégies visait à injecter 27 000 nouveaux travailleurs dans le secteur de la santé et des services sociaux, ciblant plus particulièrement le personnel infirmier et les PAB. Ce plan comprend plusieurs initiatives : des incitatifs

financiers pour encourager l'attraction et la rétention du personnel, des programmes de formation accélérée, le recrutement international, le recours à la main-d'œuvre indépendante, ainsi que des mesures visant à réintégrer des personnes retraitées.

### **2.7.2 Un système de santé médico-hospitalo-centriste**

De manière générale, le Québec s'inscrit dans une culture médico-hospitalo-centriste en matière de soins et de santé populationnelle, au détriment d'une culture de prévention. Ce qui en fait état, c'est la répartition du budget en santé dans trois (3) postes de dépenses principaux servant à soigner la population (ICIS, 2023):

- 1) les hôpitaux (32 % des dépenses publiques de santé);
- 2) la rémunération des médecins (17 % des dépenses);
- 3) les médicaments (qui représentent pour leur part 15,5 % des dépenses totales, publiques et privées, de santé).

Le budget consacré à la prévention des maladies demeure marginal : à peine 4 % des dépenses publiques de santé sont allouées à la santé publique, pourtant en première ligne pour la prévention et la promotion de la santé dans le réseau. Conséquemment, cette répartition des ressources financières et humaines explique en partie le manque de main d'œuvre dans certains secteurs du réseau de la santé (Plourde, 2024). De plus, plusieurs facteurs soutiennent ce pourquoi une culture du *cure* prévaut sur celle du *care* dans le système de santé québécois.

Aussi, l'accès aux soins de santé repose toujours sur une logique où le médecin de famille constitue la principale porte d'entrée vers les autres services. En 2023, 76,7 % des femmes et 69,9 % des hommes étaient inscrits auprès d'un médecin de famille, alors que les urgences débordent en raison de la stagnation du nombre de nouveaux médecins et que les besoins en soins continuent d'augmenter sous l'effet du vieillissement de la population et d'un nombre important de médecins ayant quitté pour leur retraite. (RAMQ, 2022).

Malgré une stagnation du nombre de médecins depuis les années 1990, en partie attribuable au vieillissement de la population, il demeure incertain si les importantes augmentations salariales accordées aux médecins depuis le début des années 2010 ont réellement contribué à accroître ou à stabiliser la main-d'œuvre médicale. En effet, la croissance du nombre absolu de médecins participant au régime public est demeurée relativement stable au fil de cette période, laissant planer le doute quant à l'impact réel de ces hausses sur la disponibilité des services.

Finalement, plus de 30 000 employés issus de diverses catégories professionnelles du RSSS pourraient travailler de pair, et ainsi contribuer considérablement à l'effort collectif pour répondre aux besoins toujours grandissant de la population en matière de santé. Or, en mettant les 20 000 médecins actuellement actifs au Québec au centre de toutes trajectoires de soin, le réseau public se retrouve pris dans un étou (Plourde, 2024).

### **2.7.3 Manque de reconnaissance des métiers du care**

Les CHSLD sont des institutions très fermées sur elles-mêmes, ce qui en fait des endroits peu fréquentés, sauf pour des raisons bien précises. Il en va de même pour le milieu hospitalier : en l'absence d'un besoin d'assistance médicale, pourquoi s'y rendre ou y entrer ? Les principales motivations demeurent liées à l'accompagnement ou à la visite d'un proche, ou encore à des obligations professionnelles.

Malgré cela, les médias nous transmettent des informations sur ces milieux de vie de manière sporadique, souvent à travers les actualités. Comme les CHSLD sont des institutions de santé publique, ils font régulièrement l'objet de reportages liés à la politique, à la santé publique ou à l'économie. Toutefois, on constate que cette couverture médiatique a contribué à nourrir une perception négative généralisée de ces institutions auprès de la population. Généralement, personne n'envisage volontairement de terminer ses jours en institution, préférant rester chez eux, comme le soulignait la politique de soutien à domicile du MSSS *Chez soi : le premier choix*, adoptée en 2004.

Cette image médiatique a souvent alimenté une culture populaire négative à l'égard des centres d'hébergement, non seulement concernant les soins prodigués aux personnes

hébergées, mais également envers le personnel qui y consacre leur carrière. Une telle perception jette une ombre sur l'avenir des infirmières, des PAB, des autres prestataires de services, ainsi que des professionnels cliniques et psychosociaux qui œuvrent quotidiennement pour le bien-être de cette population vulnérable. À ce sujet, Sylvain Gagnon, enquêteur désigné pour les événements survenus au CHSLD Herron lors de la pandémie de COVID-19, a exprimé son point de vue :

Certains médias ont longtemps fait leurs choux gras de tristes événements de négligence ou de maltraitance dont malheureusement trop d'aînés vulnérables ont été victimes dans nos CHSLD au cours des dernières années. Je ne dis pas qu'il faut taire ces choses, bien au contraire : de tels gestes doivent être dénoncés et punis! Toutefois, si les mêmes efforts avaient été déployés par les médias pour faire état des milliers de gestes posés quotidiennement par des intervenants engagés et soucieux du bien-être de nos aînés, ce faisant, on aurait vraisemblablement insufflé un peu plus de confiance à l'endroit de notre réseau d'hébergement au Québec et contribué, par une reconnaissance plus objective, à amener plus de travailleurs et de travailleuses à adhérer au groupe (Gagnon, 2020).

Bien sûr, avec les tristes effets que la pandémie a eu sur les CHSLD, le bilan négatif faisait jaser : autant de décès recensés dans cette période de crise sanitaire avait raison d'être dénoncés, et dévoilait au grand jour les résultantes de maltraitance organisationnelle aux suites de décisions managériales qui ont fait mal au système de santé et qui y ont contribué à créer une « crise dans la crise » (Beaulieu & Cadieux Genesse, 2022). En effet, le manque de préparation, combiné à une absence massive du personnel ou à sa mobilité, contribua à la circulation du virus. Pour remédier ensuite à cette impasse, une formation accélérée et abrégée a déployé des cohortes de PAB moins « sensibilisées » à la question de maltraitance de part ce contexte d'urgence sanitaire (Beaulieu & Cadieux Genesse, 2022).

Dans un autre ordre d'idées, la philosophe Miranda Fricker a développé le concept d'injustice épistémique pour décrire une forme d'inégalité qui se manifeste dans l'accès, la reconnaissance et la production des savoirs. Appliqué au domaine des soins, ce concept peut mettre en lumière les expériences des patients. Lorsqu'on place ces derniers au cœur des actions et des préoccupations, l'interdisciplinarité est encouragée, permettant ainsi d'offrir des soins adaptés à leurs besoins, de valoriser et reconnaître les

contributions des divers professionnels impliqués, et de favoriser le partage des connaissances pour développer des compétences collectives et renforcer l'intelligence collective (Bogaert, 2021).

Une piste d'interprétation a été lancée dans la littérature scientifique à l'effet que les gestionnaires contribuaient à la manifestation d'injustice épistémique envers les PAB par un manque de valorisation des pratiques de soins qu'ils prodiguent aux personnes hébergées, bien qu'ils en reconnaissent l'existence du savoir-faire. Or, il a été démontré que le manque de participation des PAB à l'élaboration de stratégies décisionnelles pour atteindre des objectifs de qualité qui les concerne et qui pourrait faciliter la réalisation de leur pratique sur le terrain, conduit à des formes de désengagement individuel comme l'absentéisme ou la démission, comme une réponse à une mission trop souvent impossible : celle de devoir réaliser un travail sans avoir toutes les conditions disponibles et/ou favorables pour y arriver (Aubry, 2020) .

#### **2.7.4 L'AMV et la bientraitance : un choc de culture de soins en CHSLD**

Depuis 2003, un virage vers l'humanisation des soins a été amorcé dans les CHSLD, visant à les concevoir non seulement comme des milieux de soins ou de travail, mais avant tout comme des espaces de vie pour les résidents et leurs proches aidants. Cette transformation s'inscrit dans l'Approche Milieu de Vie (AMV), qui place la personne hébergée au cœur des interventions, en respectant ses préférences et son bien-être.

L'objectif principal de l'AMV est d'améliorer la qualité des soins et des services en CHSLD, tout en garantissant aux résidents une meilleure qualité de vie (Ndjepel, 2015). Cependant, son implantation demeure complexe. Plusieurs études montrent que l'AMV est souvent mal comprise, interprétée de manière variable selon les acteurs et dépourvue d'un cadre de référence clair, hormis les orientations ministérielles (Francois Aubry & Yves Couturier, 2014; Aubry et al., 2011; Ndjepel, 2014, 2015; Soulières & Ouellette, 2012). Cette absence de définition structurée pourrait expliquer l'émergence du concept de bientraitance, accompagné d'un cadre de référence plus explicite. L'AMV se heurte

également à une culture biomédicale dominante en CHSLD, ce qui freine son appropriation par les gestionnaires et professionnels de la santé (Kickbusch, 2006). Sa mise en œuvre nécessiterait une implication concertée de tous les acteurs, un dialogue constant et une compréhension partagée des enjeux afin d'assurer une application cohérente et efficace. (Ndjepel, 2015)

En parallèle, le système de santé québécois impose une gouvernance axée sur des normes de qualité strictes, dictées par le MSSS, Agrément Canada et les visites ministérielles. Cette intensification des contrôles, qualifiée « d'explosion des audits » (Aubry & Couturier, 2018; Banerjee et al., 2015) se traduit par des exigences détaillées dans des documents de plus de 100 pages, avec une multitude de normes à respecter. Ce cadre normatif entre en tension avec la philosophie de l'AMV, qui vise à transformer l'image des CHSLD, traditionnellement perçus comme des « mouroirs », en véritables milieux de vie comparables à un domicile. Le paradoxe réside dans la pression exercée sur les équipes, qui doivent concilier le respect des normes avec le rythme individuel des résidents, souvent en décalage avec l'organisation du travail structuré (Alderson, 2006; F. Aubry & Yves. Couturier, 2014; Aubry & Couturier, 2018).

L'imposition de normes de qualité par le MSSS sous forme *top-down* s'avère en partie inefficace. Pour mieux orienter les efforts vers la bientraitance, l'application de l'AMV et l'amélioration des services, il devient crucial de concevoir des indicateurs de performance adaptés, élaborés en concertation avec l'ensemble des parties prenantes (Echevin, 2021), dont les PAB (Aubry & Couturier, 2018). Ces indicateurs doivent être contextualisés en fonction des réalités locales ou des politiques publiques mises en œuvre à plus grande échelle. Une approche concertée permettrait d'éviter des contradictions entre les exigences administratives et la réalité du travail quotidien en CHSLD (Ndjepel, 2015); Aubry, Couturier, 2018).

## 2.8 Conclusion et formulation de la problématique

Au sortir de la pandémie de COVID-19, le secteur de la santé, et plus particulièrement celui de l'hébergement en CHSLD, fait l'objet d'annonces de changement. Le MSSS promeut l'intégration d'une « nouvelle philosophie » de soins, soit celle de la bientraitance. Toutefois, cette orientation n'est pas entièrement nouvelle : elle s'inscrit dans la continuité de plusieurs démarches antérieures, telles que l'AMV ou encore l'approche relationnelle datant de plus de deux décennies. Les directives actuelles se déclinent à travers des cadres de référence, des politiques et des plans d'action, ayant tous pour but d'influencer – directement ou indirectement – les pratiques entourant la bientraitance des personnes hébergées.

Cependant, ces orientations se heurtent à une réalité organisationnelle marquée par des turbulences constantes. L'État, par une succession de réformes et la réorganisation de son imposante structure institutionnelle, produit des effets complexes, parfois perçus comme contradictoires dans leur mise en œuvre et leurs impacts. D'un côté, le MSSS affiche des attentes claires : instaurer une culture de bientraitance dans les milieux d'hébergement. De l'autre, la complexité de sa structure organisationnelle rend difficile l'accès aux ressources nécessaires à la mise en œuvre de ses propres orientations, générant ainsi une tension entre les attentes formulées dans son discours et les moyens qu'il rend disponible.

Les écrits scientifiques révèlent plusieurs freins structurels à la mise en œuvre soutenable de la bientraitance. Le contexte institutionnel, pourtant reconnu comme un levier-clé pour le développement de pratiques bientraitantes, se voit limité par des contraintes sociopolitiques majeures telles que le vieillissement de la population et la pénurie de main-d'œuvre. Dans ce contexte, les attentes envers les gestionnaires sont devenues particulièrement élevées quant à leur capacité à garantir la qualité de vie des personnes hébergées. Pris entre l'arbre et l'écorce, les gestionnaires doivent composer avec des conditions qui rendent difficile l'ancrage durable d'une culture de la bientraitance au service du bien-être des aînés.

La voix de l'État se manifeste à travers les lois, les politiques publiques, les cadres de référence et autres instruments normatifs. Mais qu'en est-il des gestionnaires de ces milieux de vie ? De ceux et celles qui, au quotidien, s'efforcent de maintenir le cap dans un contexte souvent instable? Il devient essentiel de s'interroger sur la manière dont ils perçoivent leur rôle dans la mise en œuvre de la bientraitance, ainsi que sur les leviers qu'ils estiment nécessaires pour en assurer l'effectivité dans un environnement sous tension. À travers notre cadre théorique et notre méthodologie de recherche, nous cherchons à répondre à la question suivante : **Comment les gestionnaires de CHSLD s'approprient-ils le discours institutionnel du MSSS sur la bientraitance dans la construction de leur rôle, malgré les contraintes organisationnelles ?** Afin de répondre à cette problématique de recherche, nous proposons un cadre théorique permettant de faire l'analyse discursive du MSSS et des gestionnaires, et celle de contenu thématique au sujet des défis de la bientraitance en CHSLD.

### 3 CADRE THÉORIQUE

---

Dans ce chapitre, nous présenterons le cadre théorique et conceptuel utilisé dans ce projet de recherche. Tel que précisé dans la revue de littérature au chapitre précédent, ce projet vise, d'une part, à analyser la manière dont le MSSS reconstruit le discours entourant les milieux de vie pour personnes en perte d'autonomie afin de promouvoir la bientraitance ; d'autre part, à mettre en lumière comment ce discours façonne la perception et la construction du rôle du gestionnaire en CHSLD, dans un contexte marqué par des contraintes organisationnelles complexes, des ressources limitées et des attentes élevées. Pour ce faire, nous présenterons la notion de discours selon l'angle d'approche choisi pour asséoir notre analyse, soit l'analyse critique du discours (ACD). De plus, nous présenterons les théories mobilisées dans le cadre de cette recherche et les penseurs qui les portent, dont Norman Fairclough et de ses inspirations pour Michel Foucault qui appuient son cadre d'analyse. Enfin, nous présenterons le cadre conceptuel dont l'élaboration fut inspirée du modèle présentant les composantes de l'énonciation discursive conçu par Elizabeth Gladkov.

#### 3.1 Le discours

Selon le linguiste Émile Benveniste, le discours est une forme d'énonciation qui se déploie tant à l'oral qu'à l'écrit et qui suppose qu'un locuteur ait une intention d'influencer son auditeur d'une manière ou d'une autre (Benveniste, 1974). Cette perspective suggère que le discours repose sur un réseau d'échange verbal pouvant être utilisé comme moyen d'agir sur autrui selon une variété de dynamiques mettant en lumière le caractère pragmatique du discours où *dire*, c'est *faire* (Amossy, 2008).

S'ajoutant à l'aspect performatif du discours, la dimension interactive est également soulevée comme inhérente au concept de la production discursive ; elle impliquerait une pluralité d'acteurs (locuteurs, auditeurs) chacun exerçant un échange mutuel les uns sur les autres, où *parler*, c'est *échanger*, mais également *changer* par cet échange (Hétu, 1990). À cet effet, Patrick Charaudeau, linguiste français, met en lumière comment l'acte du langage engendre inévitablement un effet de régulation par l'échange dialogique. En

prenant la parole, le premier cherche à influencer le second, tout en tenant compte de sa présence et de ses intentions. À son tour, l'interlocuteur poursuit également son propre objectif d'influence envers l'autre. Ainsi, à tour de rôle, le sujet parlant et son interlocuteur sont engagés dans un jeu d'influence mutuelle (Charaudeau, 2022).

Partant de ces références, pas surprenant que le langage soit le médium principal de la politique (Coman et al.; Grimmer & Stewart, 2013; Trimble & Treiberg, 2015). En fait, pour les gestionnaires publics, les politiciens et les acteurs de la société civile, le recours au langage est une manière de faire entendre sa voix, de se positionner, de défendre ses intérêts ou encore pour tenter d'influencer les orientations de l'État (Daigneault & Pétry, 2017). De ce fait, la manière dont sont livrés les messages n'est jamais neutre et ainsi, par des effets et quelques manœuvres calculées, ou encore reposant sur des courants théoriques, le discours peut se décliner selon divers types : didactique, polémique, rhétorique, argumentatif, etc.

Dans le cadre de cette recherche, nous observerons le discours à travers la lentille sociopolitique qui nous plonge dans le contexte d'hébergement longue durée au Québec en période pandémique. Nous tenterons de nous positionner au carrefour d'échanges entre différents interlocuteurs : des gestionnaires publics ainsi qu'une panoplie de voix issues de l'Institution (avec un grand « i ») et qui sont représentées dans *les messages* de l'État, ici représenté comme le ministère de la santé et de services sociaux (MSSS).

### **3.2 L'analyse du discours (AD) et sa variante critique (ACD)**

Les premiers exercices d'analyse de discours (AD) s'appliquaient dans les textes historiques, comme ce fut le cas avec les « *Cahiers de doléances* » du Congrès des Tours au tournant du XVII<sup>e</sup> siècle, texte emprunt à des pratiques religieuses.

La première revendication que l'AD serait une discipline plurielle apparaît dans les études sociolinguistiques au sujet du Congrès de Tours (Jousse, 2020). Dubois, qui signa la préface de cet ouvrage, le présenta comme une recherche pluridisciplinaire :

« [...] son objet, le matériau, est un document historique ; sa méthode est celle de l'analyse linguistique ; ses conclusions intéressent la sociologie politique puisqu'elles cherchent à établir un rapport entre les comportements politiques et les comportements verbaux, la linguistique puisqu'elles tendent définir les facteurs multiples qui rendent compte des 'actes de parole', et l'histoire puisque cette étude sociolinguistique doit aider à définir le 'sens' du Congrès de Tours. » (Mazière, 2015).

L'AD fait véritablement son apparition dans les années 1960 à travers les écrits de Saussure, Althusser, Lacan et Foucault en France. Ces principes fondateurs sont les suivants (Mazière, 2015) :

- Tenir compte de la langue en tant qu'objet du linguiste;
- Posséder une relation double (grammaire et syntaxe);
- Configurer les énoncés en corpus construit socio-historico-politique;
- Constituer le construit de ses interprétations;
- Être constituée autour de la langue, de la linguistique, puis de l'histoire.

Alors que l'analyse du discours (AC) repose sur l'interprétation du sens du contenu sous-jacent et implicite d'un texte, sa variante critique (ACD) vise à mettre au jour les rapports de pouvoir politique ou de domination sociale qui sont véhiculés et reproduits par le langage (F.-Dufour & Richard, 2017; Fairclough, 2003). Nous vous présenterons ici le théoricien issu de l'ACD qui a été privilégié dans le cadre de notre recherche : Norman Fairclough.

### **3.2.1 Norman Fairclough et l'ACD**

Norman Fairclough est professeur de linguistique en contexte social à l'Université de Lancaster, au Royaume-Uni. Il présente la Systemic Functional Linguistics (SFL), théorie linguistique et méthodologique attribuée à Michael Halliday, comme étant la référence qui contribua à mettre les bases de son approche de l'ACD. La SFL est une approche de l'analyse linguistique qui, à l'époque des années 60 et 70, contrastait avec celle que l'on associe au formaliste Noam Chomsky, alors plus influente et plus en phase avec ce qui tendait de la tradition de l'époque. La SFL se distinguait des autres angles d'approches

puisqu'elle s'intéressait aux relations entre le langage et les aspects sociaux, et se penchait particulièrement sur ce qui donnait un caractère social aux textes.

Cela dit, bien qu'elle ait été influencée par la SFL, l'ACD n'a pas la même visée puisqu'elle n'est pas uniquement basée sur la linguistique : cette dernière cherche davantage à mettre en perspective des « manières de parler » qui transparaissent dans une variété de genre et de disciplines du langage et du dialogue, et qui interagissent avec des phénomènes et théories emprunté à d'autres disciplines de recherche, telle que la sociologie. (Fairclough, 2003, p.5).

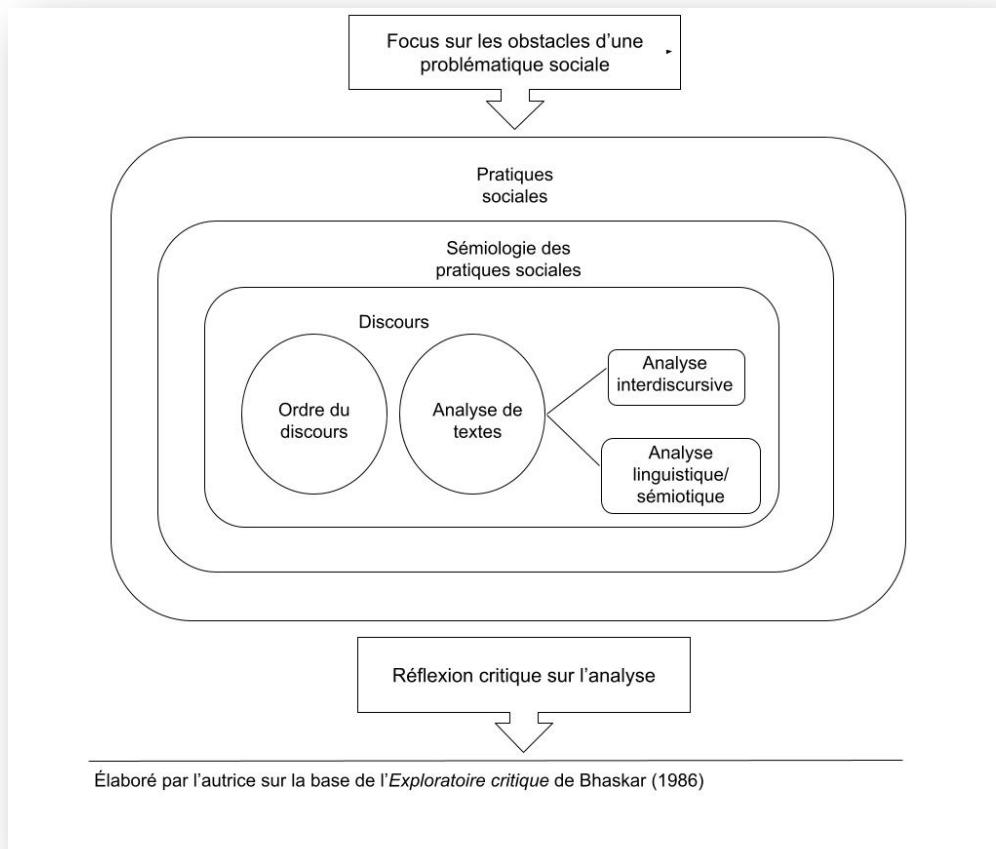
L'approche de Fairclough repose sur l'hypothèse que le langage est intrinsèquement imbriqué dans la vie sociale, faisant partie intégrante du quotidien, de sorte que le langage doit toujours être pris en compte dans l'analyse et la recherche de la société :

My approach to discourse analysis is based upon the assumption that language is an irreducible part of social life, dialectically interconnected with other elements of social life, so that social analysis and research always has to take account of language. (Fairclough, 2003, p.2).

Fairclough considère qu'une des manières d'analyser les phénomènes sociaux consiste, en autres, à focaliser sur le langage et l'analyse du discours en relation avec d'autres formes d'analyses, telles que l'ethnographie ou autres disciplines impliquant les institutions et de leur rapport en société (Fairclough, 2003, p.2). Sans toutefois en évacuer l'analyse de texte purement linguistique, Fairclough perçoit l'analyse du discours comme une forme qui oscille entre des textes spécifiques et, ce qu'il appelle, l'ordre du discours (*order of discourse*), c'est-à-dire la structuration sociale relativement durable du langage qui est elle-même un élément de la structuration et de la mise en réseau des pratiques sociales (Fairclough, 2003, p.3).

Plus concrètement, Fairclough s'inspire de l'exploratoire critique de Roy Bhaskar (Bhaskar, 1986), philosophe britannique et fondateur du réalisme critique, afin de schématiser la manière dont l'ACD produit une forme de langage critique. Ce schéma illustre ce fonctionnement :

**Figure 6 : Schématisation du fonctionnement de l'ACD en langage critique selon Fairclough**



Premièrement, l'ACD focalise sur un problème social qui détient une dimension sémiotique. Deuxièmement, elle relève les obstacles qui sont rencontrés pour observer le phénomène à différents niveaux :

- Le niveau du réseau des pratiques sociales dans lesquelles ce problème persiste;
- Le niveau des relations qui émanent du sens de ces pratiques sociales avec les autres éléments de ces pratiques particulières;
- Le niveau du discours lui-même selon 2 volets :
  - Analyse structurelle, associée à l'ordre du discours
  - Analyse textuelle/interactionnelle, associée à l'inter-discursivité, la linguistique et la sémiotique.

Bien que Fairclough investit l'ACD dans plusieurs champs de pratiques sociales (l'économie, la culture, la politique, etc.), et que celle-ci peut observer les relations dialogales selon divers angles (langage, sémiologie attribuée au langage du corps, les images visuelles), le principal ouvrage mobilisé dans le cadre de notre recherche se penche particulièrement sur la relation du discours avec la notion de pouvoir. À cet effet, l'auteur présente le néo-capitalisme (*New Capitalism*, Fairclough, 2003, p.220) comme un nouveau spectre par lequel il questionne la mise à l'échelle (locale, nationale et internationale) de certaines pratiques sociales contemporaines qui contribuent à la transformation du capitalisme au sens large. De surcroît, cette perspective résonne avec le contexte sociopolitique sur lequel repose le présent projet de recherche, soit la bientraitance envers les aînés en perte d'autonomie qui sont hébergées dans des établissements institutionnels dans la trajectoire de la crise sanitaire au Québec.

### **3.2.2 Éléments théoriques de Foucault investis dans l'ACD de Fairclough**

L'approche de Norman Fairclough en analyse critique du discours s'inspire largement des idées de Michel Foucault. En particulier, Fairclough reprend deux concepts clés : la construction sociale du discours et son interdépendance avec d'autres discours au sein de la société et des institutions. Ces notions permettent de mieux comprendre comment le langage façonne la réalité et influence les relations de pouvoir.

#### **3.2.2.1 *Le discours comme construction sociale***

Selon Foucault, le discours n'est pas seulement un moyen de communication, mais un élément central dans la construction du savoir et des relations sociales. Fairclough développe cette idée en expliquant que le discours a plusieurs dimensions : il est un objet de connaissance, un outil qui façonne les identités, un cadre de relations sociales et un moyen d'organiser les idées. (Fairclough, 1992)

Ainsi, le discours ne se contente pas de décrire la réalité ; il participe activement à sa création. Il influence la manière dont nous comprenons le monde, dont nous nous

positionnons en tant qu'individus et dont nous interagissons avec les autres. Il joue aussi un rôle-clé dans le maintien des normes sociales et des structures de pouvoir.

### ***3.2.2.2 L'interdépendance des discours et l'intertextualité***

Foucault insiste également sur le fait que les discours ne sont jamais indépendants : ils se construisent en lien avec d'autres discours, à travers le temps et selon les contextes sociaux et institutionnels. Fairclough approfondit cette idée avec le concept d'intertextualité, qui montre que chaque texte ou discours est influencé par d'autres, qu'ils soient contemporains ou emprunts d'une époque passée. (Fairclough 1992, p.84)

Cela signifie que le langage évolue par un processus constant de transformation et d'échange. Les idées circulent, sont reprises, modifiées et réinterprétées selon les besoins et les rapports de force. Par exemple, un discours politique peut s'appuyer sur des discours antérieurs pour justifier une décision, tandis qu'un mouvement social peut reprendre et détourner des discours dominants pour les remettre en question.

Ainsi, Fairclough prolonge la pensée de Foucault en mettant en évidence le rôle du discours dans la construction sociale et les dynamiques de pouvoir. Son regard permet de comprendre comment certaines idées s'imposent, comment d'autres sont marginalisées, et comment le discours peut être utilisé à la fois pour maintenir l'ordre social et pour le transformer.

### ***3.2.2.3 Le contenu thématique***

Comme notre recherche s'intéresse aux pratiques managériales et institutionnelles en matière de bientraitance dans le domaine de l'hébergement de soins longue durée, l'approche de Fairclough propose une perspective d'analyse critique du discours fort adaptée à cette pratique sociale.

En effet, comme les services de santé et de soins longue durée offerts aux aînés en perte d'autonomie sont régis par les politiques publiques au Québec, il était pertinent de prendre une perspective d'analyse sous l'angle de Fairclough, comme la promotion de la bientraitance en CHSLD s'inscrit dans un contexte sociopolitique charnière. En effet, le

contexte pandémique de la COVID-19 ainsi que les nombreuses réformes dans le réseau de la santé au cours de trente (30) dernières années, constituent un terreau fertile au développement du discours des gestionnaires en CHSLD et celui du MSSS sur la question de la promotion de la bientraitance dans le milieu de l'hébergement.

Comme le réseau de la santé constitue un milieu hautement hiérarchisé, il était nécessaire de prendre en compte la notion de pouvoir pouvant transparaître dans les discours des gestionnaires et celui de l'institution en matière de bientraitance en CHSLD. Aussi, comme l'État se retrouvait dans l'urgence d'agir pour les aînés les plus vulnérables du Québec, il était primordial de confronter le discours institutionnel à la réalité du contexte sociopolitique pour mettre en lumière comment on allait faire naître l'idée d'un changement idéologique en CHSLD, et comment ce virage allait être exprimé aux différents acteurs sociaux concernés.

### **3.3 Le cadre théorique et conceptuel**

Dans le cadre de ce projet de recherche, nous avons mobilisé quelques concepts de l'analyse discursive selon le cadre théorique proposé par Norman Fairclough. Dans un premier temps, nous déclinerons chacun de ces concepts de manière plus détaillée selon une traduction libre issue du glossaire de l'ouvrage où sont tirés ces concepts. Dans un second temps, nous vous présenterons les différents concepts de manière concise dans un tableau qui en fait le sommaire. Ces tableaux sont divisés en trois (3) parties :

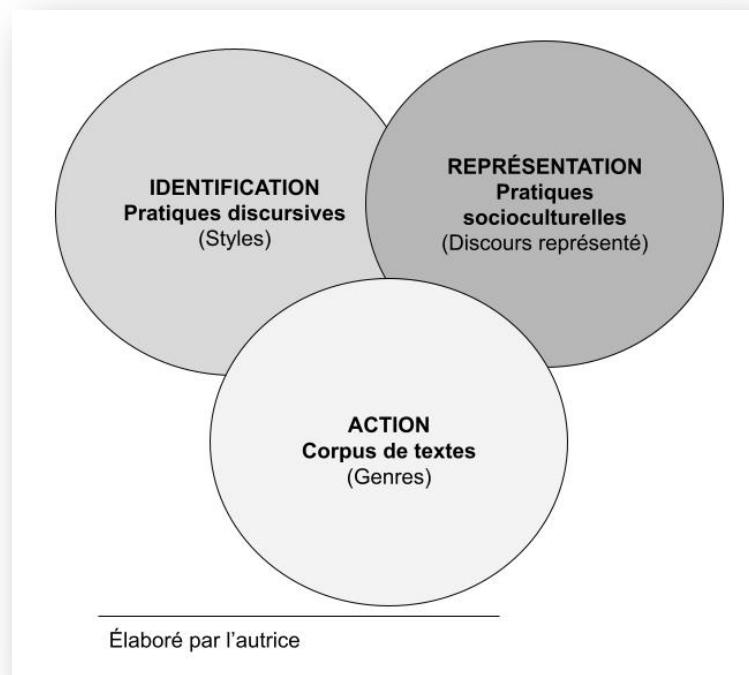
- 1) Les concepts théoriques représentant des éléments de l'analyse textuelle;
- 2) Les spécificités de chacun de ces concepts ;
- 3) Les repères formulés sous forme de questions réflexives permettant d'identifier les éléments pertinents lors de l'analyse des données.

#### **3.3.1 Le discours comme de pratique sociale et configuration de sens**

Dans l'approche de l'ACD développée par Norman Fairclough, le discours est envisagé comme une pratique sociale composée de trois dimensions interrelées : l'action, l'identification et la représentation. Ces dimensions permettent d'analyser les textes non seulement comme des produits linguistiques, mais comme des manières d'agir, d'être et de représenter le monde.

D'abord, l'action réfère aux genres, c'est-à-dire aux types d'activités sociales dans lesquelles les textes s'inscrivent. Elle renvoie à la fonction interpersonnelle du discours, soit la manière dont les individus interagissent dans un cadre donné. Ensuite, l'identification correspond aux styles, ou aux postures énonciatives que les locuteurs adoptent dans leurs discours. Elle exprime une fonction existentielle, en ce qu'elle participe à la construction de soi et des rapports aux autres. La représentation, enfin, s'ancre dans les discours en tant que manières de nommer, classifier et signifier le monde. Elle remplit une fonction d'idéalisat, car elle façonne les visions du réel qui circulent socialement.

**Figure 7 : Configuration du sens par l'action, l'identification et la représentation selon Fairclough**



Ces trois dimensions sont constamment en interaction : un même texte peut mobiliser un genre pour accomplir une action sociale, adopter un style qui affirme une identité, et véhiculer un discours spécifique. Observer des textes rattachés à des événements concrets permet ainsi de dégager leur performativité (ex. : le vocabulaire, la grammaire, etc.) tout en les inscrivant dans des pratiques sociales élargies.

En somme, Fairclough propose d'analyser les textes comme des configurations de sens qui articulent des manières d'agir, d'être et de représenter, toujours situées dans un contexte physique, social et historique donné.

### **3.3.2 L'analyse discursive et ses concepts**

#### **3.3.2.1 Les énoncés :**

##### Types d'échanges :

Les échanges représentent l'aller-retour conversationnel entre différents interlocuteurs, que ce soit à l'oral ou à l'écrit. Deux types d'échanges principaux sont distingués :

- L'échange de connaissances qui implique le transfert d'information.
- L'échange d'activités qui indique des actions.

##### Fonctions de la parole :

Les fonctions de la parole sont orientées selon les deux types d'échanges mentionnés ci-haut.

- Les informations sont généralement échangées sous forme de déclarations ou de questions.
- Les connaissances sont généralement échangées sous forme d'offres et de demandes.

La nature des énoncés peut être des faits réels (*realis*), des prédictions (*irrealis*) et des évaluations.

*Humeurs grammaticales :*

La formulation grammaticale des phrases peut contribuer à donner des indications de la relation de l'interlocuteur face au sujet abordé et ainsi donner un effet « émotif » au discours. Ainsi des énoncés peuvent être formulés de manière déclarative, interrogative et impérative.

*Culture promotionnelle :*

Appuyée dans un contexte sociopolitique particulier, la promotion a toujours su se frayer une place dans le flot d'informations pouvant relater des phénomènes sociaux en cours, que ce soit pour les commenter en amont ou en aval de leur déploiement. La coexistence de l'aspect promotionnel avec différentes fonctions de la parole est particulièrement présente dans des genres de textes normatifs (ex. : politiques) pour représenter, commenter ou anticiper certains événements qui en découlent.

**Tableau 1 : Les énoncés comme concept de l'analyse discursive selon Fairclough**

Les énoncés		
CONCEPTS	SPÉCIFICITÉS	REPÈRES
Types d'échanges	Échange d'activité (EA) : Demandes / offres	Quels sont les types d'échanges dominants ? Est-ce un échange "transactionnel" ou qui cherche à en savoir davantage sur le sujet/la personne ?
	Échange de connaissance (EC) : Questions/Affirmations	
Fonctions de la parole	Faits ( <i>réalis</i> )	Quelles sont les fonctionnalités de la parole dominante ?
	Prédiction ( <i>Irréalis</i> )	
	Évaluations	
Humeurs grammaticales ( <i>Grammar Mood</i> )	Déclarative (D)	Y a-t-il des formes imbriquées (métaphoriques) entre les types d'échanges, les fonctions de la parole et les types d'affirmations ? Comment les phrases sont-elles composées ?
	Interrogative (In)	
	Impérative (Im)	Ex. : Sujet+ verbe (D) / Verbe+sujet (In) / Verbe (sans sujet) (Im).
Culture promotionnelle	Présence de message promotionnel ; Variété de textes/paroles Ex. : Allocutions, communiqué de presse.	Y a-t-il un glissement entre faits / valeurs ? entre faits / prédictions ? Ex. : Présence de mots qui positionnent le propos de manière à défendre/mettre en valeur

Élaboré par l'autrice

### 3.3.2.2 *Les éléments de différenciation :*

#### *Intertextualité :*

L'intertextualité réfère à la présence d'éléments d'autres textes – et potentiellement d'autres voix - à l'intérieur d'un texte. Ces autres éléments de texte peuvent être relatés de diverses manières (ex. : dialogues rapportés, rejetés ou intégrés de manière directe ou indirecte). De façon générale, les discours rapportés tels-que sont les plus communs (citations des mots dans leur intégrité),

bien qu'ils en aient d'autres plus indirects et qui peuvent sous-entendre l'interprétation d'un propos, d'une pensée ou d'une voix (ex. : ironie).

Hypothèses (Assumptions) :

Les hypothèses réfèrent au sens implicite des textes. Trois types sont ici déclinés :

- Les hypothèses existentielles : au sujet de ce qui existe;
- Les hypothèses propositionnelles : au sujet de ce qu'est la situation;
- Valeurs présupposées : au sujet de ce qui serait souhaité/non souhaité.

Dialogicité :

Issue de l'analyse critique du discours, la notion de dialogicité se retrouve dans toutes formes de textes (écrit ou oral), puisqu'elle est le reflet d'interactions entre différentes voix. Ce qui permet de mesurer le niveau de dialogicité, c'est la manière dont les voix sont représentées et positionnées entre elles afin de dégager des rapports entre les voix, allant du consensus à la polémique.

Voici les différents niveaux de dialogicité :

- Ouverture à l'acception et reconnaissance de la différence;
- Accentuation de la différence pouvant menant au conflit, à la polémique, au débat;
- Tentative de résolution;
- Focalisation sur les dénominateurs communs;
- Suppression de toute différence, recherche de consensus.

**Tableau 2 : Les éléments de différenciation Les énoncés comme concept de l'analyse discursive selon Fairclough**

Les éléments de différenciation		
CONCEPTS	SPÉCIFICITÉS	REPÈRES
Intertextualité	Présence d'éléments textuels « autres » avec lesquels le texte est en interaction à divers niveaux : Direct / Indirect / Indirect libre / Narratif de l'acte de la parole	Des autres textes/voix, qu'est-ce qui est inclus/exclus ? Si inclus, comment le sont-ils/elles ? Est-ce que ces contributions sont textuellement rapportées ? Est-ce que les contributions sont propres à l'auteur ou à sont-elles en relation entre elles ?
Hypothèses (Assumptions)	Hypothèse existentielle	Dans les significations implicites des propos, est-ce possible de distinguer ce qui existe ? Ce qui pourrait exister ? Ce qui est souhaité qu'il existe ?
	Hypothèse potentielle	
	Hypothèse de valeur	
Dialogicité	a) ouverture à l'acceptation de, la reconnaissance de la différence, une exploration de la différence, comme un "dialogue" dans le sens le plus riche du terme; b) accentuation de la différence, conflit, polémique, obstination, normes, pouvoir; c) tentative de résolution ou dépassement de la différence ; d) mise entre parenthèses la différence, focalisation sur ce qui est commun de manière solidaire; e) consensus, normalisation et acceptation des différences du pouvoir qui suppriment les significations et les normes.	Différences sont visibles dans l'interaction dialogale (entre 2 personnes et +) vs. Plusieurs textes/échanges qui parlent d'une «même voix» comme un monologue peuvent également avoir des différences
Élaboré par l'autrice		

### 3.3.2.3 *L'ordre du discours :*

#### Attribution du discours :

L'ordre du discours correspond à un ensemble de genres, de discours et de styles qui englobent un réseau de pratiques sociales. Tel qu'il est utilisé dans l'ACD et vu par Foucault, l'ordre du discours est en quelque sorte le résultat - une forme de

construction sociale - à l'origine des variations linguistiques qui façonne le monde dans lequel ce langage est utilisé.

**Tableau 3 : L'ordre du discours comme concept d'analyse discursive selon Fairclough**

L'ordre du discours		
CONCEPTS	SPÉCIFICITÉS	REPÈRES
Attributions des discours	Identification des thèmes principaux représentés dans le "monde"	Quel est le vocabulaire, quel sont les champs lexicaux, pour définir des "ensembles" qui représentent le monde ? Comment ces mots sont-ils mis en relation ? Quelles sont les significations qui s'en dégagent ? ; Y a-t-il présence d'hyponymie (généralisation) ? Synonymie ? Antonymie ? Des reformulations ( <i>rewarding</i> ) ; Collocations ?

Élaboré par l'autrice

### **3.3.2.4 Représentation d'événements sociaux :**

#### Recontextualisation :

La recontextualisation constitue la relation entre différents réseaux de pratiques sociales, dans la manière que ces éléments sont appropriés par les autres et sortis de leur contexte d'origine pour être relatés, cités. La recontextualisation peut altérer les éléments issus des pratiques sociales pour être présentés de manière concrète, abstraite ou encore selon une reconstitution des événements en séquence, ou par l'ajout d'éléments textuels. Originalement attribuée au concept sociologique (Berstein, 1990), la recontextualisation peut être opérationnalisée dans l'analyse de discours de manière transdisciplinaire, telle que les chaînes de genres de textes, qui permettent de décliner de façon plus détaillée le discours d'une pratique sociale selon plusieurs angles de vue.

#### Représentation des acteurs sociaux :

Il existe une diversité de manières de représenter les acteurs sociaux dans les pratiques sociales. Une des questions à soulever dans la représentation des acteurs sociaux, ce sont si ces derniers sont inclus ou exclus des événements relatés. S'ils sont inclus, ils peuvent être représentés de différentes manières :

- Par les noms/pronom
- Par un rôle grammatical qui le positionne comme actif/passif
- Par des appellations personnelles ou impersonnelles
- Par une référence spécifique ou générale

Autrement dit, la manière dont sont représentés les acteurs sociaux donnent des indications sur l'importance qu'on leur accorde socialement.

#### Représentation de l'espace-temps :

Cette formulation espace-temps est utilisée parce que dans des situations particulières, il est difficile de différencier l'espace du temps. Un espace-temps est le fruit d'une construction sociale ; il est la résultante d'un réseau empreint d'échanges dialectiques et de pratiques sociales qui convergent tous en une « nouvelle réalité » pouvant être située dans l'espace et le temps, et ce, à différentes échelles.

**Tableau 4 : La représentation d'événements sociaux comme concept de l'analyse discursive selon Fairclough**

Représentation d'événements sociaux		
CONCEPTS	SPÉCIFICITÉS	REPÈRES
Recontextualisation	Présence	Comment les événements sont-ils représentés ? En qui sont-ils abstraits ? Concrets ? Y a-t-il des fioritures (explications, justifications, recherche de légitimation, évaluations) ?
	Abstraction	
	Séquence	
	Ajouts	
Représentation des acteurs sociaux	Inclusion/Exclusion	Comment les acteurs sociaux sont-ils dépeints ?
	Pronom/Nom	
	Rôle grammatical	
	Actif/Passif	
	Personnel/Impersonnel	
	Nommé/Catégorisé	
	Spécifique/Générique	
Représentation de l'espace-temps	Espace-temps comme une construction sociale du monde	Comment l'espace, le temps et l'espace-temps sont-ils représentés ? Y a-t-il des liens à faire les chaînes de genres ? Genres de gouvernance ? Ex. : Informations précises, étendue temporelle, durée, conjugaison des temps verbaux, adverbes temporels, conjonctions, prépositions.

Élaboré par l'autrice

### 3.3.2.5 *L'identification*

#### Les modalités :

Une modalité que l'on retrouve dans les énoncés fait référence à la relation entre l'auteur et ses représentations du monde comme étant souhaitée ou vérifique. Deux types de modalités sont ici distingués :

- Modalité épistémique : des demandes et des offres sont formulées pour parler de ce qui est souhaité;

- Modalité déontique : des déclarations et des questions sont formulées pour parler de ce qui est vrai.

Les différentes modalités peuvent être mesurées selon le niveau d'engagement de l'auteur face aux déclarations qu'il énonce dans le texte. De ce fait, le positionnement de l'auteur face à ce qu'il exprime peut se révéler par des demandes ou des offres lorsqu'il s'agit de parler ce qui est souhaité, ou encore par des déclarations ou des questions lorsqu'il s'agit de parler de ce qui est vrai. Par exemple, l'utilisation de verbes attributifs (être, paraître, sembler, devenir, rester), contribue à informer le lecteur de l'engagement identitaire de l'auteur face au propos exprimé, de manière à montrer son adhésion, ou encore sa distance face à ce dit-propos.

**Tableau 5 : Identification comme concept de l'analyse discursive selon Fairclough**

L'identification		
CONCEPTS	SPÉCIFICITÉS	REPÈRES
Modalités	Modalités épistémiques, niveaux d'engagements face à la vérité sous forme de déclarations ou de questions	Comment les auteurs se commettent-ils face à la situation ? Est-ce que leur engagement est authentique ? nécessaire?
	Modalités déontiques, niveaux d'engagement face à l'obligation sous forme de demande et d'offre	Dans quelle posture les acteurs posent-ils lorsqu'ils affirment des faits ? Les questionnent-ils ? Formulent-ils des demandes ou des offres?

Élaboré par l'autrice

### 3.3.2.6 L'évaluation :

**Évaluation** : L'évaluation est l'aspect du discours qui concerne les valeurs. L'évaluation de l'auteur à son propos peut être tantôt exprimé de manière explicite, tantôt par des valeurs souhaitées. De manière générale, les valeurs sont

implicitement présentées dans les textes, mais le fait de rendre compte de leur présence dans l'exercice d'une analyse critique du discours permet de mettre en lumière les valeurs légitimées dans le cadre de certaines pratiques sociales.

**Tableau 6 : L'évaluation Les énoncés comme concept de l'analyse discursive selon Fairclough**

<b>L'évaluation</b>		
<b>CONCEPTS</b>	<b>SPÉCIFICITÉS</b>	<b>REPÈRES</b>
Évaluation	Affirmations évaluatives	Comment les auteurs se commettent-ils face à la situation ? Est-ce que leur engagement est souhaité (désirable) ? non-souhaité (indésirable) ? Comment les valeurs sont-elles vécues ?

Élaboré par l'autrice

Maintenant que les concepts de l'ACD de Fairclough ont été présentés, voyons comme ces notions théoriques ont été mises à contribution dans ce travail de recherche. Dans la prochaine section de ce chapitre, nous verrons que les travaux d'Elizabeth Gladkov ont inspiré les bases du cadre conceptuel ici présenté.

### **3.3.3 Les composantes de l'énonciation discursive**

Rappelons ici que l'objectif principal du projet consiste à rendre compte des écarts et des accélérateurs qui émanent des discours des gestionnaires et de l'institution sur la mise en pratique de la bientraitance dans les CHSLD. Dans cette perspective, nous cherchons à comprendre, dans un premier temps comment le gouvernement parle de la bientraitance dans le milieu de l'hébergement dans un contexte sociopolitique en pleine

crise sanitaire dont les principales victimes sont les personnes aînées hébergées, et quelles sont les stratégies discursives utilisées pour mobiliser les acteurs du terrain pour la promouvoir dans les CHSLD. Dans un second temps, nous souhaitons comprendre comment les gestionnaires parlent de leur réalité-terrain en ce qui concerne leur capacité à faire vivre la bientraitance dans leur organisation, et quelles positions prennent-ils à l'égard de la pratique de la bientraitance dans l'exercice de leur fonction, qui dans le contexte sociopolitique, demeure un défi de taille.

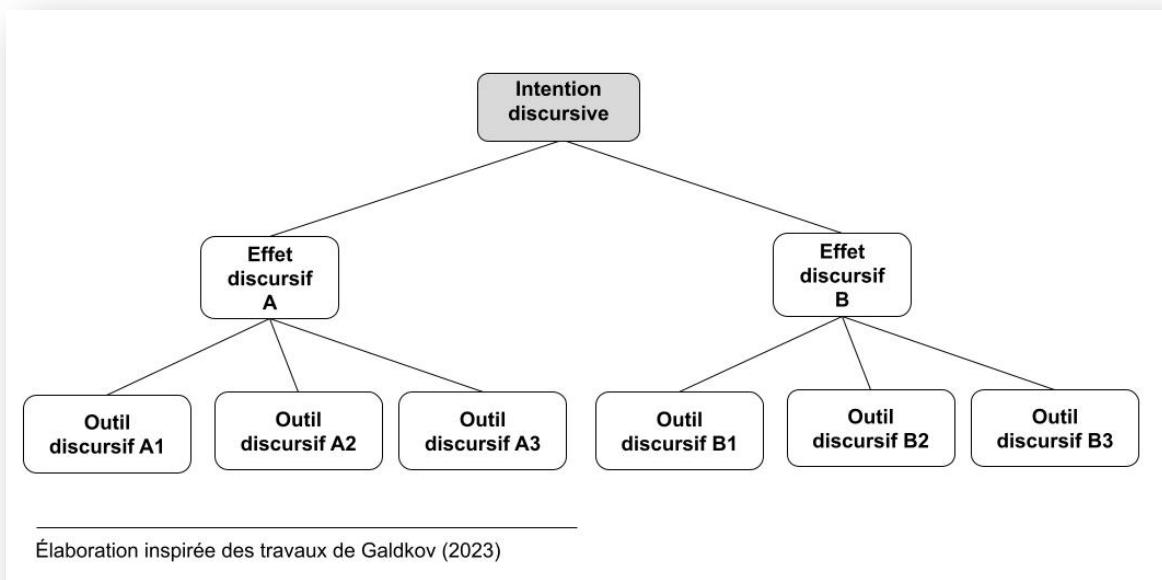
Dans le cadre de ses travaux portant sur le discours gouvernemental durant la pandémie de la COVID-19 au Québec, Gladkov a élaboré un cadre conceptuel appuyé sur l'ouvrage « *L'invention du quotidien : Arts de faire* » de Michel de Certeau, qui qualifie l'énonciation discursive comme étant « *un nœud de circonstances, émit dans un certain contexte et dans un temps donné. De cette manière, le discours est intimement relié à son contexte et ne peut pas exister sans les circonstances qui lui ont donné lieu.* » (De Certeau, 1990; Gladkov, 2023). Comme les données utilisées pour analyser les discours des gestionnaires en hébergement longue durée et du MSSS de ce présent projet s'inscrivent dans la période charnière de la crise sanitaire, cette approche nous a semblé tout indiquée pour être ici réinvestie partiellement dans l'analyse de nos résultats.

Selon De Certeau, l'énonciation discursive s'exprime notamment par une stratégie discursive. Celle-ci correspond à la trajectoire que prend le discours selon l'idée qu'elle part d'une intention discursive. L'auteur fait référence ici au système de règles issus du contexte sur lequel le discours s'appuie pour orienter ses propos, par exemple, en amont d'allocutions publiques. Or, dans le cadre de ce projet de recherche, nous utiliserons plutôt le terme « effet discursif » pour désigner l'idée d'appuyer le discours dans son contexte. De plus, plutôt que de mettre l'accent sur les orientations du discours, nous proposons de rendre compte de la production du discours en aval d'événements passés. Par exemple, les gestionnaires ont partagé des témoignages qui relatent généralement d'expériences vécues en CHSLD juste avant, pendant ou tout juste après la pandémie. Ceci prévaut également pour les données recueillis dans les différents textes issus du milieu institutionnel ; les textes normatifs qui ont été analysés s'inscrivent tous dans une trajectoire découlant du contexte de crise sanitaire également. Ainsi, le contexte demeure

le même pour tous les interlocuteurs observés dans le cadre de ce projet de recherche, soit le milieu de l'hébergement de soins longue durée dans le contexte pandémique.

En complément de l'énonciation discursive avancé par De Certeau, Gladkov propose d'adoindre les concepts de l'ACD de Fairclough comme des moyens concrets, qu'elle désigne comme des outils discursifs, pour construire les discours des interlocuteurs ici observés. Ce schéma illustre les composantes de l'énonciation discursive :

**Figure 8 : Schéma des composantes de l'énonciation discursive**



Tel que présenté ci-haut au schéma 7, il s'agit d'éléments conceptuels que l'on attribue à l'analyse textuelle (ex. : énoncés, types de représentation d'événements sociaux, types de discours, éléments de différenciation, modalités d'identification, styles d'évaluation, etc.), mais également aux relations sémantiques et grammaticales qui sont utilisées pour créer les effets discursifs.

## 4 MÉTHODOLOGIE

---

Dans ce chapitre, nous nous pencherons sur la méthodologie de recherche utilisée pour tenter de répondre à la question et aux objectifs du projet de recherche.

### 4.1 La stratégie de recherche

#### 4.1.1 Objectifs de la recherche

Dans ce projet de recherche, nous analysons le discours institutionnel et celui des gestionnaires autour de la bientraitance, d'une part pour mettre en lumière la façon dont le MSSS promeut la bientraitance en CHSLD à la suite de la crise sanitaire, et d'autre part pour examiner comment ce discours institutionnel façonne celui des gestionnaires, influençant ainsi leur perception de leur propre rôle.

Les résultats seront structurés autour des trois (3) objectifs suivants :

- 1) Analyser la conception de la bientraitance dans le discours institutionnel du MSSS, ainsi que les défis, freins et facteurs facilitateurs liés à sa mise en œuvre;
- 2) Examiner la perception de la bientraitance dans le discours des gestionnaires des CHSLD, en identifiant les obstacles et leviers de son application sur le terrain;
- 3) Mettre en évidence les points de convergence, les écarts et les tensions entre le discours du MSSS et celui des gestionnaires des CHSLD quant à la définition et à l'application de la bientraitance.

#### 4.1.2 Méthodologie de recherche

Notre projet de recherche repose sur une méthodologie qualitative et inductive, combinée à l'analyse de données secondaires. La recherche qualitative s'est révélée particulièrement appropriée pour offrir un regard approfondi et utiliser des outils d'analyse adaptés au phénomène étudié. La thématique de la bientraitance en CHSLD s'inscrit

dans une réalité sociale marquée par une dimension éthique, liée à la qualité de vie des aînés en perte d'autonomie. Cette question prend tout son sens dans un contexte où les établissements qui les hébergent ont été directement touchés par la crise sanitaire, façonnant ainsi une expérience collective du monde contemporain au Québec, comme en témoigne ce qui suit :

Qualitative research is a form a social inquiry that focuses on the way people interpret and make sense of their experiences and the world in which they live. A number of different approaches exist within the wider framework of this type of research, but most of these have the same aim: to understand the social reality of individuals, groups and cultures. Researchers use qualitative approaches to explore the behavior, perspectives and experiences of the people they study. The basis of qualitative research lies in the interpretative approach to social reality. (Gabrielian, 1999).

Cette méthode de recherche vient donc répondre à un besoin de mieux comprendre le phénomène de comportements autour de la bientraitance dans ces institutions publiques, et pour mettre en lumière certaines spécificités culturelles à l'origine du phénomène pour voir à une amélioration de l'expérience humaine et collective en ce qui a trait le bien-vieillir en général.

D'autre part, bien que la stratégie d'analyse soit vaguement désignée par le terme « analyse inductive » dans bons nombres d'études qualitatives (F.-Dufour & Richard, 2017) l'approche générale inductive d'analyse de données qualitatives appelée *Méthode générale inductive* (MGI) a pour visées de :

- Condenser les données brutes;
- Faire des liens entre les objectifs de la recherche;
- Faire des liens avec les catégories d'analyse des données brutes;
- Offrir une théorie à partir des nouvelles catégories émergentes (Blais & Martineau, 2006).

Cette stratégie exige d'identifier des thèmes ou des patrons thématiques qui apparaissent de manière dominante, fréquente, récurrente et/ou significative. Elle repose sur cinq (5) principes (F.-Dufour & Richard, 2017):

- 1) L'analyse de données est guidée à la fois par les objectifs de la recherche et par l'interprétation des données brutes;
- 2) La principale fonction de l'analyse est le développement de catégories qui permettent de saisir le phénomène;
- 3) Les résultats de la recherche sont inévitablement en lien avec les connaissances et expériences du chercheur;
- 4) Deux chercheurs peuvent obtenir des résultats qui ne sont pas parfaitement identiques avec les mêmes données brutes;
- 5) L'authenticité des résultats doit faire l'objet d'une évaluation systématique de la part du chercheur (Thomas, 2006)

La théorisation ancrée (TA), une méthode d'analyse pertinente pour étudier le phénomène à partir des données, et a été envisagée. Or, elle a été écartée en raison de sa complexité d'application, du fait qu'elle soit moins adaptée pour l'analyse de données secondaires et du peu de flexibilité qu'elle laisse à l'utilisateur pour l'adapter au fil du projet. De plus, comme l'objectif principal de ce projet de recherche était de rendre compte d'un phénomène social, la MGI permettait de dépasser une analyse thématique simple, sans aller dans la complexité d'une modélisation ou de la théorisation du phénomène observé. (F.-Dufour & Richard, 2017)

## 4.2 La collecte de données

### 4.2.1 Le champ de recherche

Le projet a établi son cadre d'intervention à l'échelle territoriale du Québec, car nous nous intéressions particulièrement à la diversité des milieux de vie qui œuvrent dans le domaine de l'hébergement de soins de longue durée pour les aînés en perte d'autonomie. Ces milieux sont définis selon un ensemble de critères précis, tels que présentés dans la revue de littérature, et reflètent les spécificités du système de santé québécois.

Initialement, le projet visait à recueillir les témoignages de toutes les parties prenantes de ces milieux : résidents, prestataires de services, proches aidants et gestionnaires. Toutefois, l'ampleur du champ d'étude, conjuguée à l'exigence d'obtenir une approbation

éthique distincte auprès de chacun des cinq établissements partenaires (CISSS et CIUSSS), représentait une contrainte majeure, notamment pour pouvoir rencontrer des personnes en perte d'autonomie aptes à participer à la recherche.

Devant cette complexité, nous avons choisi de recentrer le champ de recherche sur les gestionnaires, afin de poursuivre notre démarche dans un cadre plus réaliste, tout en conservant un point d'entrée pertinent pour analyser les effets du discours institutionnel sur la bientraitance. Ainsi, notre cadre de recherche s'est concentré sur les gestionnaires œuvrant au sein de ces types de milieux de vie :

- Les centres d'hébergement longue durée publics et privés conventionnés (CHSLD);
- Les maisons des aînés et alternative (MDAA);
- Les ressources intermédiaires (RI).

En ce qui a trait le cadre temporel, nous avons défini notre champ de recherche à une période relativement circonscrite autour de la pandémie dont l'annonce de l'état d'urgence par le gouvernement a été lancée officiellement le 12 mars 2020. Donc, les textes normatifs qui ont servi à l'analyse du discours institutionnel ont été sélectionnés selon leur référence au concept de bientraitance, ce qui représente approximativement une fenêtre temporelle de six (4) ans, soit de 2020 à 2024. La définition du cadre temporel s'est réalisée graduellement au cours de la création de la revue de la littérature, et s'est présentée comme un constat naturel lié au phénomène observé.

#### **4.2.2 Le choix de contenu**

##### **4.2.2.1 *Le corpus de textes***

Dans l'objectif de circonscrire le discours institutionnel sur la thématique de la bientraitance appliquée dans le milieu de l'hébergement pour aînés en perte d'autonomie, il était inévitable de devoir se référer à des publications ministérielles. À défaut de récolter des témoignages directement des politiciens et autres acteurs du MSSS, nous avons

plutôt opté pour accéder à des documents de référence publiés par le MSSS et disponibles sur le site Internet du gouvernement du Québec. Ces textes ainsi produits entre 2020 et 2024, et qui concernent les thématiques de la bientraitance ainsi que le milieu de l'hébergement longue durée au Québec, ont été relativement facile à sélectionner puisqu'ils étaient tous rassemblés sous l'onglet « Publications » sur le site du MSSS (<https://www.msss.gouv.qc.ca/>). La sélection des textes à analyser s'est faite selon trois (3) critères principaux :

- 1) Leur association avec les thématiques liées à la recherche, soient la bientraitance (B), les pratiques de gestion en hébergement longue durée (P), les aînés en perte d'autonomie hébergées en CHSLD (A);
- 2) Leur caractère fonctionnel ;
- 3) Leur date de parution.

Ainsi, les textes répondant à ces critères et ciblés par l'analyse de ce projet de recherche sont présentés dans ce tableau :

**Tableau 7 : Sélection du corpus de textes servant à l'analyse du discours institutionnel (MSSS)**

Texte	Fonction du texte	Année de parution	Thématiques		
			S	P	A
Plan d'action pour la 2e vague de la COVID-19	Préciser certaines actions à mettre en oeuvre	2020		x	x
Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée 2021-2026 : Des milieux de vie qui nous ressemblent	Présenter les principes ou les axes d'interventions	2021	x	x	x
Politique nationale pour les personnes proches aidantes : Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement	Présenter les principes ou les axes d'interventions	2021	x	x	x
Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026 : Pour le mieux-être des personnes hébergées	Préciser certaines actions à mettre en oeuvre	2022	x	x	x
Plan d'action pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2022-2027 : Reconnaître et agir ensemble	Préciser certaines actions à mettre en oeuvre	2022	x		x
Cadre de référence : Favoriser la bientraitance envers toute personne aînée, dans tous les milieux et tous les contextes	Soutenir la mise en oeuvre des stratégies d'actions	2023	x	x	x
Appel à projets : Soutien à la réalisation de projets visant la création d'environnements favorables à la bientraitance en CHSLD	Soutenir financièrement la mise en oeuvre de projets spécifiques	2023	x	x	x
Cadre de référence: Reconnaître les personnes proches aidantes comme partenaires pour mieux les soutenir	Soutenir la mise en oeuvre des stratégies d'actions	2024	x		
Cadre de référence : Approche intégrée de proximité pour les personnes aînées	Soutenir la mise en oeuvre des stratégies d'actions	2024			x

Élaborée par l'autrice

Ces textes ont été également consultés comme source d'analyse de données secondaires. En effet, ces textes font majoritairement référence à des écrits issus de la littérature grise nécessaires à des fins de validation et de crédibilité. De la sorte, ces textes ont tenu un rôle central dans l'analyse des données, notamment parce qu'elles ont permis de nous prévaloir de plusieurs avantages (F.-Dufour & Richard, 2017) :

- Appuyer la collecte de données brutes;
- Fournir un lot d'informations pertinentes sur l'historique de la problématique et des thématiques qui y sont rattachées;

- Informer sur les cadres théoriques et la méthodologie utilisées dans le cadre de ces études permettant de positionner le projet de recherche lui-même;
- Faciliter la conduite de travail de recherche impliquant des personnes vulnérables – ici des aînés en perte d'autonomie vivant en centre d'hébergement longue durée – qui sont parfois difficiles à rejoindre selon les critères éthiques de recherche.

Toutefois, nous reconnaissons que l'usage des données secondaires dans le choix de contenu à analyser peut avoir des désavantages, dont la distance avec ces données. Bien que le corpus de textes regroupe exclusivement des textes détenant le sceau du gouvernement, ce qui insinue un gage de rigueur quant aux références scientifiques qui y sont présentées, n'en demeure pas moins que notre travail de recherche utilise ces données sans avoir eu un lien direct à l'émergence de ces données. Autrement dit, la manière dont ces données ont été réinvesties dans ce présent travail de recherche ont été aux mieux contextualisés selon les informations disponibles, mais représentent une interprétation de ces données initialement recueillies et analysées dans un contexte autre (F.-Dufour & Richard, 2017).

#### **4.2.2.2 *Les témoignages de gestionnaires***

Les gestionnaires du milieu de l'hébergement au Québec ont été d'abord ciblés par la force de notre réseau professionnel. Plus précisément, ce sont quatre (4) personnes reconnues professionnellement du milieu de l'hébergement au Québec qui ont été approchées pour solliciter entre 3 et 5 gestionnaires de leur propre réseau ayant l'intérêt et la disponibilité à participer au projet de recherche. En somme, ce sont 15 gestionnaires qui ont participé aux entretiens semi-dirigés. L'étendue de cette collecte de données consiste en cinq (5) établissements, deux (2) directions, dix (10) milieux de vie, deux (2) gestionnaires issues de la Haute-Direction, neuf (9) gestionnaires-responsables et quatre (4) gestionnaires cliniques.

**Tableau 8 : Répartition des gestionnaires participant à la collecte de données**

Catégorie	Détails	Quantité
Établissements	CISSS du Bas St-Laurent (CISSS-BSL)	1
	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (COMTL)	1
	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CNIMTL)	1
	CISSS de l'Outaouais (CISSSO)	1
	CISSS Montérégie-Est (CISSSME)	1
Directions	Direction Programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA)	1
	Direction Soutien à domicile (DSAD)	1
Milieux de vie	Maison des aînés et alternative (MDAA)	2
	Centres d'hébergement de santé et de soins longue durée publics (CHSLD)	7
	Centre d'hébergement de santé et de soins longue durée privé conventionné	1
Haute direction d'établissement	Direction adjointe	1
	Adjointe à la Direction	1
Gestionnaires-responsables	Gestionnaires-responsables	9
Gestionnaires de services cliniques	Directrice des soins infirmiers	1
	Chef de services RI/RPA	1
	Chef d'unité	1
	Chef des programmes cliniques	1

Élaboré par l'autrice

Les gestionnaires rencontrés dans le cadre de cette recherche proviennent de parcours variés, mais partagent tous une expérience significative dans le secteur public ou communautaire en lien avec les services aux aînés. Plusieurs ont entamé leur carrière dans des domaines cliniques ou sociaux, notamment en soins infirmiers, en travail social, en nutrition, en kinésiologie, ou en loisirs, souvent avec une première formation de niveau collégial (DEC) ou universitaire.

Un nombre important d'entre eux sont infirmiers ou infirmières de formation, certains ayant complété ou étant en voie de compléter une maîtrise en administration publique. D'autres ont intégré le réseau à partir de rôles en organisation communautaire ou dans

le milieu municipal, et ont accédé à des postes de gestion par la reconnaissance de leur large expérience, l'entremise d'opportunités internes ou de programmes de relève de cadres.

#### **4.2.3 Outil de collecte de données**

Comme mentionné précédemment, une méthodologie qualitative a été adoptée pour explorer en profondeur les discours institutionnels et organisationnels dans le cadre de ce projet de recherche. Étant donné que les entrevues constituent la méthode de collecte de données par excellence dans le domaine de la recherche qualitative, cette approche a été privilégiée. Elle requiert cependant une attention particulière pour le chercheur à toutes les étapes de la cueillette de données : le type d'entretien, le médium ainsi que la manière de se positionner dans le contexte des entretiens sont tous des facteurs influençant la nature des données recueillies qui orienteront par la suite la portée des résultats (Savin-Baden & Howell Major, 2013) . Nous présenterons ici les différentes modalités qui ont été employées dans la réalisation des entretiens avec les gestionnaires.

##### **4.2.3.1 *Les entretiens semi-dirigés***

Des entretiens semi-dirigés ont été menés avec des gestionnaires du milieu de l'hébergement afin de recueillir leur perception de la bientraitance, ainsi que les obstacles et leviers de sa mise en œuvre. Le guide d'entretien a été conçu de manière à susciter des échanges en lien avec les objectifs de la recherche, en structurant les questions autour des freins et des accélérateurs identifiés dans leurs expériences vécues sur le terrain. Ce guide d'entretien était composé de questions ouvertes et générales, touchant des sujets précis, permettant l'émergence de données pertinentes et parfois imprévues pouvant enrichir la mise en comparaison des données par la suite. Bien que les questions aient été formulées à partir d'expériences vécues, certaines étaient également inspirées d'éléments du cadre de référence en bientraitance, en reprenant textuellement certaines stratégies normatives. Cette approche visait à confronter les discours des acteurs du terrain aux lignes directrices institutionnelles et ainsi à favoriser une discussion ciblée sur les enjeux spécifiques à la pratique de la bientraitance en CHSLD. Enfin, les entretiens

semi-dirigés s'est avéré être une méthode très appropriée dans le cadre de ce projet puisque tous les participants étaient affiliés au sujet principal de la recherche, soit la pratique de la bientraitance en CHSLD (Bryman, 2012; Savin-Baden & Howell Major, 2013).

#### **4.2.4 Plateforme média pour la collecte de données**

Les entretiens ont été réalisés en visioconférence via la plateforme Zoom. Bien que la vidéo ait été utilisée pour favoriser la connexion avec, seule l'audio a été analysée afin de garantir une approche cohérente et centrée sur le discours. Le recours à Zoom a également permis d'assurer un accès élargi au terrain, en facilitant la participation de gestionnaires issus de différents établissements sur le territoire québécois.

#### **4.2.5 Analyse documentaire**

L'analyse documentaire a complété les données empiriques en s'appuyant sur deux principales sources d'information :

##### ***4.2.5.1 Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) :***

Ces documents ont été consultés afin d'examiner la conception institutionnelle de la bientraitance et d'identifier les orientations officielles sur sa mise en œuvre.

##### ***4.2.5.2 Articles journalistiques accessibles en ligne :***

Ces articles ont permis de situer les discours institutionnels et organisationnels dans un contexte plus large, en tenant compte des représentations médiatiques et des débats publics entourant la bientraitance en CHSLD. Après la tenue des entretiens et l'analyse documentaire, les données ont été sélectionnées et organisées de manière à assurer une correspondance étroite entre les thématiques abordées et les objectifs spécifiques de la recherche.

#### **4.2.6 Transcription des entretiens**

Les participants aux entretiens ont été sélectionnés en fonction de leur rôle au sein des CHSLD, avec une attention particulière portée aux gestionnaires impliqués dans la mise en œuvre des principes de bientraitance. L'objectif était de recueillir des expériences variées, permettant d'identifier les freins et les facteurs facilitateurs dans l'application des normes institutionnelles.

Les entretiens ont été enregistrés en visioconférence et transcrits à l'aide du logiciel Sonix, assurant ainsi une restitution fidèle des échanges. L'analyse des données a reposé sur l'identification de patrons thématiques récurrents, permettant de dégager les principales tendances et divergences dans les discours des participants.

#### **4.2.7 Sélection des données secondaires**

Les données secondaires ont été sélectionnées selon deux critères complémentaires :

- *Alignement avec les thématiques issues des entretiens* : Les documents analysés ont été choisis en fonction des sujets fréquemment abordés par les gestionnaires, afin d'enrichir et contextualiser les résultats des entretiens.
- *Pertinence par rapport aux objectifs de recherche* : Seules les sources contribuant directement aux objectifs spécifiques du projet ont été retenues, afin d'assurer une cohérence dans l'analyse des discours institutionnels et organisationnels.

### **4.3 L'analyse de données**

#### **4.3.1 Méthodes d'analyse**

Rappelons ici que l'objectif de cette recherche repose sur deux volets complémentaires : (1) rendre compte des discours des gestionnaires et des institutions sur la bientraitance en CHSLD, et (2) analyser la manière dont ces acteurs en parlent. Pour répondre à ces

objectifs, nous avons adopté une approche méthodologique en deux temps: une analyse de contenu thématique basée sur la méthode générale inductive (MGI) et une analyse critique du discours (ACD) selon le modèle de Fairclough.

#### **4.3.2 Analyse de contenu thématique (MGI)**

Dans un premier temps, nous avons suivi la *méthode générale inductive (MGI)* qui propose une codification des données en trois phases : la codification, la hiérarchisation, la mise en relation (F.-Dufour & Richard, 2017). Nous présenterons ici comment chacune de ces phases a été réalisée.

Dans un premier temps, nous avons lu et corrigé les quinze (15) verbatims à la suite de la transcription automatique réalisée par le logiciel Sonix (Sonix Inc., 2025). Il est important de noter que cet outil notait le taux de fiabilité à la transcription pour chaque verbatim, de sorte qu'il fut nécessaire de revoir certains entretiens à l'occasion pour assurer de la conformité des propos rendus. Dans un second temps, nous avons effectué une seconde lecture des verbatims, cette fois avec une attention portée aux patrons thématiques qui se dégageaient de l'ensemble des témoignages. Ces patrons thématiques ont ensuite été rapportés dans un tableau de codification dans lequel des extraits tirés des verbatims ont été associés et répartis selon treize (13) catégories émergentes. Voici la version de la première catégorisation :

**Tableau 9 : Catégorisation 1 : Codification des données dans l'analyse du contenu thématique**

Codifications	Exemples d'extraits tirés des verbatims
Vision de bientraitance	« Ça part de nous [gestionnaires] en premier. Nous autres là, on est la base. »
Valeurs de bientraitance	« Quand on travaille en centre d'hébergement, c'est pour ça ; l'amélioration du milieu de vie, du bien-être des résidents »
Attitude de bientraitance	« La bientraitance passe par les équipes »
Définition de la bientraitance	« C'est ce qui est humain. Les gens qui arrivent, on les accueille bien. »
Hiérarchie entre gestionnaires et PAB	« On voudrait vraiment le [offrir de la formation] faire à part entière avec nos gens, puis de mettre tout le monde sur le même pied d'égalité. »
Rendement des PAB à pratiquer la bientraitance	« Notre 'core' business, ce sont les préposés aux bénéficiaires, pis ce seraient eux qui pourraient nous insuffler quelque chose de très, très communautaire, mais actuellement ils sont très axés sur la tâche, très très, très axés sur la tâche. »
Considération des autres parties prenantes	« [...] même le gars du ménage fait partie de l'équipe. Donc le côté interservices est vraiment important pour moi ».
Gestion du risque	« Il n'y a pas de rapport d'accident pour dire : "madame, elle n'a plus de sourire" [...] »
Reconnaissance du réseau face à la bientraitance	« Malheureusement, le préventif et la promotion de la santé ne sont pas sexy »
Performance et motivation des employés	« C'est d'essayer de trouver la voie de passage pour faire en sorte que ça va se manifester systématiquement. C'est aussi important de faire ça que de répondre à une cloche ».
Omniprésence du cadre rigide	« On finit tout le temps un peu avec les doigts puis les poignets un peu attachés. »
Modalités de communications	« La bientraitance, il faut la passer par les mots. Le changement commence par là. Donc, c'est important d'en discuter. »
Culture de leadership	« J'appelle ça la maturité des équipes [...] c'est de faire pousser mon jardin qui sont mes employés, puis les alimenter pour qu'ils se développent ».

---

Élaboré par l'autrice

Puis dans un deuxième temps, partant des questions qui guident la recherche, ainsi que de la littérature sur le sujet, nous avons regroupé ces catégories en catégories plus larges. Voici un tableau qui illustre ce passage à la catégorisation 2 :

**Tableau 10 : Catégorisation 2 : Hiérarchisation des données dans l'analyse du contenu thématique**

Catégorie 1	Catégorie 2
Vision de bientraitance	Perception des gestionnaires d'eux-mêmes face à la bientraitance
Valeurs de bientraitance	
Attitude de bientraitance	
Définition de bientraitance	
Catégorie 1	Catégorie 2
Hiérarchie avec PAB	Perception des gestionnaires par rapport aux autres face à la bientraitance
Rendement des PAB	
Considération des autres parties prenantes	
Catégorie 1	Catégorie 2
Gestion du risque	Paradoxe du système de santé : Gestion efficace vs. Bonnes pratiques de la bientraitance
Reconnaissance du réseau	
Performance des employés	
Catégorie 1	Catégorie 2
Omniprésence du cadre rigide	Prise de pouvoir chez les gestionnaires pour faire exister la bientraitance
Modalités de communications	
Culture de leadership	

*Élaboré par l'autrice*

Dans une dernière étape, une catégorisation affinée des données a permis d'établir des liens plus précis entre les thématiques issues de l'analyse des témoignages des gestionnaires, de la littérature et du corpus de textes, tout en les reliant de manière séquentielle aux objectifs de la recherche. Ainsi, voici la catégorisation 3 :

**Tableau 11 : Catégorisation 3 : Mise en relation des données dans l'analyse du contenu thématique**

Séquence	Discours gestionnaires	Discours institutionnel
Conception de la bientraitance	Construction du Gestionnaire-responsable ( <i>ethos</i> )	Reconstruire un nouveau paradigme en matière d'hébergement longue durée.
Défis à la mise en pratique de la bientraitance	Transmission de la culture de bientraitance aux équipes	Image publique à redorer face au milieu de l'hébergement longue durée.
Freins à la mise en pratique de la bientraitance	Les injonctions paradoxales du système	Impacts négatifs de la réforme Barrette sur le milieu de l'hébergement longue durée.
Accélérateurs de la bientraitance	Système d'émulation pour le personnel	Promouvoir les bonnes pratiques en matière de bientraitance

*Élaboré par l'autrice*

#### **4.3.3 Démarche d'analyse critique du discours (ACD)**

Dans un second temps, afin de comprendre comment la bientraitance est abordée dans les discours institutionnels et gestionnaires, nous avons mobilisé l'analyse critique du discours (ACD) selon Fairclough. Cette approche permet d'examiner les dynamiques de pouvoir, les stratégies discursives et les implications idéologiques sous-jacentes aux discours sur la bientraitance en CHSLD. En utilisant le cadre théorique de l'ACD de Fairclough tel que présenté dans le chapitre 2, nous avons dégagé des thématiques critiques qui se sont avérées importantes pour expliquer le phénomène observé en CHSLD en matière de bientraitance, notamment lors de la troisième catégorisation de mise en relation des données. Après avoir identifié les patrons thématiques lors de la troisième (3<sup>e</sup>) catégorisation, nous avons utilisé une grille codifiée afin d'associer les extraits thématiques retenus aux outils discursifs de Fairclough.

**Tableau 12 : Grille de codification à l'analyse des concepts discursifs selon l'ACD de Fairclough**

Concepts	Résumé	Codification
Types d'échanges	Échange d'activité (EA) (Déclarations) : Demande, Offre Échange de connaissance (EC) (Connaissances) : Question, Affirmation	EC, EA ,(Q), (A), (D), (O).
Fonctions de la parole	Faits "réalis" ; Prédictions "Irréalis" ; Évaluations	Ré ; Ir ; É.
Humeurs grammaticales (Grammar mood) :	Déclarative ; interrogative ; impérative	D.; I? !
Culture promotionnelle	Message promotionnel ; Variétés de textes/paroles (ex.: allocutions, réunions, politiques, annonce courriel, plan d'actions, etc.)	C\$
Intertextualité	Présence d'éléments textuels "autres" avec lesquels le texte est en interaction à divers niveaux: direct (Di"), indirect (In"), indirect libre (InL"), narratif de l'acte de la parole (Np")	Di", In", InL", Np"
Hypothèses (Assumptions)	Hypothèse existentielle (He); Hypothèse potentielle (Hp); Hypothèse de valeur (Hv)	He; Hp; Hv
Dialogicité	a) ouverture à l'acceptation de, la reconnaissance de la différence, une exploration de la différence, comme un "dialogue" dans le sens le plus riche du terme; b) accentuation de la différence, conflit, polémique, obstination, normes, pouvoir; c) tentative de résolution ou dépassement de la différence ; d) mise entre parenthèses la différence, focalisation sur ce qui est commun de manière solidaire; e) consensus, normalisation et acceptation des différences du pouvoir qui suppriment les significations et les normes.	Scénarios : a) b) c) d) e)
Attributions des discours	Identification des thèmes principaux représentés dans le "monde" (Tp); Identification des perspectives particulières (Pp)	Tp; Pp
Recontextualisation	Présence (Pr) ; Abstraction (Ab) ; Séquence (Sq); Ajouts (A+)	Pr; Ab; Sq; A+
Représentations des acteurs sociaux	Inclusion/Exclusion (I/E); Pronom/Nom (P/N) ; Rôle grammatical (R/G) ; Actif/passif (A/P) ; Personnel/Impersonnel (P/I) ; Nommé / Catégorisé (N/C); Spécifique / générique (S/G)	I/E ; P/N; R/G; A/P; P/I; N/C; S/G
Représentation de l'espace et du temps	Espace-temps comme une construction sociale du monde	E ; T; ET
Modalités	Modalités épistémiques (niveaux d'engagements face à la vérité) sous forme de Déclarations et de Questions; Modalités déontiques (niveaux d'engagement face à l'obligation) sous forme de Demandes et d'Offres	Me(Da); Me(Dn); Me(Dr); Me(Qnn+); Me(Qn); Me(Qnn-); Md(Dp); Md(Dn); Md(Dp); Md(Oe); Md(On); Md(Or); Me(E); Me(M); Me(B); Md(E); Md(M); Md(B).
Évaluation	Affirmations évaluatives Affirmations affectives Valeurs présumées (ou hypothétiques)	Ae; A; V

Élaboré par l'autrice

Nous avons par la suite utilisé la transcription du verbatim de l'une des quinze (15) gestionnaires interviewées afin de mettre le système de codification à l'épreuve. Suivant un code de couleurs, nous avons ensuite mis en exergue les éléments discursifs de l'échange correspondant aux codes associés aux outils discursifs afin de mieux les repérer. Voici un exemple de cette méthode utilisée:

**Tableau 13 : Exemple de la méthode utilisée à l'analyse de discours selon Fairclough à partir d'un extrait d'un verbatim.**

Extrait	Concepts discursifs	Codes
« Ça a été des discussions énormément avec les <u>exploitants</u> <u>dans les dernières années</u> . »	Représentation des acteurs sociaux; Représentation du temps	N/C ; T
« si on veut appliquer la loi by the book, puis toute la bientraitance dans sa meilleure - <u>au pays des licornes</u> - mais c'est que <u>le client</u> n'attendrait pas quand il sonne ; <u>le client</u> , on le change, puis on le change plusieurs fois par jour ; <u>le client</u> il va manger à l'heure qu'il voudrait tout le temps t'sais on va suivre la vie du client »	Recontextualisation	Pr ; Aj+ (métaphore)
« [...] mais <u>malheureusement</u> , on n'a pas <u>encore</u> atteint ça. »	Modalité épistémique (Déclaration négative)	Me (Dn)
« C'est sûr qu'avec <u>la pénurie de personnel</u> , bien, des fois les sanctions vont arriver moins vite »	Attribution du discours (Thème principal)	Tp
« [...] parce que des fois l'employeur, le directeur vont dire : « là, <u>c'est parce que je vais la (l'employée) perdre, puis j'en n'aurai pas d'autre pour travailler.</u> »	Intertextualité (Indirect libre) ; Hypothèse de valeur	InL ; Hv

Cet exercice formateur a permis ensuite d'appliquer cette méthode, cette fois de manière manuscrite à la lecture des verbatims recueillis lors de la cueillette de données. À la suite de cette analyse transversale, nous avons sélectionné les passages les plus révélateurs sur le plan discursif en adéquation avec les thématiques retenues à la catégorisation 3 pour établir la base de nos résultats.

## 4.4 Les critères de scientificité

### 4.4.1 Reconnaissance de la subjectivité

La posture adoptée dans cette recherche est façonnée par un parcours personnel, professionnel et académique diversifié, qui éclaire les choix méthodologiques et les perspectives analytiques mobilisées. D'une part, l'expérience personnelle de la chercheuse, marquée par une conscience accrue des enjeux liés au vieillissement et à la bientraitance en CHSLD, découle d'une double préoccupation : celle d'anticiper les besoins futurs de parents vieillissants, susceptibles d'être institutionnalisés dans 15 à 20

ans, et celle d'envisager le rôle que pourraient jouer les enfants dans une posture de proches aidants. Cette sensibilité est renforcée par la prise de conscience, exacerbée par la pandémie, des lacunes systémiques du réseau de la santé au Québec, qui accuse un retard significatif face aux besoins croissants d'une population vieillissante.

D'autre part, le parcours académique et professionnel enrichit cette posture réflexive. Un baccalauréat en danse contemporaine a cultivé une approche sensible et collaborative, mettant de l'avant l'écoute et le dialogue entre les parties prenantes. La maîtrise en gestion de l'innovation sociale, dont le diplôme est en voie d'obtention, fournit des outils analytiques pour relever les systèmes organisationnels et concevoir des solutions novatrices en réponse aux problématiques sociales. Ce bagage a également permis la création d'une entreprise d'économie sociale visant l'amélioration des milieux de vie en CHSLD, démontrant ainsi un engagement concret envers des pratiques plus humanistes et inclusives.

Cette positionnalité, ancrée dans une vision positive des CHSLD, guide l'ensemble de la démarche de recherche. L'objectif est de mieux comprendre les écarts entre les discours institutionnels et les pratiques sur le terrain afin de contribuer à une transformation significative des milieux de vie. Cette recherche ambitionne ainsi de favoriser une perception renouvelée des CHSLD, les positionnant non plus comme des « miroirs » mais comme des « maisons à vivre », où la bientraitance et la dignité des aînés sont au cœur des préoccupations.

#### **4.4.2 Position de la chercheuse**

Dans le cadre de ce projet, la chercheuse occupe une double posture : celle de chercheuse universitaire à la maîtrise et de cofondatrice-directrice générale de *Les Passages | Coopérative de solidarité*, une organisation œuvrant dans le champ de l'innovation sociale en lien avec les milieux de vie pour les aînés. Le projet a été rendu possible grâce au programme MITACS Accélération Entrepreneur, financé conjointement par MITACS et *Les Passages*, dans un cadre rigoureux répondant aux exigences éthiques et contractuelles de MITACS et de HEC Montréal. Bien que l'accompagnement

de l'Esplanade Québec ait été orienté vers le développement entrepreneurial de l'organisation, il a contribué indirectement à la réalisation du projet de recherche.

La chercheuse est intervenue sur le terrain dans le cadre d'un mandat, ce qui a favorisé une posture de partenaire externe, perçue comme engagée mais non évaluative. Sa démarche s'inscrit dans une logique de connectivité, en cohérence avec la mission de *Les Passages*, dont la forme coopérative de solidarité incarne une volonté d'ancrer les projets dans un écosystème d'acteurs diversifiés, sans représenter un intérêt unique, mais au contraire, en favorisant les ponts entre les milieux de vie, la communauté et l'État.

Cette volonté de connexion humaine et professionnelle s'est traduite par une approche relationnelle empathique, soucieuse de valoriser le vécu des gestionnaires dans un climat de confiance. Plusieurs entretiens ont ainsi donné lieu à une ouverture progressive, permettant l'émergence d'une parole plus personnelle et incarnée. Le parcours de la chercheuse – alliant formation artistique et engagement social – a contribué à sa capacité à établir des liens sincères, au service à la fois de la recherche et du projet entrepreneurial.

#### **4.4.3 La voix de la chercheuse**

La réflexivité constitue un processus qui permet au chercheur, non seulement de mieux comprendre sa position, mais également de se conscientiser aux influences qui l'accompagnent dans ce processus : « *Reflexivity is a self-critical sympathetic introspection and the self-conscious analytical scrutiny of the self as researcher* » (England, 1994).

Dans le cadre de cette recherche sur l'ACD, les types de réflexivité qui sont opérés sont les suivants (Finlay, 2002):

- Réflexivité comme critique sociale : l'accent est mis sur la gestion du déséquilibre de pouvoir entre les chercheurs et les participants, tout en reconnaissant l'importance de changer la position chercheur-participant.

- Réflexivité comme déconstruction discursive : Le chercheur analyse l'ambiguïté et les dynamiques discursives utilisées, ainsi que leur influence sur la manière dont les participants se présentent au monde et perçoivent la manière dont les textes sont mis en avant ou occultés.

Dans le cadre de ce projet de recherche, nous avons informellement créé un *persona* qui porterait un point de vue selon ces trois différents degrés :

- Point de vue inclusif : L'utilisation de la première personne du pluriel (« nous ») pour présenter les perspectives de recherche permet d'ancrer la démarche dans une posture consciente et engagée. Cette approche favorise une connexion plus directe avec le lecteur en rendant les chercheurs plus accessibles, tout en soulignant leur implication active dans le processus de recherche. En adoptant cette perspective, nous mettons en avant notre intégrité et notre rigueur intellectuelle, en assumant pleinement notre rôle dans la construction et l'analyse des données. Cette posture réflexive nous permet également de reconnaître la complexité des phénomènes étudiés et d'inscrire notre démarche dans un dialogue constant entre les savoirs théoriques et les réalités du terrain;
- Niveau de vision (Insight) : L'étendue des connaissances mobilisées dans le cadre est délimitée et contrôlée par les chercheurs. C'est-à-dire que les données ont été récoltées par le biais du lecteur, de l'écoute et de l'observation. Cette position nous permet donc de sélectionner les informations à considérer de celles à écarter;
- Degré de distance : Comme l'objectif de la recherche est de rendre compte d'un phénomène, les chercheurs ont conservé une certaine distance avec les participants. Or, par le contexte du terrain de recherche qui s'affilie à notre réseau professionnel, la distance s'est réduite avec le temps du projet de recherche.

## 5 ANALYSE DES RÉSULTATS

---

En 2021, le MSSS a lancé la *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée : Des milieux de vie qui nous ressemblent 2021-2026* (MSSS, 2021a). Cette politique repose sur cinq (5) axes et comprend vingt-cinq (25) mesures stratégiques visant à transformer les CHSLD en véritables milieux de vie favorisant la bientraitance pour toutes les parties prenantes. L'approche adoptée place la personne hébergée au cœur des priorités (axe 1), entourée de ses proches (axe 2) et des prestataires de services (axe 3), dans un milieu de vie (axe 4) ouvert sur la communauté (axe 5). Par ailleurs, l'introduction d'un nouveau modèle d'hébergement à échelle humaine et la publication d'un cadre de référence sur la bientraitance marquent une volonté affirmée du MSSS d'opérer un changement culturel en matière d'hébergement longue durée à l'échelle de la province. Deux ans après le début de cette transformation stratégique découlant de son plan d'action, le MSSS lance un appel à projets à l'intention des CHSLD, tant publics que privés, afin de promouvoir la bientraitance dans leurs milieux de vie.

Afin de mieux comprendre les enjeux liés à la mise en œuvre de la bientraitance dans les centres d'hébergement pour aînés, ce projet de recherche vise deux objectifs complémentaires. D'une part, analyser la manière dont le MSSS reconstruit le discours autour des milieux de vie pour personnes en perte d'autonomie afin de promouvoir la bientraitance. D'autre part, mettre en lumière comment ce discours façonne la perception et la construction du rôle du gestionnaire en CHSLD, dans un contexte marqué par des contraintes organisationnelles complexes, des ressources limitées et des attentes élevées.

Ainsi, bien que cette nouvelle politique du MSSS érige la bientraitance en principe structurant pour les CHSLD, sa mise en œuvre sur le terrain s'avère complexe, confrontée à des défis multiples d'ordre organisationnel, institutionnel et communicationnel. Afin de mieux comprendre ces tensions, une analyse du discours portant sur la bientraitance, à la croisée de trois dimensions : les politiques publiques, les pratiques de gestion et les représentations discursives. Pour ce faire, nous mobilisons l'ACD, qui permet d'examiner à la fois ce *qui est dit* (contenu thématique) et *la manière*

*dont c'est dit* (stratégies énonciatives, positionnements). L'analyse s'appuie principalement sur deux sources discursives : les documents ministériels et les propos recueillis auprès des gestionnaires en CHSLD.

Dans cette perspective, nous structurons la présentation des résultats selon les niveaux thématique et énonciatif :

- 1) Le niveau thématique : nous identifierons d'abord les grandes conceptions de la bientraitance véhiculées par les acteurs institutionnels et de terrain, en mettant en lumière les obstacles et leviers qu'ils associent à sa mise en œuvre;
- 2) Le niveau énonciatif : nous analyserons ensuite comment ces conceptions sont formulées, défendues ou contournées à travers les discours, en nous intéressant notamment aux stratégies énonciatives et aux positionnements identitaires.

Cette lecture à deux niveaux permet de relier le contenu des discours à leur mise en forme, en tenant compte du contexte sociopolitique dans lequel ces discours s'inscrivent. Tout au long de ce chapitre, nous passerons ainsi du discours officiel de l'État aux prises de parole des gestionnaires, tout en considérant les règles et contraintes institutionnelles qui influencent leurs propos.

## **5.1 Redessiner les milieux de vie : espaces, mots et visions en transformation**

« L'hébergement de soins longue durée » est l'expression couramment utilisée pour désigner les lieux de vie des personnes en perte d'autonomie. Au-delà de sa fonction descriptive, elle constitue un marqueur symbolique dans le discours institutionnel, tant sur le plan des idées véhiculées que sur la manière de les formuler, en particulier lorsqu'il est question de bientraitance. Dans un contexte de transformation organisationnelle, nous verrons d'abord comment l'aménagement des lieux - le cadre bâti - incarne une vision renouvelée de l'hébergement pour les aînés au Québec. Ensuite, nous analyserons comment le langage mobilisé contribue à redéfinir le vocabulaire associé à la bientraitance, révélant l'émergence d'un nouveau paradigme discursif.

### **5.1.1 Renouveler un modèle d'hébergement : la maison des aînés et alternative**

Au printemps 2021, l'Ordre des architectes du Québec dédiait un article au sujet des maisons de aînés, un modèle d'habitation renouvelé pour les personnes en perte d'autonomie. L'équipe mobilisée pour la conception architecturale, la planification et la réalisation du chantier dit avoir répondu à une commande claire : « *Il fallait rompre avec le modèle traditionnel des CHSLD pour créer des milieux de vie qui rapprochent le plus possible du domicile* » (Ordre des architectes du Québec, 2021). Après trois (3) mois de conception en concertation, le concept des maisons des aînés se précise autant dans l'aménagement physique des lieux que du vocabulaire qui lui est associé. Par exemple, les unités sont substituées aux « maisonnées », les chambres aux « appartements ». Les aires de vie font face au côté jardin, alors que les chambres fenestrées et illuminées par la lumière naturelle donnent sur le côté urbain. De plus, la disposition des chambres est de sorte à faire face aux espaces partagés (salon, cuisine et salle à manger). Les corridors qui caractérisent les CHSLD actuels sont donc délaissés au profit d'espace à aire ouverte qui favorisent les interactions et une aisance de mouvement plus conviviale pour tous : les personnes hébergées, les proches, les employés et les membres de la communauté. Toujours dans l'esprit d'offrir un milieu de vie comme à la maison, les appartements sont tous munis d'une salle de bain individuelle avec douche à l'italienne ce qui favorise la prestation des soins de manière plus personnalisée, dans le respect de l'intimité de la personne hébergée. De plus, les postes de travail dédiés aux tâches cliniques et administratives ont été dissimulés en arrière-scène aux accès limités : « *Dans les espaces de vie, nous voulions éviter tout ce qui ressemble à un hôpital* » (Ordre des architectes du Québec, 2021). Enfin, les maisons des aînés ont été conçues pour respecter l'échelle humaine, de sorte qu'elles ne dépasseront pas plus de 3 étages.

### **5.1.2 Un milieu de vie comme à la maison**

Depuis 2003, un cadre conceptuel entourant la notion de milieu de vie a été promu par le MSSS dans le but d'humaniser davantage les soins auprès des aînées en grande

vulnérabilité. Ainsi, depuis plus de 20 ans, une série de textes encadrent et normalisent les connaissances, les compétences et les comportements attendus afin d'améliorer la qualité de vie des personnes hébergées. L'objectif est de modifier la perception des CHSLD, de manière qu'ils soient vus avant tout comme des milieux de vie pour les résidents et leurs proches, plutôt que comme des milieux de soins ou de travail. En ce sens, les milieux de vie incarnent également un espace dans lequel les personnes hébergées peuvent exprimer leurs préférences, leurs projets de vie et leurs intérêts (Aubry et al., 2013).

De plus, il est à la source de grand intérêt dans le cadre d'un débat sur les tensions relatives au milieu de soin et milieu de vie en CHSLD. À cet effet, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a été mandaté en 2015 pour réaliser un état des pratiques sur la conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins longue durée. Cinq ans plus tard, les constats ont mis en évidence que ces deux milieux présentent des enjeux éthiques, générant des tensions entre des valeurs parfois opposées, telles que la dignité, la santé, la sécurité, la liberté, l'autonomie décisionnelle et le respect, dans la recherche d'un équilibre entre milieu de soins et milieu de vie. (INESSS, 2020). En comparaison avec les valeurs promues par la bientraitance l'appellation milieu de vie » et l'AMV s'associent au jargon du monde de l'hébergement longue durée depuis, et plus particulièrement à la notion de bientraitance qui l'accompagne plus récemment.

## 5.2 Engager le changement

Dans une perspective d'analyse à la fois thématique et discursive, cette section s'intéresse au vocabulaire utilisé par le MSSS pour redéfinir les milieux de vie en CHSLD. Suivant l'approche de Fairclough (1992), nous verrons comment certains mots et formulations – notamment ceux évoquant la maison – participent à façonner un nouveau récit sur l'hébergement de longue durée.

### 5.2.1 Construire du sens par les mots

Dans son ouvrage *Discourse social change* (1992), Fairclough fait allusion à l'exercice de donner sens aux mots en mentionnant d'abord que les textes qui font l'objet d'analyse renferment des ensembles de mots (*clusters of words*) et de significations plutôt que de manière isolée. De plus, ces ensembles de mots renferment parfois plusieurs significations, ou encore, une même signification peut être exprimée de plusieurs façons. Aussi, le choix de mots et de formulations contribue à influencer et modifier les significations, ce qui peut avoir un effet sur les formulations de sens des mots. Enfin, deux aspects de la communication de ces mots sont importants à relever : d'une part, ceux qui disent le texte, les émetteurs, choisissent de communiquer tel mot ou ensemble de mots pour exprimer leur pensée et formuler une signification particulière à leurs interlocuteurs. D'autre part, ceux qui interprètent le texte décident de la manière de percevoir ces choix de mots et quelles valeurs leur attribuer dans leur analyse. Or, les choix et décisions liés aux significations des mots (*meaning of words*) et la manière de les formuler (*wording*) reflètent un monde construit par des dynamiques sociales, des changements culturels et des débats collectifs. Ils doivent être perçus comme des aspects qui font parties intégrantes des processus sociaux dans une perspective élargie. (Fairclough, 1992).

Tel que l'explique Fairclough, un terme technique est parfois utilisé à la place de mots plus communs dans un discours. De nouvelles formulations génèrent des items lexicaux (McIntosh & Halliday, 1966), car les mots communs sont souvent utilisés pour de multiples objectifs, alors que le terme "item lexical" capture mieux l'idée d'expressions qui se sont fixées dans le temps. Par ailleurs, la nominalisation constitue une manière d'encapsuler un item lexical.

### 5.2.2 Des mots domestiques

Avec l'arrivée d'un modèle renouvelé d'hébergement, le MSSS affirme vouloir rompre avec le CHSLD en nominalisant ce milieu de vie par des mots qui rappellent la maison

en rupture avec le milieu de soin. Rappelons ici l'acronyme CHSLD - Centre d'Hébergement de Soin Longue Durée - dont la définition met l'emphasis sur la prestation de services et de soins, et de sa distinction avec un « milieu de vie naturel » :

La mission d'un CHSLD est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage (MSSS, 2015)

Cette définition tirée de la Loi sur les services de santé et les services sociaux met davantage l'accent sur la nature des activités réalisées en CHSLD plutôt que sur la qualité et de la nature de celles-ci, alors que les gestionnaires, travailleurs sociaux et préposés aux bénéficiaires doivent satisfaire des normes de qualité en CHSLD et au contrôle d'évaluation toujours plus nombreux (Aubry & Couturier, 2018).

Le vocabulaire s'est ainsi adapté à ce milieu de vie à échelle humaine, qui se veut un milieu de vie, comme la maison. En voici quelques déclinaisons: *maisons des aînés, maisons alternatives, maisonnées, appartements*. Aussi, dans la foulée de l'inauguration des premières maisons des aînés, s'est adjoint la *Politique d'hébergement de soins de longue durée 2021-2026*, dont le slogan « *Ces lieux qui nous ressemblent* » fait référence au thème de la familiarité qu'on retrouve d'un chez-soi (*nous ressemblent*). Ce slogan invite la personne hébergée et ses proches à associer le CHSLD comme l'extension de leur domicile. Nous voyons donc ici lieu d'associer la thématique de la *maison* à une nouvelle vision du MSSS envers tous les CHSLD (*ces lieux qui nous ressemblent*) selon ces visées :

- Rallier la population autour d'une nouvelle vision de l'hébergement longue durée;
- Inviter la population à se réapproprier les CHSLD comme l'extension de la maison de la personne qui y entre;

- Inspirer la vision d'un changement organisationnel par l'arrivée de modèles innovants - les maisons des aînés et alternatives - essaimés sur l'ensemble de la province;
- Appliquer des pratiques bientraitantes en cohérence avec les orientations préconisées par la PHSSL (MSSS, 2021, p.28).

Il est intéressant de noter que les maisons des aînés et alternatives détiennent le même permis qu'un CHSLD aux yeux du MSSS. Toutefois, on note que ce nouveau modèle d'hébergement longue durée est exclu de l'appel de projets ayant pour objectif de promouvoir la bientraitance en CHSLD. En effet, lancé au printemps 2023 par le Secrétariat aux aînés, cette opportunité de soutien financier visait exclusivement les CHSLD privés conventionnés et publics dans tous les établissements du Québec. Ce critère d'admissibilité induit le fait que les maisons des aînés et alternative ont été pensés architecturalement pour que leur environnement physique favorise la pratique de bientraitance dans leur conception-même.

### **5.3 Enjeux de la bientraitance en CHSLD : l'image et les impacts**

Favoriser la mise en pratique de la bientraitance en CHSLD représente un double défi : à la fois, rétablir une opinion publique plus favorable à l'égard de ces institutions, à la fois valoriser la qualité des soins et les impacts de cette approche. Nous verrons comment les pratiques organisationnelles jouent un rôle important dans l'orientation des actions et des retombées en ce qui concerne la mise en œuvre de la bientraitance en CHSLD, ce qui contribue à façonner leur représentation. Nous nous pencherons sur les composantes d'un genre de texte spécifique - un appel de projet - afin de mettre en lumière les défis d'évaluer et de valoriser la bientraitance en CHSLD.

#### **5.3.1 Une opinion publique à redorer**

Bien que les réformes visent une meilleure efficacité administrative, la centralisation a eu des effets néfastes sur la capacité du réseau de la santé à réagir avec agilité lors de la

pandémie. Conséquemment, le système de santé publique se retrouve aujourd’hui dans l’urgence de promouvoir les valeurs de bientraitance en centre d’hébergement longue durée auprès de la population pour redorer l’image des CHSLD et donner suite aux effets négatifs de la pandémie sur ces institutions. En guise de rappel, en plein cœur de la pandémie, les médias rapportaient des cas de maltraitance organisationnelle en centres d’hébergement longue durée tant dans les secteurs privés que publics, de sorte que ces milieux de vie ont été la proie d’une critique généralisée de la population, alimentée par de mauvaises nouvelles sur la sphère publique, comme le témoigne Marguerite Blais, ministre responsable des aînés et des proches aidants lors d’un point de presse en août 2020

Les CHSLD et les résidences pour aînés ont été notre talon d’Achille dans la gestion de la crise. (...) Pour moi, il est absolument nécessaire que cette pandémie serve à quelque chose et que comme société, on en sorte grandi. On le doit aux victimes et on le doit aussi à nos aînés (Lévesque & Pilon-Larose, 2020).

Tel que vu dans le chapitre 1, ce sont près de 20 000 des 36 500 décès liés à la COVID qui sont survenus dans les CHSLD canadiens, ce qui représente un record à l’échelle mondiale (Scott, 2022).

### **5.3.2 Difficultés à mesurer les impacts de la bientraitance en CHSLD**

Devant le constat que l’image publique des CHSLD est défavorable, et que la confiance du public à l’égard du gouvernement est à regagner en ce qui a trait la gestion du milieu de l’hébergement longue durée pour les aînés, des actions concrètes doivent être déployées pour renverser la vapeur.

L’appel de projets intitulé « *Soutien à la réalisation de projets visant la création d’environnements favorables à la bientraitance en CHSLD* » paru en 2022 pourrait être considéré comme un moyen de mobiliser les gestionnaires et leurs équipes à adopter des meilleures pratiques en matière de bientraitance dans leurs milieux de vie, puisque ce genre de texte rencontre les trois axes créateurs de sens selon Fairclough (Fairclough, 2003, p.28. Tel que le présente la Figure 7, on retrouve les axes de la représentation, de l’action et de l’identification dans l’appel de projets :

- La représentation : ce qui réfère à la connaissance et ce qui pourrait exercer du pouvoir sur les choses;
- L'action : ce qui a trait aux relations entre les personnes, et des actions réalisées les uns par rapport aux autres;
- L'identification : ce qui a trait à la relation entre l'individu et la morale, ou encore, sa manière de se positionner face aux choses, aux événements selon son expérience et son rapport à ces choses, ces événements.

Dans le cas précis de cet appel de projets, nulle particularité ne le distingue par rapport à un autre. Nous retrouvons les mêmes sections-types en table des matières : 1) *contexte* ; 2) *objectifs* ; 3) *conditions d'admissibilité* ; 4) *critères de sélection* ; 5) *financement* ; 6) *modalités de versements et suivis de projets* ; 7) *rôles et responsabilités* ; 8) *échéancier et modalités* (MSSS, 2023a).

Des sections à remplir sont fournies en annexes dédiés à être complétés: *formulaire de dépôt de projet* ; *fiche de projet* ; *prévisions budgétaires de projet*. Ce qui se distingue davantage, ce sont l'annexe D qui reprend les principes fondateurs de la bientraitance : *définition, distinction et principes de la bientraitance*, ainsi que l'annexe E qui propose un *exemple fictif de projet*. Ce genre de texte joue un rôle stratégique dans la chaîne de textes institutionnels. Malgré son caractère pratique, il agit comme genre de gouvernance pour orienter les opérations à venir afin qu'elles soient standardisées sur la base des mêmes critères tant à l'échelle locale, régionale que nationale. De sorte que tous les CHSLD sont en mesure de proposer un projet selon leur réalité propre puisqu'ils se reconnaissent à travers ce texte et peuvent ainsi projeter leur vision sur papier. (Fairclough, 2003, p. 32).

Parmi les éléments pratiques du document, nous retrouvons la présence d'un tableau qui permet de planifier la réalisation d'objectifs « SMART » afin d'évaluer les retombées des opérations selon des échéanciers. Ce tableau exige de décliner des objectifs qui mèneront à déterminer des stratégies (à utiliser) pour réaliser des livrables, en collaboration avec les parties prenantes, selon des indicateurs de suivis pour des cibles

visées. L'appel de projets, tel qu'il est conçu, intègre un haut niveau de précision afin d'orienter toutes les propositions dans un cadre défini. Par cette approche, il ne se limite pas à être un simple outil de planification, mais devient également un instrument de contrôle permettant de suivre l'avancement des projets selon les intentions initiales. Cet aspect facilite ainsi les suivis exigés par le MSSS auprès des établissements fiduciaires de projets.

L'inclusion d'un tableau à objectifs « SMART » dans l'appel de projets rappelle l'omniprésence des grilles et formulaires que les gestionnaires doivent systématiquement remplir dans le cadre de leurs fonctions sur une base quotidienne. Bien que ces outils soient pratiques et adaptés pour répertorier, mesurer et évaluer des activités quotidiennes, ils rencontrent des limites lorsqu'il s'agit d'évaluer des impacts qualitatifs, particulièrement en matière de bientraitance. L'approche SMART constitue un outil rigide et peu adapté pour rendre compte des dimensions plus subjectives et relationnelles de la bientraitance (Sull & Sull, 2018).

Tel que relevé par des témoignages de gestionnaires, il semble que cet outil stratégique soit limité, voire, obsolète pour donner des orientations à des pratiques de bientraitance dans le milieu de l'hébergement, dans un contexte où le MSSS cherche à promouvoir une nouvelle philosophie de soin qui demande d'adapter le cadre du travail au rythme des résidents, et non l'inverse : « *Quand on parle de bio, c'est facile, c'est quantitatif. Mais comment on traduit le psychosocial en quantitatif ? Parce que c'est le quantitatif qui amène l'argent ! [...] Comment on peut [sic] mesurer ça ?* <sup>3</sup> ».

À la lumière de ce témoignage, les outils de contrôle utilisés pour évaluer les effets qualitatifs de la bientraitance semblent inadaptés pour mesurer concrètement les retombées des actions réalisées. Par conséquent, s'il est difficile de faire valoir les impacts positifs des actions bientraitantes au MSSS au même titre que les activités de soins, la culture de bientraitance au sein des milieux de vie et du personnel en général risque d'être difficile à ancrer dans une culture institutionnelle qui mise sur l'efficacité.

---

<sup>3</sup> Témoignage Gestionnaire #11

## **5.4 Hébergement longue durée : un secteur fragilisé par les réformes**

Fragilisé par la succession des réformes en santé et les effets néfastes de la pandémie, le gouvernement se retrouve devant un constat : le secteur de l'hébergement de soins longue durée doit se relever. Nous analyserons au niveau thématique en quoi le contexte sociohistorique a impacté le rôle du gestionnaire en CHSLD, notamment sur la notion d'imputabilité liée à la bientraitance des personnes hébergées.

### **5.4.1 Le secteur de l'hébergement longue durée démolí**

La réforme, mise en place par le ministre de la Santé Gaétan Barrette en 2015 avec l'adoption de la Loi 10, a eu des effets marqués sur le système de santé québécois, particulièrement dans le milieu de l'hébergement. Les nombreux changements organisationnels qui ont été opérés visaient à réaliser des économies d'échelle notamment par la centralisation et la restructuration des établissements de santé.

D'une part, la fusion des établissements de santé en CISSS et CIUSSS a remplacé les agences de santé régionales et a contribué à réduire le service de proximité sur l'ensemble de la province. En effet, les CHSLD ont perdu leur autonomie à l'échelle locale, conséquence de la centralisation des établissements. Par conséquent, une augmentation de la bureaucratisation s'est fait ressentir dans le milieu de l'hébergement par une augmentation de la standardisation des pratiques de soin, sans égard aux réalités propres à tous les milieux de vie de la province. D'autre part, la réorganisation du réseau de la santé a entraîné des coupes budgétaires importantes et a contribué à la diminution des ressources humaines. Aussi, la constante hausse de la demande due au vieillissement de la population en contexte de pénurie de main d'œuvre a contribué à pressuriser les équipes de travail jusqu'à les fragiliser.

Bien que la réforme visât une meilleure efficacité administrative, la centralisation a eu des effets néfastes sur la capacité du réseau de la santé à réagir avec agilité lors de la pandémie. Le gouvernement doit reconstruire un nouveau paradigme concernant les CHSLD pour regagner la sympathie d'une population ayant vécu dans un climat d'hostilité pendant plus d'une décennie.

#### 5.4.2 Un manque d'imputabilité dans les CHSLD

À la suite des tragédies vécues dans les CHSLD Herron et Saint-Dorothée en 2020, des rapports d'enquête externes ont été présentés à la ministre de la Santé et des services sociaux de l'époque, Mme Danielle McCann, pour faire la lumière sur les causes qui ont menées au décès d'un nombre exceptionnel d'aînés vulnérables. De ce rapport, un des constats qui fut révélé au grand jour - et qui fit couler beaucoup d'encre dans la sphère médiatique - était l'absence d'un gestionnaire imputable dans ces CHSLD.

Forcé d'admettre cette défaillance, le premier ministre François Legault fixe l'objectif que chaque CHSLD ait son propre patron dans le cadre de son plan d'action en anticipation d'une 2e vague pandémique. Lors de ce point de presse du 18 août 2020, on annonça que chaque CHSLD de la province devait avoir un « gestionnaire responsable » en date du 30 septembre 2020. Le ministère de la santé et des services sociaux indique de quoi il en retournera :

Assurer l'organisation, la planification, le contrôle, l'évaluation, la qualité et l'harmonisation des activités, assumer la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles sous sa responsabilité en collaboration avec les chefs d'unité et assumer l'imputabilité des mandats qui lui sont confiés (Gerbet, 2020).

Lors de cette allocution, le ministre Christian Dubé mentionne qu'il est obligatoire pour les gestionnaires en CHSLD d'accéder aux ressources pour leur donner le pouvoir d'agir, et que le plan d'action constitue un moyen d'y arriver :

Pour être imputable, (...) [il faut] s'assurer que les gens ont les ressources et les moyens pour agir dans ce qu'on leur demande de faire (...). On est arrivé dans la pandémie avec peu de ressources, un système fragilisé. Il est excessivement difficile de rendre les gens imputables quand ils n'ont pas les ressources pour agir. (...) Avec le plan d'action qui est présenté aujourd'hui, on donne les moyens à nos gestionnaires et aux élus de travailler avec les bons outils (Gerbet, 2020).

L'annonce de ce plan d'action comme un moyen donné aux gestionnaires et aux élus pour travailler soulève des questions. Est-ce qu'un plan d'action constitue une « *ressource pour agir* » pour concrétiser des actions en véritables retombées ? Bien que la

sortie du plan d'actions établisse une structure sur laquelle s'appuyer, celle-ci reste théorique tant que les ressources (matérielles, financières et humaines) ne sont pas mises à disposition des personnes qui pilotent ce plan. Dubé utilise le sens qu'on attribue au mot *ressource* en parlant du *plan d'action* lorsqu'il dit que le gouvernement donne les « *moyens à nos gestionnaires et aux élus de travailler avec les bons outils* » (Gerbet, 2020). En effet, un plan d'action est un point de départ, une carte qui recense des actions stratégiques à réaliser, mais ne constitue pas une ressource matérielle, financière ou humaine à utiliser pour atteindre des cibles. Si l'État ne fait pas de l'hébergement sa priorité ministérielle en y injectant les sommes nécessaires pour veiller à l'intégration de ressources supplémentaires afin de répondre à la demande de ce secteur, le défi d'assumer la responsabilité du CHSLD par le gestionnaire demeure grand.

## 5.5 Valoriser les bonnes pratiques en matière de bientraitance

Le MSSS utilise maintes stratégies discursives pour recadrer la conversation autour des CHSLD et regagner la sympathie de la population à l'égard de sa capacité à améliorer la qualité de vie des aînés les plus vulnérables. Nous aborderons l'analyse des éléments en deux volets. D'une part, nous verrons au niveau thématique comment le MSSS redéfinit un nouveau cadre de référence en matière de bientraitance et mobilise les acteurs du milieu pour le faire. D'autre part, nous analyserons au niveau énonciatif comment l'utilisation du communiqué de presse a pu influencer le positionnement de l'État face à la bientraitance en CHSLD, et façonner le discours en découlant.

### 5.5.1 Construire une nouvelle base de référence

Dans le contexte de la sortie de la pandémie et des communications médiatisées du gouvernement à la population, un autre type de discours s'est ajouté : celui des cadres normatifs. En effet, une série de documents de référence s'est succédée après la sortie du plan d'action de 2020 comme un défraiement de textes stratégiques. Ils agissent pour asseoir les barèmes de contrôle qui régissent les soins et services destinés aux personnes hébergées en institution.

En l'espace de quatre (4) ans, un renouvellement important de documents orienteurs ont été générés au MSSS. Ces derniers relèvent tous des principes de mise en pratique de la bientraitance en hébergement longue durée envers les aînés. Ces textes sont recensés dans ce tableau :

**Tableau 14 : Liste de genres de textes au sujet de la bientraitance au Québec publiés par le MSSS entre 2020 et 2024**

Date de parution	Type de texte	Titre du texte	Les Voix des textes
Août 2020	Plan d'action	COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague	DSPA
Avril 2021	Politique	Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée : Des milieux de vie qui nous ressemblent 2021-2026	DSAPA
Avril 2021	Politique	Politique nationale pour les personnes proches aidantes : Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement	MSSS
Mai 2022	Plan d'action	Le Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026: Pour le mieux-être des personnes hébergées	DSAPA
Juin 2022	Plan d'action	Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2022-2027 : Reconnaître et agir ensemble	MSSS
Mars 2023	Cadre de référence	Favoriser la bientraitance envers toute personne aînée, dans tous les milieux et tous les contextes	MSSS
Avril 2023	Appel à projets	Soutien à la réalisation de projets visant la création d'environnements favorables à la bientraitance en CHSLD	MSSS
Février 2024	Cadre de référence	L'approche intégrée de proximité pour les personnes aînées	MSSS
Novembre 2024	Cadre de référence	Reconnaître les personnes proches aidantes comme partenaires pour mieux les soutenir	RSSS

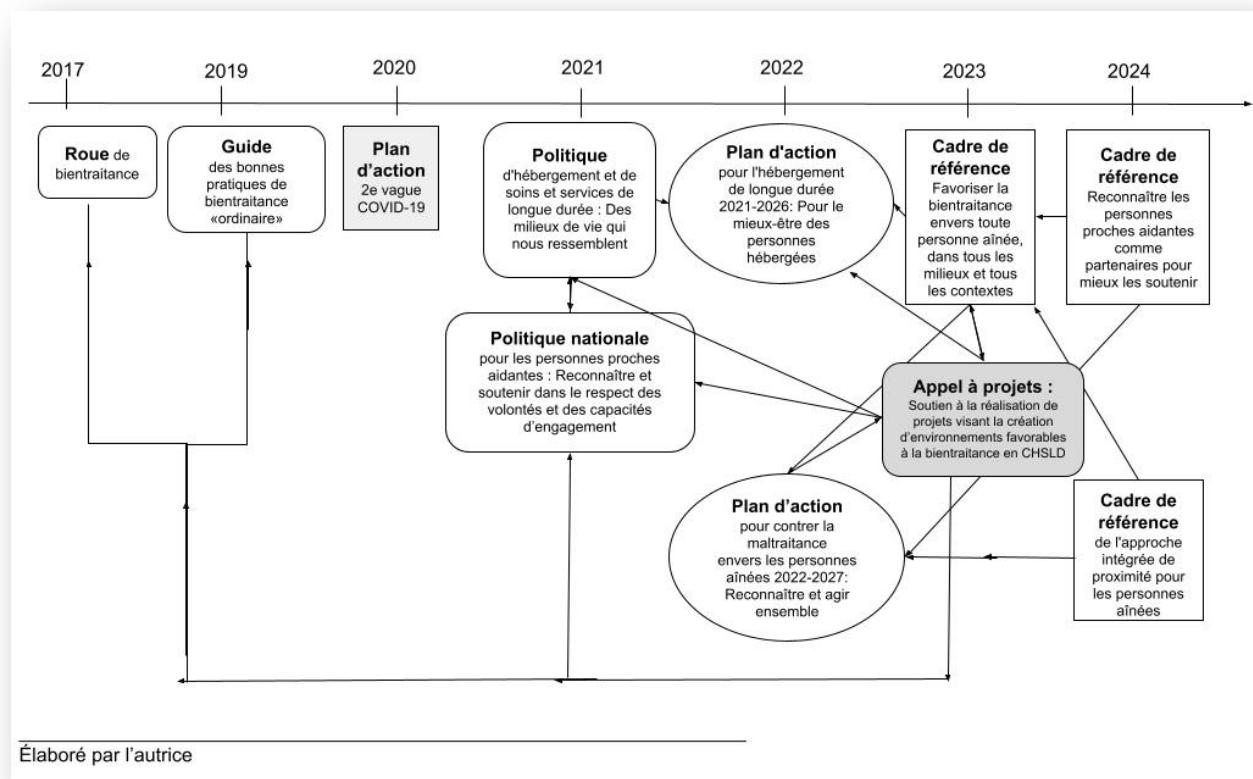
Élaboré par l'autrice

Ces types de textes se différencient par leur nature, leur orientation et leur contenu bien qu'ils soient tous interreliés. Alors que, la politique constitue le texte qui oriente les stratégies d'action à long terme sur une thématique donnée, le plan d'action quant à lui décline ces orientations en objectifs spécifiques, desquels découlent des actions à déployer à court et moyen termes, précisant les porteurs de ballon, les échéanciers et les

résultats attendus. Quant au cadre de référence, celui-ci agit comme feuille de route dont la fonction première des lignes directrices et des normes sur lesquelles des actions sont basées pour assurer leurs modes d'opération et en évaluer leurs impacts.

Certaines sections de l'appel de projet donnent la possibilité d'accéder à des hyperliens menant à d'autres textes comme le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées: Reconnaître et agir ensemble*, dans la section « Contexte », ou encore au cadre de référence *Favoriser la bientraitance envers toute personne aînée, dans tous les milieux et tous les contextes* dans la section liés aux « Objectifs ». En somme, une diversité de relations dialectiques se crée par le fait que le cadre de référence agit comme carrefour d'informations, tel qu'illustré par ce schéma :

**Figure 9 : Chaîne de genres de textes faisant la promotion de la bientraitance**



Comme le gouvernement Legault a été l'objet de nombreuses critiques à l'égard de sa capacité à gérer les CHSLD en temps de pandémie, la diffusion quasi-simultanée du cadre de référence et de l'appel à projets en 2023 visant la prévention et la promotion de la bientraitance agissent comme genre promotionnel de gouvernance. Cette abondance de textes normatifs semble également jouer un rôle stratégique en « vendant » l'idée de la bientraitance comme une manière de réaffirmer l'autorité du gouvernement et de regagner la crédibilité fragilisée à l'opinion publique (Fairclough, 2003).

### **5.5.2 Coconstruire avec les acteurs du milieu**

Selon le sociologue Jean-Daniel Reynaud, la construction d'un principe qui vise à acquérir une légitimité sociale est nécessaire lorsque des normes sont appliquées avec leur lot de contraintes, sans quoi, cela contribuera à générer de l'instabilité (Reynaud, 1989). Ces propos rappellent ceux de Durkheim, et prolongés par Metzeger, qui stipule qu'il ne suffit pas qu'une règle soit obligatoire pour qu'on s'y plie. Ce besoin de construire une légitimité résulte d'un rapport entre la règle et le projet auquel il est lié, ce qui tend à favoriser l'efficacité (adhésion) et la durabilité (dans le temps) de ces règles (Metzeger, 2000). En ce sens, Metzeger présente trois manières dont l'accord légitime pourrait être conçu. Premièrement, l'accord légitime doit être fondé sur la base de la croyance. Deuxièmement, une forme d'accompagnement coercitif - un alignement guidé - qui appuie la conviction en cette croyance. D'ailleurs, cette approche mène parfois à renforcer le lien social en petits groupes, ce qui tend parfois à les diviser et à les subordonner les uns par rapport aux autres, notamment si ces subdivisions ont été émises par ceux et celles qui ont initié la norme. Troisièmement, par une illusion de la croyance, fruit de manipulations discursives et communicationnelles. (Metzeger, 2000, p. 179).

#### **5.5.2.1 Le Cadre de référence**

La production du cadre de référence en bientraitance *Favoriser la bientraitance envers toute personne aînée, dans tous les milieux et tous les contextes*, agit notamment comme

manifestation d'un accord légitime. En effet, fruit d'un acte concerté, on dénote combien cet outil représente la conciliation de plusieurs acteurs, indicateurs et visions, et qu'il encapsule les éléments inhérents à un nouveau système de valeurs et de croyances sur lequel une chaîne de genres de textes pourra interagir. Pour illustrer cette convergence des voix, voici la liste des contributeurs à la création de ce document-phare en matière de bientraitance :

**Tableau 15 : Contributeurs à l'élaboration du cadre de référence  
Favoriser la bientraitance envers toute personne aîné, dans tous les milieux et  
tous les contextes (MSSS, 2023)**

Rôles	Acteurs du milieu mis à contribution	Provenance des contributeurs
Direction des travaux	Sous-ministre adjoint de la Direction générale des aînés et des proches aidants	Direction du Secrétariat aux aînés Direction de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance
Coordination, recherche et rédaction	Conseiller en promotion de la bientraitance	Direction générale des aînés et des proches aidants – Secrétariat aux aînés
Collaboration	Coordonnatrices régionales spécialisées en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées	CISSS Bas-Saint-Laurent; CISSS de la Gaspésie; CISSS Chaudière-Appalaches; CISSS des Laurentides ; CISSS de l'Estrie.
	Coordonnatrice provinciale spécialisée en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées d'expression anglaise et de communautés culturelle	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
	Coordonnatrice provinciale spécialisée en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées des Premières Nations	n/d
Collaborations spéciales (membres de comité de terminologie)	Professeure et titulaire de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées de l'université de Sherbrooke;	Université de Sherbrooke, Université Laval ; Conférence des tables régionales de concertation des aînés du Québec ; Direction des services aux aînés et aux proches aidants du MSSS; Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).
	Présidente de la Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec	
	Conseillers en lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées	
	Directrice de programmes 1er cycle en travail social et Professeure titulaire à l'école de travail social et de criminologie de l'université Laval	
	Conseillère experte et adjointe exécutive	
	Médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive	

Élaboré par l'autrice

Le cadre de référence du MSSS dédié à la bientraitance a consacré un chapitre à la création d'environnements favorables à la bientraitance pour les aînés dans la section dédiée à *Favoriser une culture de bientraitance*. Ce chapitre distingue quatre (4) types

d'environnements dans lesquels des stratégies d'actions peuvent être déployées selon ces différents contextes. Un d'entre eux concerne les milieux de vie alternatifs. Les principaux milieux de vie qui sont visés sont les centres d'hébergement de soins longue durée (CHSLD), les maisons des aînés (MDA), les maisons alternatives (MA) ainsi que les ressources intermédiaires (RI).

On y mentionne que les pratiques favorisant la bientraitance en milieu collectif peuvent être inspirées d'initiatives et d'approches déjà existantes en milieux de vie, telles que l'AMV, l'Approche relationnelle de soins (ARS), le réseau Planetree et l'approche CARPE DIEM. Ces approches rencontrent déjà les principes de la bientraitance, mais pourraient être bonifiées à certains égards pour assurer de :

- Offrir une opportunité à la personne hébergée, et ce, en collaboration avec leurs proches et l'ensemble du personnel, de mettre à jour ses besoins en constante évolution;
- Valoriser et célébrer les bonnes pratiques bientraitantes pour développer et contribuer au renouvellement de la culture de bientraitance en milieu de vie alternatif. (MSSS, 2023b)

Parmi les liens utiles auxquels le cadre de référence renvoie, nous retrouvons « *La Roue de l'approche relationnelle : une approche de bientraitance en CHSLD* » découlant du 5e Forum des partenaires pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées (Pelletier et al., 2016). Cet outil découle d'une démarche participative ralliant des représentants des résidents, des familles, des employés, des bénévoles, des professionnels cliniques, du milieu universitaire ainsi que des coordonnateurs, chefs de services et chefs d'unités tous rattachés à l'établissement du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Il vise à mettre en valeur l'importance entre le soignant et la personne soignée pour inspirer des actions et des comportements attendus bientraitants des intervenants selon un modèle - la roue - qui incite au mouvement et au développement en continu. *La Roue de l'approche relationnelle* est un outil pragmatique pouvant être affiché dans le

milieu de vie et utilisé par tous les acteurs du milieu - à la manière d'une roue de fortune. Elle a été conçue pour soutenir une diversité d'activités au quotidien, telles que :

- L'intégration au processus d'accueil des résidents, et l'orientation des équipes de soin, des équipes interdisciplinaires et des bénévoles;
- L'évaluation du rendement pour les employés;
- L'alimentation et l'organisation des repas;
- L'accompagnement en soins palliatifs et fin de vie;
- La vulgarisation en cas de processus disciplinaire;
- Les discussions en rencontres d'équipe.

Les résultats à son utilisation qui ont été relevés dans le cadre de cette recherche clinique au CIUSSS de L'Est-de-l'Île de Montréal ont démontré qu'il incite à la mobilisation de tous les acteurs autour d'une volonté commune : celle de favoriser la bientraitance en CHSLD. Elle a aussi fait la preuve que ce dispositif rend possible l'intervention concertée auprès des aînés vulnérables via un levier positif pour contrer la maltraitance.

#### **5.5.2.2 Le Guide des pratiques de la bientraitance « ordinaire »**

La création d'un guide pratique a été conçu des suites d'un travail de recherche réalisé par Sophie Éthier et son équipe intitulé : « *Démarche de mise en valeur des pratiques de bientraitance “ordinaire” en milieu d'hébergement au Québec : un travail de mobilisation de tous les acteurs concernés* ». Le « *Guide pratique de cette démarche* » est d'ailleurs cité et mis en référence dans le cadre de référence via un lien pour faciliter son accès, principalement destiné aux gestionnaires des milieux de vie en hébergement. On y retrouve entre autres des activités à déployer au sein même des CHSLD pour tenter de rallier les différents acteurs du milieu de vie (personnes hébergées, proches-aidants, entourage, employés et gestionnaires) à s'approprier les principes de bientraitance et de mieux comprendre ce qu'elle engage. En voici deux (2) exemples (Éthier et al., 2021).

- Le World Café : Cette étape de concertation est essentielle pour que toutes les parties prenantes puissent mieux saisir les obstacles ainsi que les conditions de

réussite à la mise en œuvre de la bientraitance. Sous forme de discussions dirigées en petits groupes, cette approche permet de faire émerger des stratégies d'actions structurantes pour favoriser la mise en pratique de la bientraitance en prenant compte de la réalité propre à toutes les parties prenantes.

- Le cercle de bientraitance : Une fois les données recueillies à la suite du World Café, le guide propose la création d'un cercle (comité) bientraitance composé d'un plus petit nombre de personnes représentant le milieu de vie (personne hébergée, proche, employé, gestionnaire). Ce comité vise à planter des stratégies d'action à déployer dans le milieu de vie.

Le milieu de vie agit également comme représentation d'un espace-temps où *faire vivre* la bientraitance, selon une approche, une philosophie et un historique. Il représente également le résultat d'une lignée d'événements sociaux (réformes, débats, crise) dans le monde de l'hébergement, et se voit être l'objet d'une transformation au fil de son évolution à travers une chaîne de textes normatifs qui témoignent de son passage sur la ligne du temps, et sur diverses échelles (Fairclough, 2003, p.151).

### **5.5.3 Un communiqué de presse pour rétablir la confiance du public**

Près d'un an après le lancement d'un appel de projets destinés aux CHSLD, le Cabinet de la ministre responsable des aînés et ministre déléguée à la santé, Mme Sonia Bélanger, annonce les impacts d'investissements en CHSLD dans un communiqué de presse intitulé : « *Promotion de la bientraitance envers les personnes aînées en CHSLD : 1,2 million \$ pour soutenir 17 projets dans plus de 150 CHSLD au Québec* ». Le communiqué de presse agit comme un genre promotionnel dont la fonction est non seulement de mettre de l'avant des faits, mais également de rappeler les valeurs promues qui sous-tendent les propos relevés, telles que présentés dans le tableau ci-bas:

**Tableau 16 : Démonstration de la valorisation de la bientraitance en CHSLD dans un communiqué de presse produit par le MSSS en avril 2024**

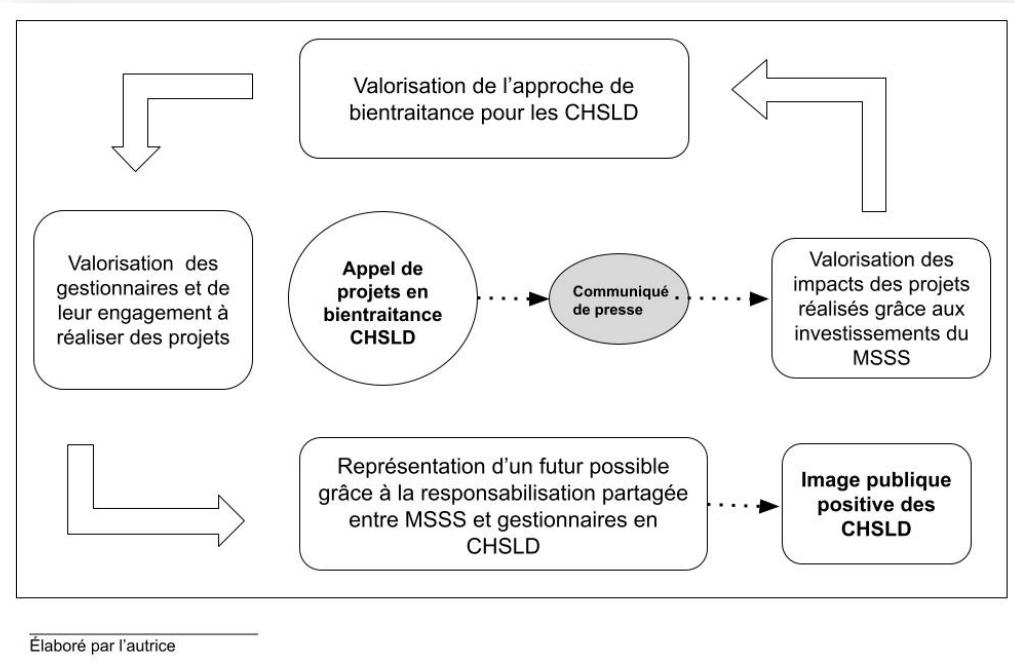
Effets discursifs	Outils discursifs	Citations du communiqué de presse
Valorisation des impacts quantitatifs	Culture promotionnelle	« <u>1,2 million \$ pour soutenir 17 projets dans plus de 150 CHSLD au Québec</u> »
	Affirmation évaluative	« <u>J'ai à cœur de développer cette approche de la bientraitance au sein de notre réseau d'hébergement</u> »
	Modalité épistémique	« <u>Il s'agit d'une approche positive</u> , qui fait la promotion d'attitudes et de comportements bientraitants et respectueux des choix et des préférences des personnes hébergées. »
Responsabilité partagée	Modalité déontique	« Pour moi, <u>cela représente un levier complémentaire à la lutte contre la maltraitance que nous menons déjà</u> [...] »
	Hypothèse de ce qui pourrait exister (assumption)	« Pour moi, <u>cela [soutien financier] représente un levier complémentaire [...] qui peut contribuer à prévenir des situations inacceptables.</u> »
	Métaphore de la «construction»	« Je les [CHSLD] <u>remercie de bâtir ainsi avec nous</u> [...] »
Valorisation des gestionnaires	Affirmation explicitement évaluée positive	« <u>Je félicite</u> les CHSLD qui ont décidé d'aller dans cette direction. »
Valorisation d'un futur possible	Représentation d'un espace-temps	« <u>bâtir ainsi avec nous un climat de confiance envers nos milieux de vie</u> pour les années à venir. »

Élaboré par l'autrice

En mettant en avant les investissements et les retombées des actions du MSSS pour les CHSLD à travers des données chiffrées, le communiqué de presse adopte une approche promotionnelle. Il semble ainsi refléter une volonté gouvernementale de démontrer son efficacité et son pouvoir d'action (Fairclough, 2003, p.113). Le MSSS présente avec

optimisme et assurance l'approche de bientraitance, non seulement en soulignant son importance, mais aussi en insistant sur la nécessité d'y contribuer activement, notamment par le financement. En évoquant cet appel de projets, Mme Bélanger met en avant l'engagement du MSSS dans la lutte contre la maltraitance. Cependant, elle adopte une perspective inclusive qui implique que cette responsabilité est partagée entre les différents acteurs du milieu. Par ailleurs, le soutien financier est présenté comme un levier pouvant renforcer cette lutte, à condition d'être accompagné d'autres mesures complémentaires. De plus, en saluant les initiatives des gestionnaires ayant soumis des projets, le MSSS affirme partager leurs valeurs et leur vision en matière de bientraitance dans les CHSLD. Enfin, la métaphore de la « construction » illustre la volonté du MSSS de reconstruire l'image du secteur de l'hébergement. Cette métaphore semble reconnaître une fragilisation non seulement des structures, mais aussi de la confiance du public. Elle suggère également que le ministère souhaite s'approprier ce processus de transformation pour en faire un changement significatif et cohérent pour tous. La ministre se fait ainsi la porte-voix du gouvernement pour alimenter un discours qui vise à engager des acteurs-clés (les gestionnaires) au partage de responsabilité de la mise en pratique d'un nouveau paradigme de soins (la bientraitance) et qui, si les résultats et les retombées en fait la preuve, contribuera à changer l'image des CHSLD sur la sphère publique. Voici un schéma qui en fait la conceptualisation:

**Figure 10: Mécanisme discursif visant à bâtir une image positive des CHSLD**



Bien que le discours institutionnel du MSSS ait pour objectif d'encadrer et de promouvoir la bientraitance dans les CHSLD à travers des directives et des outils spécifiques, nous observons comment ce discours se confronte à la réalité du terrain. En effet, les gestionnaires, au cœur de la mise en œuvre des politiques publiques, jouent un rôle-clé dans l'adaptation des principes de bientraitance aux défis organisationnels et aux contraintes locales. Dans cette section, nous nous pencherons sur les conceptions de la bientraitance selon les gestionnaires, en mettant en lumière les défis qu'ils rencontrent, les freins qu'ils identifient et les leviers qu'ils jugent essentiels pour intégrer efficacement la bientraitance dans leurs pratiques quotidiennes.

## 5.6 La « construction du soi » chez les gestionnaires

Dans cette perspective de changement organisationnel dans le milieu de l'hébergement, nous avons observé que la manière dont les gestionnaires abordent la nouvelle philosophie de soins - la culture de bientraitance - était particulièrement marquée. Nous

observons que ce discours joue un rôle dans la construction et l'appropriation de ce nouveau paradigme. Nous mettons ici en lumière comment les stratégies discursives ont pu contribuer à forger leur identité et leur positionnement en tant que gestionnaires en CHSLD.

Afin de rendre compte du discours des gestionnaires sur leur capacité à mettre en pratique les principes de bientraitance en CHSLD, nous observons que l'identité du gestionnaire en CHSLD est le fruit d'une « construction du soi » (construction of the self). Basée sur les travaux de Norman Fairclough, nous présenterons comment le langage et le discours contribuent conjointement à former les identités personnelles et sociales des gestionnaires dans le contexte dans lequel évolue le monde de l'hébergement longue durée dans le réseau de santé. Pour ce faire, nous analyserons au niveau énonciatif le concept de l'*ethos* se définissant d'une part comme un ensemble des traits distinctifs d'un groupe, d'autre part, comme une image que l'on se donne à soi-même à travers le discours manifesté notamment par les comportements individuels et collectifs.

### **5.6.1 L'*ethos* des gestionnaires**

Pour Foucault, l'*ethos* observé sous le regard de l'analyse sociale du discours propose une vision où les sujets parlants vivent les effets des structures de pouvoir qui les traversent, et influencent inévitablement leur façon de parler. Selon lui, l'*ethos* est donc le résultat d'une construction sociale, issue d'événements sociaux qui façonne le discours de ces individus dans des contextes spécifiques et contribuent à forger leur identité et leur rapport à la vérité (Fairclough, 1992, p.55). En effet, l'image d'un gestionnaire responsable, engagé et compétent s'est révélée dans l'analyse du discours. Cette image - que les gestionnaires se donnent à eux-mêmes - fait écho dans le discours institutionnel à la création d'un nouveau poste - le *gestionnaire-responsable* - comme figure imputable à faire vivre la bientraitance en CHSLD. Cette illustration présente sommairement les trois (3) facettes de l'*ethos* du gestionnaire-responsable :

Tableau 17 : Les trois (3) facettes de l'ethos du gestionnaire en CHSLD

Effets discursifs	Outils discursifs	Exemples
Gestionnaire responsable	Représentation des acteurs sociaux. Actif / Spécifique/ Pronom (nous)	« <i>Ça part de nous [gestionnaires] en premier. Nous autres là, on est la base.</i> »
	Représentation des acteurs sociaux. Actif / Pronom (nous) / Rôle grammatical	« <i>C'est à nous, tous les jours, par nos actions, par nos paroles, que ça va changer les choses.</i> »
Gestionnaire engagé	Affirmation évaluative positive	« <i>Tous les directeurs et directeurs adjoints sont vendus à la cause de la bientraitance.</i> »
Gestionnaire autoritaire ( <i>agency</i> )	Représentation des acteurs sociaux. Actif / Pronom (nous) / Rôle grammatical	« <i>Il faut toujours la rappeler. [...] Tu ne peux pas dire "je l'ai atteint, c'est beau. Bye. Je n'y touche plus". Ça restera pas. Il faut la faire vivre.</i> »

Élaboré par l'autrice

### 5.6.2 Le gestionnaire responsable

Un des patrons discursifs ayant été identifiés dans le travail d'analyse constitue la représentation des gestionnaires qu'ils ont d'eux-mêmes comme acteurs sociaux actifs dans le contexte de promotion de la bientraitance en CHSLD. Cet extrait le présente bien : « *Ça part de nous [gestionnaires] en premier. Nous autres là, on est la base* »<sup>4</sup>. Voici les éléments qui illustrent le fait que les gestionnaires soient représentés comme des acteurs sociaux.

Dans un premier temps, la présence du pronom « *nous* » renforce l'aspect participatif des gestionnaires dans le déploiement de « *ça* », qui réfère à l'application de la bientraitance en CHSLD - et que l'on attribue à un changement des pratiques - qui est discuté au fil de

<sup>4</sup> Témoignage Gestionnaire #3

cet échange en trame de fond (*backgrounding*). (Fairclough, p.145). De plus, le pronom composé « *nous autres* » marque également une distinction, voire une opposition, entre les personnes qui parlent [les gestionnaires] et les autres. Ainsi, « *nous* » cherche à rallier les acteurs sociaux d'appartenance à une même classe, et à écarter les autres acteurs sociaux exclus dans l'échange, mais faisant partie de l'écosystème du milieu d'hébergement, par exemple les directeurs, les professionnels, les PAB et autres prestataires de service.

Dans un second temps, un rôle grammatical est attribué aux gestionnaires par le fait qu'ils se perçoivent comme étant les initiateurs du mouvement : « *Ça part de nous (...) en premier* ». Ce rôle s'incarne même par la nominalisation « *Nous, on est la base* » (Fairclough, p.145). Aussi, le rôle grammatical (énumération et l'explication) des gestionnaires est également représenté comme étant des agents de changement comme l'illustre cet autre extrait : « *C'est à nous, tous les jours, par nos actions, par nos paroles, que ça va changer les choses* ».

La responsabilisation des gestionnaires, mise en lumière par leur rôle d'initiateurs et d'acteurs centraux dans le changement des pratiques ouvre ainsi la voie à une autre dimension : celle de l'engagement, où leur adhésion sur le plan des valeurs devient un levier essentiel pour incarner et pérenniser la culture de bientraitance dans le réseau de la santé.

### **5.6.3 Le gestionnaire engagé**

Parmi les énoncés du discours qui contribuent à construire l'image des gestionnaires, nous relevons la manifestation de modalités déontiques qui illustrent combien le niveau d'engagement de ces acteurs sociaux est élevé et essentiel pour assurer la réussite de ce changement dans le contexte organisationnel du réseau de la santé, tel que présenté par cet extrait : « *Dans un système hiérarchique, il faut que le gestionnaire y croit [...] il*

*faut absolument que le gestionnaire embarque, puis qu'il y croit pour vrai* <sup>5</sup>». Voici les éléments qui illustrent ces modalités.

D'abord, l'utilisation du verbe impersonnel « falloir » au subjonctif présent souligne la nécessité du gestionnaire à se commettre face à la situation : « *il faut que le gestionnaire y [le changement] croit (...), il faut que le gestionnaire embarque* ». De plus, la présence de l'adverbe modal « *il faut absolument* » renforce la position des gestionnaires face à leur obligation, et souligne combien cette entreprise représente la seule véritable voie au succès du changement souhaité.

Un second extrait met en évidence le niveau d'engagement élevé des gestionnaires face à leur rôle dans l'expérience du changement d'approche de soin en hébergement : « *Tous les directeurs et directeurs adjoints sont vendus à la cause de la bientraitance*<sup>6</sup> ». Cet énoncé représente une affirmation évaluative à l'égard de la bientraitance qui est positive. Celle-ci est également présentée de manière explicite par le fait que le verbe « *vendre* » intègre l'attribut « *être* » : « *Tous les directeurs et directeurs adjoints sont vendus à la cause de la bientraitance* <sup>7</sup> ». Cette expression figurative « *être vendu à une idée, un concept* » signifie qu'une personne est totalement convaincue par quelque chose, qu'elle l'accepte pleinement ou qu'elle y adhère sans réserve. De ce fait, l'on peut prétendre qu'une culture favorable à la bientraitance telle que présentée par le gouvernement fait l'adhésion des directeurs et directeurs adjoints - eux-mêmes gestionnaires - ainsi qu'à leurs gestionnaires subordonnés par ricochet. Par conséquent, on devine un engagement des gestionnaires face à cette ligne de partie.

À l'image d'un gestionnaire responsable et engagé à la cause des personnes hébergées en CHSLD, s'ajoute celle de la légitimité (*agency*), une qualité essentielle à faire valoir par toutes les parties prenantes pour assurer que les pratiques de bientraitance soient

---

<sup>5</sup> Témoignage Gestionnaire #6

<sup>6</sup> Témoignage Gestionnaire #4

non seulement adoptées, mais aussi respectées et soutenues de manière continue par les équipes sous sa gouverne.

#### 5.6.4 Le gestionnaire légitime

Dans ce contexte de changement de paradigme, aux abords d'un monde en reconstruction écorché par la critique populaire et médiatique, les gestionnaires présentent une image d'eux-mêmes qui cherche à représenter une forme, de légitimité, de crédibilité vis-à-vis de leur capacité à livrer ce qui est attendu d'eux par la population en général (Archer, 1995, 2000; Fairclough, 2003). Pour illustrer cet énoncé de discours, voici un extrait : « *Il faut toujours la rappeler [...]. Tu ne peux pas dire "je l'ai atteint, c'est beau. Bye. Je n'y touche plus !" Ça ne restera pas. Il faut la faire vivre*<sup>8</sup> ». En effet, par l'utilisation d'une modalité déontique, le gestionnaire exprime son engagement élevé face à l'obligation des acteurs autres que lui à agir selon ce qu'il considère comme vérité: « *Il faut la [la bientraitance] faire vivre !* » et que cela presuppose une évaluation élevée, on le devine, que ce sont par les actions, les résultats et les retombées que ce sera concret.

De plus, l'utilisation du pronom « *tu* » pour désigner une personne non-spécifique et de manière impersonnelle renvoie à l'hypothèse que le message s'adresse à un terme plus générique que l'on pourrait attribuer à un « *groupe d'acteurs sociaux* » subordonné au gestionnaire. Déclenché par une humeur grammaticale (*grammar mood*) illustrée par les formulations familières (« *c'est beau. Bye.* ») et le type d'affirmation exclamative (« *(...) Je n'y touche plus !* »), on pourrait avancer une hypothèse de valeur (*Value assumption*) en défaveur d'une telle attitude envers - dans ce cas-ci - un subalterne face à l'application de la bientraitance en CHSLD. Ce même énoncé montre également que cette réalité n'est pas du tout souhaitée l'utilisation d'une modalité déontique négative non-nuancée.

Si la conception de la bientraitance par les gestionnaires met en avant une identité professionnelle marquée par la responsabilité, l'engagement et la légitimité, la mise en pratique de ces principes au sein des CHSLD soulève néanmoins plusieurs défis; les

---

<sup>8</sup> Témoignage Gestionnaire #15

gestionnaires doivent composer avec une réalité souvent plus complexe que les idéaux promus par le discours institutionnel laissent présager pour passer de la parole aux actes.

## **5.7 Faire vivre la bientraitance en CHSLD : un défi de transmission**

Le MSSS a confié aux gestionnaires de CHSLD l'une de leurs principales responsabilités : garantir que tous les employés adoptent des pratiques de bientraitance au sein du milieu de vie. Il a souvent été mentionné par les gestionnaires lors des entretiens que la communication était la meilleure méthode pour transmettre ces notions et montrer l'exemple. Cependant, ce défi reste de taille. Nous analyserons au niveau énonciatif la manière dont les gestionnaires transmettent leur représentation des bonnes pratiques pour favoriser la bientraitance en CHSLD auprès de leurs équipes.

Les défis rencontrés à la mise en pratique de la bientraitance par les gestionnaires résident notamment dans les manières de transmettre le concept de bientraitance en idées, ainsi que la culture de bientraitance en actions à leurs équipes. Cette illustration présente les différentes stratégies discursives utilisées pour construire cette nouvelle réalité vécue en CHSLD :

**Tableau 18 : Manières des gestionnaires à transmettre le concept et la culture de bientraitance à leurs équipes.**

TRANSMETTRE LE CONCEPT DE BIENTRAITANCE (IDÉES)	Effets discursifs	Outils discursifs	Exemples
	Association du gestionnaire à la bientraitance	Signification du mot (item lexical)	« La base »
	Simplification du concept	<i>Wording</i> Collocation	« Gestionnaire-responsable »
	Construction d'un commun	Représentation espace-temps	« milieu de vie »
TRANSMETTRE LA CULTURE DE BIENTRAITANCE (ACTIONS)	Différenciation	Intertextualité indirect libre	« <i>Il faut toujours la rappeler. [...] Tu ne peux pas dire "je l'ai atteint, c'est beau. Bye. Je n'y touche plus". Ça restera pas. Il faut la faire vivre.</i> »
		Hypothèse propositionnelle ( <i>Propositional assumption</i> )	
	Simplification	Modalité épistémique réfutée	« <i>C'est pas si compliqué de faire de la bientraitance quand tu y penses, tu sais. Il suffit juste de dire "Ok, qu'est-ce que j'aimerais, moi ?"</i> »

Élaboré par l'autrice

### 5.7.1 Transmettre le concept de bientraitance en idées

La chaîne de genres présentée plus tôt (Figure 7) a permis de relever une forme de monologicité dans les textes. Chaque discours émane de voix et de fonctions diverses, tout en convergeant vers un même objectif : définir un CHSLD idéal. Cet idéal repose sur la responsabilité du gestionnaire d'assurer un climat bientraitant, tant pour les aînés que pour le personnel. De sorte que, que quelques gestionnaires utilisent des formulations que l'on retrouve telle quelle dans les différents genres de textes qui constituent la littérature grise pour transmettre la philosophie aux équipes de soin.

L'un des aspects relevés à plusieurs reprises lors des entretiens semi-dirigés avec les gestionnaires est l'utilisation du mot « base » pour expliquer la bientraitance. Ce terme lexical renvoie à un ensemble de références et d'éléments textuels d'un même champ d'expertise, servant à définir la bientraitance et à illustrer le rôle des gestionnaires qui en portent la responsabilité. Parmi ces éléments textuels, nous retrouvons certaines collocations comme « gestion de proximité », « le résident est au centre », « milieu de vie ». Ces allusions, qui renvoient au champ lexical de la bientraitance, apparaissent dans le discours des gestionnaires comme des expressions figées, comme si la définition de la bientraitance allait de soi, tel que l'exprime Bakhtin. En effet, il précise que la relation d'un énoncé par rapport aux autres peut avoir certaines fonctions, dont celle de présumer qu'il est déjà connu de son audience : « *[...] the relation of an utterance to others may be a matter of 'building on' them, 'polemicizing with' them, or simply 'presuming that they are already known to the listener.* » (Bakthin, 1986; Fairclough, 2003).

Enfin, par l'usage de la modalité épistémique, le discours du gestionnaire déclare de manière très affirmative que la bientraitance équivaut à « *la base* » : « *Moi, c'est ça de la bientraitance. Dans ma tête, c'est la base.* »<sup>9</sup> Or, à quoi cette base fait-elle allusion ? Cet énoncé laisse présager que l'interlocuteur attribue un discours différent, voire détaché, de son rôle comme gestionnaire, laissant place à la personne qui habite ce rôle (« *Moi* », « *Dans ma tête* »). L'usage de la synonymie dans le discours associe « *la base* » à ce qu'est la bientraitance, en réduisant sa complexité à un principe élémentaire et fondamental.

Ce que le discours sous-entend ici c'est qu'il convient de prendre le gestionnaire-responsable sur parole pour intégrer la notion de bientraitance: « *La bientraitance, il faut la passer par les mots. Le changement commence par là. Donc, c'est important d'en discuter. [...] Il faut que ça commence par nous autres* »<sup>10</sup>. Enfin, c'est également à travers des modalités de communications formelles (« *caucus milieu de vie* ») et informelles (« *une conversation au quotidien, un 5 à 7 ou une activité causerie* ») que des interventions

---

<sup>9</sup> Témoignage Gestionnaire #1

<sup>10</sup> Témoignage Gestionnaire #3

sont proposées par les gestionnaires aux bénéfices des employés. Cette conception tend à vouloir contribuer à une forme de cohésion sociale, à assurer l'ordre et à prévenir la polémique, en supposant que se rallient à cette culture de la bientraitance comme nouvelle idéologie du monde de l'hébergement.

### **5.7.2 Transmettre la culture de bientraitance en actions**

Si la transmission des principes de bientraitance repose en partie sur des stratégies discursives visant à en faciliter la compréhension, un enjeu demeure : celui du passage des idées à l'action.

Dans le même extrait cité en référence précédemment, la présence d'intertextualité indirect libre comme « *[...] je l'ai atteint, c'est beau. Bye. Je n'y touche plus* », illustre ce que le gestionnaire s'imagine ce que peut penser une autre personne qu'elle-même au sujet de la mise en pratique de la bientraitance, thématique en fond de trame narrative que l'on devine par cet échange. En marquant cette différence, le gestionnaire exprime son autorité de trois manières. Premièrement, par le contre-exemple « *tu ne peux pas dire* » afin d'insister sur le fait que les autres sont en devoir de « *faire vivre* » la culture de bientraitance en continue. Cette phrase attribue une hypothèse propositionnelle (*propositional assumption*, Fairclough, 2003 p. 55) au destinataire imaginaire, comme quoi la bientraitance n'est pas une tâche (*“je l'ai atteint, c'est beau. Bye. Je n'y touche plus !”*), mais bien une attitude (*“faire vivre”*).

Aussi, l'intertextualité utilisée de façon indirecte libre semble être un outil discursif utilisé par le gestionnaire visant à faciliter la transmission des concepts abstraits aux autres : « *C'est n'est pas si compliqué de faire de la bientraitance quand tu y penses, tu sais. Il suffit juste de dire “OK, qu'est-ce que j'aimerais, moi ?”* »<sup>11</sup>. En effet, l'utilisation du verbe transitif indirect « *il suffit* », représente le strict nécessaire à la réalisation d'une action donnée, ici présentée comme celle de « *faire la bientraitance* ». Adjointe à l'adverbe « *juste* » on réduit davantage la simplicité de cette action perçue par certains comme

---

<sup>11</sup> Témoignage Gestionnaire #9

complexe, en plus d'évoquer que « *ce n'est pas si compliqué* ». Via une modalité épistémique réfutée, le gestionnaire se positionne en tant que ceux qui savent comment la bientraitance devrait être faite, par rapport aux autres - les employés sous leur gouverne - qui ne savent pas se la représenter.

## 5.8 Les obstacles de la bientraitance selon les gestionnaires

La manière dont les gestionnaires se parlent des freins liés à la mise en pratique de la bientraitance en CHSLD révèle une tension entre leur discours et celui du MSSS. Nous analyserons au niveau énonciatif comment le discours révèle une remise en question du pouvoir en place, notamment en ce qui concerne les contraintes structurelles et relationnelles qui limitent la capacité d'action des gestionnaires.

### 5.8.1 Les injonctions paradoxales

Dans l'exercice d'appliquer les principes de bientraitance, il semble y avoir de nombreuses contraintes à faire valoir ces actes par les normes en place. La présence d'injonctions paradoxales dans le milieu de la santé est démontrée comme étant une réalité bien concrète, de manière marquée dans l'écosystème de l'hébergement longue durée. En effet, tel que présenté dans le rapport de recherche intitulé « *Démarche de mise en valeur des pratiques de bientraitance “ordinaire” en milieu d'hébergement au Québec : un travail de mobilisation de tous les acteurs concernés* », on relève tant les conditions favorables que défavorables à la mise en application de la bientraitance en hébergement selon un recensement issu des écrits scientifiques et de témoignages recueillis en CHSLD par les parties prenantes (Ethier et al., 2019).

Cette tension entre conformité (c'est-à-dire suivre les recommandations en matière de bonnes pratiques bientraitantes) et autonomie (c'est-à-dire prendre des initiatives pour contourner les limites liées à la mise en œuvre de ces pratiques, comme le manque de ressources financières pour assurer une formation continue ou le manque de personnel pour libérer des employés afin qu'ils y participent) crée une dynamique qui suggère que la faire exister dans un CHSLD bientraitant dans sa forme idéale pourrait être hors de

portée. Et sur la base de quel constat ? Que la culture de la bientraitance exige du temps et que les retombées si difficilement tangibles et visibles à court terme: « *Malheureusement, le préventif et la promotion de la santé ne sont pas sexy. C'est sexy une chirurgie à cœur ouvert qui dure 5 heures, wow ! Quel magnifique cœur [...] pourquoi? Parce que ça prend du temps* »<sup>12</sup>. Tant que la bientraitance ne sera pas considérée comme étant une véritable priorité ministérielle, il sera difficile de faire vivre la bientraitance de manière durable et transversale dans les centres d'hébergement longue durée.

Ces propos suggèrent une hypothèse existentielle sur ce qui risque de ne jamais se produire si certains paradigmes de soin, comme la valorisation d'une approche hospitalo-centriste en CHSLD, ne changent pas radicalement. Cela est implicite dans ce qu'a exprimé une gestionnaire responsable de site lors des entretiens : « *Il n'y a pas de rapport d'accident pour dire : "madame, elle n'a plus de sourire" [...]* »<sup>13</sup>. Cet énoncé sous-entend que l'absence de sourire d'une personne vulnérable en perte d'autonomie, qui reflète un manque de joie, ou d'un bien-être diminué, devrait être reconnue comme un incident à signaler dans un monde où la bientraitance est réellement priorisée. Cela impliquerait une responsabilité de qualifier cet état comme un événement indésirable et dommageable pour la santé et le bien-être de la personne concernée. Certes, on partage les bons coups entre employés, on souligne les initiatives positives, mais celles-ci sont perçues comme des « exemples à suivre » et non une exigence reconnue.

Dans ce cas-ci, cette situation hypothétique semble vouloir ironiser une réalité. En disant « *il n'y a pas de rapport d'incident quand madame ne sourit plus* », il est relaté, de manière imagée et contrastée, une contradiction entre l'importance accordée aux incidents mesurables (ex.: les erreurs médicales) et le manque de reconnaissance des aspects plus subtils et qualitatifs du bien-être, tels que le sourire ou la joie. Elle laisse entendre une critique face aux lacunes du système de soins en matière d'hébergement longue

---

<sup>12</sup> Témoignage Gestionnaire #11

<sup>13</sup> idem

durée : l'absence d'outils ou de mécanismes permettant de reconnaître et de signaler des éléments essentiels à la bientraitance mais non quantifiables, comme la qualité de vie émotionnelle ou sociale. L'ironie réside dans le contraste entre ce qui est officiellement consigné (les rapports d'incident) et ce qui est ignoré (l'absence de joie ou de sourire), ce qui amène une critique implicite du système et de ses priorités.

Enfin, la présence d'intertextualité indirect libre « *madame, elle n'a plus de sourire* » représente une réalité relativement concrète et plausible, simplifiée par le fait qu'on rapporte ce que pourrait potentiellement se dire un membre du personnel face un constat clinique sans « se mettre dans sa peau » et refléter ce que la personne pourrait peut-être vivre, sentir ou intérioriser. Le recours à cet outil discursif renforce le caractère ironique et critique du propos énoncé, et reflète une importante discordance que le gestionnaire peut vivre, comme un conflit de valeurs et son impuissance d'agir pour contrer cette réalité non-souhaitée.

### **5.8.2 Absence d'outil de contrôle approprié à la bientraitance**

En plus de devoir négocier avec les paradoxes institutionnels qui caractérisent le monde de l'hébergement, le gestionnaire doit tenter de « *quantifier l'inquantifiable* »<sup>14</sup>, et ainsi, faire preuve d'autonomie pour pallier les limites de l'*establishment*. Rendre compte des effets de la bientraitance envers les aînés et les proches aidants n'est pas chose simple car subjective et à dimension éthique. Même si le cadre de référence assoit les principes fondateurs soulignant les meilleures pratiques, reste qu'il est difficile de matérialiser ou d'objectiver les résultats de sa mise en œuvre. C'est ce que tentait d'exprimer un gestionnaire lors d'un témoignage dans cet énoncé qui illustre l'impuissance absolue - celle de ne pas pouvoir quantifier ou de satisfaire les retombées escomptées. Ce recours à la recontextualisation permet de reformuler le concept complexe en une forme de déclaration rationnelle dont on présume l'impossible capacité de faire valoir ce qui n'est

---

<sup>14</sup> Formulée par Gestionnaire #11

pas évaluable, comme si « la solidité marchande » de la bientraitance ne s'était pas encore déposée dans les pratiques managériales en CHSLD, tel que l'exprime Foucault :

Lorsqu'il s'agit de lier la représentation d'un objet de besoin à tous ceux qui peuvent figurer en face de lui dans l'acte de l'échange, il faut avoir recours à la forme et à la quantité d'un travail qui en déterminent la valeur ; ce qui hiérarchise les choses dans les mouvements continus du marché, ce ne sont pas les autres objets ni les autres besoins ; c'est l'activité qui les a produites et qui, silencieusement, s'est déposée en elles ; ce sont les journées et les heures nécessaires à les fabriquer, à les extraire, ou à les transporter qui constituent leur pesanteur propre, leur solidité marchande, leur loi intérieure et par là ce qu'on peut appeler leur prix réel ; à partir de ce noyau essentiel les échanges pourront s'accomplir et les prix de marché, après avoir oscillé, trouveront leur point fixe.» (Foucault, 1966), p.250-251).

L'utilisation de la situation hypothétique, de l'intertextualité en discours indirect libre ainsi que la recontextualisation par reformulation mettent en évidence une distinction marquée entre le discours du gestionnaire et le discours institutionnel. Cette différence se manifeste dans l'apparition d'une dialogicité plus marquée, en rupture avec le statu quo, « *an accentuation of difference, conflict, polemic, a struggle over meaning, norms, power* » (Fairclough, 2003, p.42). En effet, avec un accès limité aux ressources et aux outils pour évaluer les bonnes pratiques en bientraitance, que ce soit pour lui-même ou pour son équipe, le gestionnaire remet en question le pouvoir en place. De plus, dans sa dimension « relationnelle », le gestionnaire réalise qu'il est limité et ne peut exercer son pouvoir d'agir tel qu'il l'entend pour atteindre des résultats souhaités dont la réalisation dépend de l'action des autres, c'est-à-dire, des dirigeants qui le gouvernent. (Fairclough 2003, p.41).

Malgré ces défis, certains facteurs facilitent l'application des principes de bientraitance dans le discours et les actions des gestionnaires. En effet, au-delà des contraintes et des rapports de pouvoir, des éléments comme la mise en place de mesures incitatives et de reconnaissance permettent de renforcer concrètement la bientraitance en CHSLD, mais à quel prix ?

## 5.9 Valoriser pour mieux gérer

Les témoignages ont mis en lumière une tendance générale chez les gestionnaires lorsqu'il s'agit d'identifier les conditions de réussite favorisant les bonnes pratiques de bientraitance en CHSLD. Nous analyserons d'abord au niveau énonciatif, puis au niveau thématique comment les pratiques organisationnelles concernant la mobilisation et la reconnaissance du personnel contribuent à influencer le positionnement des gestionnaires face aux autres acteurs du milieu de vie.

### 5.9.1 Les mesures incitatives

Malgré l'image du gestionnaire engagé, autoritaire et responsable, il semble ne pas toujours en mesure d'exercer son pouvoir d'influence avec le personnel soignant composé entre autres de PAB salariés, afin de leur insuffler les réflexes bientraitants. Par exemple, il a été relaté par une gestionnaire que pour favoriser la participation des personnes hébergées à une activité de loisir se déroulant à l'extérieur du CHSLD, il était nécessaire que les préposés aux bénéficiaires donnent un coup de main à la technicienne en loisirs pour l'aider à accompagner les résidents, de leur chambre à l'activité, leur permettant ainsi d'y participer. Comme la majorité des résidents sont en fauteuil roulant, et que CHSLD empêche difficilement la circulation sur les étages, la tâche de transporter les résidents un à un à l'extérieur semble lourde aux yeux des préposés aux bénéficiaires. Pour encourager - voire inciter - les employés à s'engager à la réalisation de cette tâche en temps venu, le gestionnaire prévoit une récompense pour les employés qui auraient donné leur coup de main pour accompagner les résidents à l'activité : « *Quand on fait de la crème glacée, on dit au préposé* " Regarde, si tu viens nous aider, tu vas avoir une crème glacée". *Tu sais, à mon avis, on ne devrait pas avoir à dire ça, ça devrait être d'emblée* »<sup>15</sup>. Le gestionnaire applique ici une mesure incitative (« *si tu viens nous aider, tu vas avoir de la crème glacée* ») pour encourager un comportement qui - selon lui - devrait être acquis par les préposés aux bénéficiaires (« *ça devrait être d'emblée* »). Ceci indique que le gestionnaire associe l'aide des préposés aux bénéficiaires à une action

---

<sup>15</sup> Témoignage Gestionnaire #9

qui serait bientraitante pour les collègues, ainsi que pour les résidents. Cependant, cette évidence, qui semble partagée par le gestionnaire et le ministère (MSSS), ne l'est pas forcément du point de vue des PAB.

En disant « *tu sais, on ne devrait pas avoir à dire ça* », le gestionnaire mentionne de manière explicite à son interlocuteur d'une part, que le gestionnaire ne devrait pas être dans l'obligation d'offrir une récompense à des employés pour un comportement attendu. D'autre part, il marque de manière franche la différence qui le sépare de ce groupe social, comme si l'interlocuteur - à la limite, monsieur Untel - et lui-même étaient du même avis. Il induit, de cette manière, que tout le monde reconnaît ce qu'est un comportement bientraitant sauf les PAB qui tirent plutôt avantage de la situation pour leurs propres intérêts, plutôt que pour le bien-être du résident. En somme, la créativité et la capacité du gestionnaire à se débrouiller pour engager son personnel pourrait être ici perçue positivement, voire comme un trait du gestionnaire qui favorise la mise en pratique de la bientraitance en CHSLD, comme le mentionnait un gestionnaire lors d'un entretien : « *Pour être honnête, je m'aperçois que peu importe l'activité que tu mets en place, bien souvent si tu n'as pas la petite carotte qui va au bout, c'est compliqué d'arriver à faire participer les gens. Donc c'est d'arriver à être ingénieux* »<sup>16</sup>. À noter qu'aucune mesure coercitive ne menace à ce les préposés refusant d'aider l'équipe pour le bien-être du résident : le réseau est pressurisé et ne peut se permettre de se passer de personnel pour mesure disciplinaire au risque de ne pouvoir les remplacer et risquer d'être menacé pour maltraitance organisationnelle.

### **5.9.2 La reconnaissance des bons coups**

La reconnaissance des employés par leur employeur (le MSSS) se fait rarement par la voie d'activités festives ou à coup d'encouragement. Elle se manifeste principalement par la voie monétaire qui honore le temps travaillé : la durée (ancienneté) ou la quantité (heures supplémentaires payées en double). Ainsi, la reconnaissance des employés en CHSLD est une tâche confiée aux gestionnaires-responsables qui doivent composer

---

<sup>16</sup> Témoignage Gestionnaire #7

avec des budgets limités. Ils doivent donc faire preuve de créativité pour tenter d'encourager les comportements favorisant la bientraitance dans leur milieu de vie, tout en cultivant un climat de travail sain et bienveillant pour tous les employés. Le milieu de vie a connu des épisodes de haute tension en période de pandémie, et les vestiges de cette tragédie ont fait vivre des épisodes d'anxiété généralisée. De sorte que pour favoriser la cohésion d'équipe, cultiver l'appartenance au groupe ainsi que célébrer les initiatives positives des employés (souligner les bons coups) est une des pratiques qu'on trouve dans bon nombre d'organisations pour promouvoir le savoir-être et savoir-faire bientraitants chez le personnel.

À titre d'exemple, une gestionnaire partageait une de ses recettes gagnantes pour mobiliser l'engagement des employés à promouvoir la bientraitance dans leur milieu de vie pendant le temps des fêtes. Cette activité consistait à la création d'un calendrier de l'avent destiné aux employés, où chaque jour, un geste empreint de bientraitance devait être réalisé selon les thématiques inspirées de la roue de la bientraitance. Un comité composé de professionnels (technicienne en loisirs, éducatrice spécialisée, ergothérapeute) s'était réuni pour élaborer un système d'émulation pour les employés. De sorte que tous les employés qui se prêtaient au jeu du calendrier bientraitant de l'avent se voyaient le droit de participer à un tirage et courir la chance de gagner un cadeau. Conclusion : les employés étaient ravis de recevoir une marque de reconnaissance (en cadeau), les membres du comité étaient également heureux de voir leur engagement pour l'organisation de cette activité récompensée par le taux de participation des employés, et la gestionnaire se disait satisfaite de constater que cette activité avait pu offrir des occasions à tous les employés d'expérimenter des gestes simples emprunts de bientraitance dans le cadre de cette activité spéciale.

Des exemples comme celui-ci, il en existe dans d'autres milieux de vie. Si bien que les établissements proposent des canaux de communications internes sous forme de journal ou de page Facebook pour faire rayonner les initiatives des employés en vue d'inspirer toute la communauté du personnel à faire de même. Certains gestionnaires vont même jusqu'à débourser de leurs poches des sommes pour acheter des douceurs aux

employés pour souligner leur engagement. Ces stratégies de la part des gestionnaires visant la reconnaissance du personnel à l'expression de leur savoir-être et savoir-faire bientraitant ont été relevées comme des pratiques qui influencent des comportements et les identités tant des gestionnaires que des membres du personnel dans une perspective constructive. Or, ces pratiques pourraient être associées à une forme de culture basée sur le mérite chez le personnel agissant selon des comportements bientraitants, pourtant attendus de leur part sur une base quotidienne. Quel précédent cette habitude de reconnaissance positive aura-t-elle sur les employés à long terme ? Quel message la reconnaissance des bons coups envoie-t-il aux acteurs sociaux de l'écosystème de l'hébergement ? Malgré les motifs louables qui semblent sous-tendre ces initiatives du gestionnaire envers ses employés, cette reconnaissance pourrait glisser vers des mesures incitatives aux limites de l'infantilisation, comme la manifestation du pouvoir du gestionnaire sur ses employés. À cet effet, le discours du gestionnaire pourrait être interprété à défaut, et susciter des comportements des employés motivés par l'attrait de récompenses au détriment du bien-être des résidents et pour qui, les gestes de bientraitance sont destinés.

## **5.10 La représentation commune du concept de bientraitance**

Le concept de bientraitance tend à faire consensus dans les discours, tant du côté de l'État que des gestionnaires. Dans un premier temps, nous analyserons au niveau énonciatif en quoi l'absence de pluralité des voix révèle le positionnement des gestionnaires à l'égard de la bientraitance, ainsi que sur la façon dont ce positionnement influence leur propre représentation du rôle qu'ils occupent, en lien avec le discours institutionnel.

### **5.10.1 Monologicité des discours : preuve d'un contrôle social**

L'arrivée d'une nouvelle approche de soin en centre d'hébergement longue durée s'est accompagnée d'une augmentation des tâches et obligations managériales. Nous n'avons qu'à penser à la création du nouveau poste dans l'organigramme de la DSAPA, celui de gestionnaire-responsable de site, à qui on attribue une série d'indicateurs d'évaluation

afin d'assurer une veille accrue en matière de conformité des règles de contrôle qu'exige ce travail de coordination. Car, rappelons-le, si le besoin de nommer une personne imputable au sein de chaque CHSLD du Québec s'est imposé comme crucial pour reprendre le contrôle d'une situation de crise, il s'est accompagné d'un gage d'améliorer la qualité de vie des personnes hébergées concrètement. Or, on peut imaginer que les indicateurs qui évaluent la satisfaction des résidents doivent être observés de plus près, ce qui pousse les gestionnaires à surveiller les faits et gestes des équipes sous leur gouverne (Metzeger, 2000). Cette application plus accentuée des mesures de contrôle sur la performance des équipes (ex.: rendement général, temps d'exécution à donner un soin, surveillance du temps de présence/absence/pause) peut également être source de pression sociale entre collègues (Metzeger, 2000).

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, de nombreuses réformes ont souvent ébranlé les organisations et leurs équipes, ce qui a pour effet d'accentuer l'individualisme, de secouer les identités professionnelles et d'alimenter une forme de dépendance des gestionnaires envers leur directeur immédiat (Metzeger, 2000). Le témoignage d'une gestionnaire en a fait d'ailleurs mention lors de son entretien :

Je m'allie à des gens qui pensent comme moi dans le sens que ce n'est pas un dogme [...]. Si le ministère a dit ça, c'est quoi le sens que nous, on en fait? Qu'est-ce qui fait qu'on va se mobiliser? C'est rare que je trouve que c'est complètement incohérent<sup>17</sup>.

Dans un souci de faire respecter le plus assidûment les principes de bientraitance en CHSLD par le personnel, des instances d'évaluation déjà actives et connues des organisations avant l'arrivée des gestionnaires-responsables de site, agissent à une échelle supérieure en hiérarchie pour assurer le contrôle et qualité de l'ensemble des CHSLD de la province. Parmi elles, nous retrouvons entre autres les visites d'Agrément Canada et les visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie mandatées par le MSSS. L'ensemble des rapports de ces visites d'évaluation de la qualité, ainsi que les

---

<sup>17</sup> Témoignage Gestionnaire #14

plans d'amélioration des établissements sont accessibles en ligne, sur la sphère publique, ce qui contribue à l'exercice du contrôle.

Dans une autre perspective, cette même gestionnaire reconnaît l'ampleur des défis à surmonter en usant d'autodérision face à ses pairs: « *On a tellement peur d'avoir peur. C'est d'un ridicule infini* »<sup>18</sup>. En fait, la culture hiérarchique qu'imposent les services publics et du caractère politique qui les accompagne met en lumière comment le cadre de travail peut être une source de pression importante sur les gestionnaires, si grande qu'elle ne pourra sans doute jamais disparaître. Par une affirmation évaluative explicitement critique, la gestionnaire exprime l'absurdité de cette réalité par l'exagération (« *C'est d'un ridicule infini* ») qu'il faille faire acte de courage pour éviter que le stress de faire un faux pas ne mène à trop d'hésitation, puis à l'inaction (« *On a peur d'avoir peur* »). Cet énoncé conduit à l'idée que la désobéissance s'avère parfois nécessaire pour reprendre le pouvoir d'agir comme gestionnaire, et qu'il vaut parfois mieux miser sur des petites victoires à l'échelle locale que de mener des luttes acharnées contre le système de santé en espérant gagner:

Le changement observé ne peut s'expliquer uniquement par la résignation des uns et l'extrême adaptabilité des autres (loyaux) : la résignation ne permet pas la mobilisation autonome, pourtant nécessaire à l'atteinte d'objectifs et à la gestion des contradictions entre injonctions ; l'extrême loyauté empêche de s'opposer à des ordres quand pourtant l'intérêt local de l'activité l'exigeait (Metzeger, 2000).

Le gouvernement cherche à circonscrire le discours entourant la bientraitance en CHSLD de manière à favoriser le consentement et le consensus à ce sujet, et tendre vers une forme de vision universelle et idéale des centres d'hébergement longue durée selon sa perspective politique. La stratégie discursive que dessine le gouvernement n'est pas sans fin ; elle vise à rallier les troupes - les travailleurs et travailleuses du milieu de la santé, les gestionnaires, les proches aidants, les proches, les résidents, les membres de la communauté, etc. - autour d'une vision commune pour nos aînés et adultes hébergés en CHSLD, et en ce sens, constitue une forme de pouvoir social :

---

<sup>18</sup> Témoignage Gestionnaire #14

The capacity to exercise social power, domination and hegemony includes the capacity to shape to some significant degree the nature and content of this 'common ground', which makes implicitness and assumptions an important issue with respect to ideology ». (Fairclough, 2003, p. 55).

La manière dont se représentent les gestionnaires dans leur rôle de gestionnaires-responsables révèle du consensus quant à la manière d'en parler et de la faire vivre. Tel que le présente Fairclough, ce consensus s'exprime en l'absence de différence entre les voix du sens des choses et des normes qui en résultent - celle du gestionnaire et celle du gouvernement. (Fairclough 2003, p. 42), ce que Fairclough attribue à la monologicité, ou l'absence de dialogicité (Bakhtin, 1986).

#### **5.10.2      Construire un nouveau rôle : Gestionnaire-responsable**

Des mécanismes de subordination émanent dans les relations professionnelles en CHSLD depuis l'arrivée du poste de « gestionnaire-responsable ». En effet, cette marche qui s'est ajoutée dans l'organigramme de la Direction de soutien à l'autonomie des personnes aînées (DSAPA), a eu pour conséquence de créer encore plus de distance avec les employés-terrain, tels que les préposés aux bénéficiaires et autres prestataires de services. Des clivages se sont conséquemment créés entre le MSSS, la DSAPA, les gestionnaires-responsables, et les PAB.

L'annonce de l'arrivée d'un « gestionnaire-responsable » dans tous les CHSLD du Québec à la sortie du plan d'action de la 2e vague de la COVID-19 en date du 18 août 2020 présumait un changement rapide et drastique dans l'écosystème de l'hébergement longue durée, puisque les établissements avaient moins de 6 semaines pour attribuer ce nouveau poste au sein de tous leurs CHSLD. Critiqué pour ne pas avoir une personne imputable dans tous les milieux de vie, le gouvernement Legault a mis en priorité d'agir en ce sens non seulement pour braver les vagues de la COVID-19 qui menaçaient la santé publique, mais également pour amorcer un changement dans l'organigramme-même des équipes de soins en institution. Dès lors, le gestionnaire-responsable a fait son entrée comme personne de référence pour toutes les parties prenantes de l'écosystème du CHSLD : les résidents, les proches aidants, les membres de la famille,

les employés, les professionnels, les partenaires communautaires, etc. Il agirait également comme intermédiaire entre l'équipe de direction et l'équipe terrain, comme un agent de liaison pour assurer la mise en application des orientations de la bientraitance dans ces milieux de vie.

Le gestionnaire-responsable est la construction sociale d'une idéologie attribuée à ce que le gouvernement Legault cherche à vendre à la population. L'association des mots "gestionnaire" et "responsable" contribue à légitimer un processus de changement social en matière de gestion des CHSLD. Dans ce cas-ci, le changement de paradigme se présente d'abord par le biais de cette nouvelle figure qui incarne l'imputabilité - celle du gestionnaire-responsable et qui, de manière explicite, rappelle que dorénavant, tous les CHSLD seront dotés d'une personne responsable de rendre des comptes au MSSS, comme une nouvelle réalité que l'on doit construire pour que l'état puisse s'affranchir d'une meilleure image publique. Le Québec est passé d'une situation souhaitée (il *devrait* avoir des gestionnaires imputables dans tous les CHSLD) à une réalité (un gestionnaire-responsable *est* maintenant présent dans tous les CHSLD) par la construction de cet acteur social dans le milieu de l'hébergement, tel que l'explique Fairclough:

[...] change is nominalized and so represented as itself an entity which act as an agent, a process in a general ill-defined present and without a history which is universal in terms of place, and an inevitable process which must be responded to in particular ways - an "is" which imposes an "ought" I, or rather a "must". (Fairclough, 2003, p.45).

En guise de rappel, la construction du soi (ethos) du gestionnaire qui enfile celui de gestionnaire-responsable provient de cet exercice de *construire* une nouvelle image de la saine gestion des CHSLD. Or, la nomination de ces nouveaux postes laisse présager qu'elle représente une autre manière d'imposer une vision globale de ce qu'est une saine gestion des CHSLD. La manière dont se représente le gestionnaire comme responsable, engagé et légitime renvoie inévitablement à une possible stratégie de vouloir intégrer ces valeurs au sein même du titre de gestionnaire-responsable. Non seulement se présentent-ils au monde comme personnes imputables des CHSLD dans leur institution et aux yeux de la population, mais ils laissent présager qu'ils ont été choisis pour leurs valeurs d'engagement, de responsabilité et de légitimité à même leur titre.

## 5.11 Des gestionnaires qui ont peur d'avoir peur

Pris dans un paradoxe où ils doivent garantir la bientraitance sans en avoir pleinement les moyens, les gestionnaires en CHSLD expriment, à travers leur discours, les tensions entre attentes institutionnelles et contraintes du terrain. Dans cette section, nous analysons au niveau énonciatif comment leur manière de parler de ces défis traduit une remise en question du discours institutionnel par rapport aux perspectives réelles de changement en matière de bientraitance dans le secteur de l'hébergement longue durée, tel que présenté dans ce tableau. :

**Tableau 19: Désorientation et peur d'agir dans le discours des gestionnaires au sujet de la culture de la bientraitance en CHSD.**

Effets discursifs	Outils discursifs	Exemples
Anonymisation du sujet	Modalité épistémique à déclaration élevée	« <i>On finit tout le temps avec les doigts puis les poignets un peu attachés</i> »
	Hyperbole (soumission)	
	Modalité épistémique, déclaration affirmative négative	« <i>On ne sait plus à qui, à quoi on répond. C'est rendu complètement anonyme.</i> »
	Modalité déontique interrogative nuancée	« <i>On répond à quoi au juste ?</i> »
	Affirmation évaluative explicitement critique	« <i>On a tellement peur d'avoir peur. C'est d'un ridicule infini.</i> »

Élaboré par l'autrice

### 5.11.1 Impuissance des gestionnaires

Les gestionnaires en CHSLD ont l'impression d'avoir du pouvoir, mais en réalité, leur capacité d'action est très limitée. Même s'ils sont responsables de l'organisation du travail et de la supervision des équipes, ils doivent composer avec des contraintes omniprésentes qui les empêchent de prendre des décisions autonomes. Ces limites

proviennent notamment des règles imposées par l'institution et du manque de ressources disponibles, telle que l'exprime une gestionnaire<sup>19</sup> : « *On finit tout le temps avec les doigts puis les poignets un peu attachés* ». L'expression « tout le temps », ici utilisée comme complément circonstanciel de temps, montre que cette situation (avoir les doigts et les poignets attachés) est vécue en permanence, et qu'elle représente une réalité inévitable pour l'ensemble des gestionnaires (On finit tout le temps).

L'hyperbole des « *doigts et des poignets attachés* » évoque une contrainte forte, voire exagérée par rapport à la situation mise en référence, pouvant rappeler des images d'emprisonnement ou de soumission. Cela traduit un rapport de domination, particulièrement à l'égard de l'État, et met en lumière une perte d'autonomie dans le rôle de gestionnaire, allant jusqu'à une forme de dépersonnalisation ou d'effacement de l'identité professionnelle (« *C'est rendu complètement anonyme* »). Bien que l'adverbe « un peu » atténue l'intensité de cette oppression, cette affirmation, exprimée avec une modalité épistémique, insiste sur le fait que cette réalité est véritablement ressentie par les gestionnaires et qu'elle fait même peur ! La déclaration souligne que cette position n'est pas souhaitable, et que les gestionnaires sont dans l'impossibilité d'agir dans le sens qu'ils le voudraient. Ils sont impuissants face aux situations impossibles à gérer, et se détachent du « nous » qui les unissait tous, pour retrouver un « on » qui ne concerne personne.

De plus, l'exemple de la crème glacée cité plus tôt illustre combien le gestionnaire est limité à exercer son pouvoir pour assurer le rendement des employés sous sa gouverne, et que les limites circonstancielles dans le milieu de l'hébergement agissent en trop grande force par rapport à son pouvoir d'agir comme gestionnaire légitime. Parmi les limites pour lesquelles le gestionnaire n'a pas de contrôle, on liste une série de contraintes difficilement surmontables :

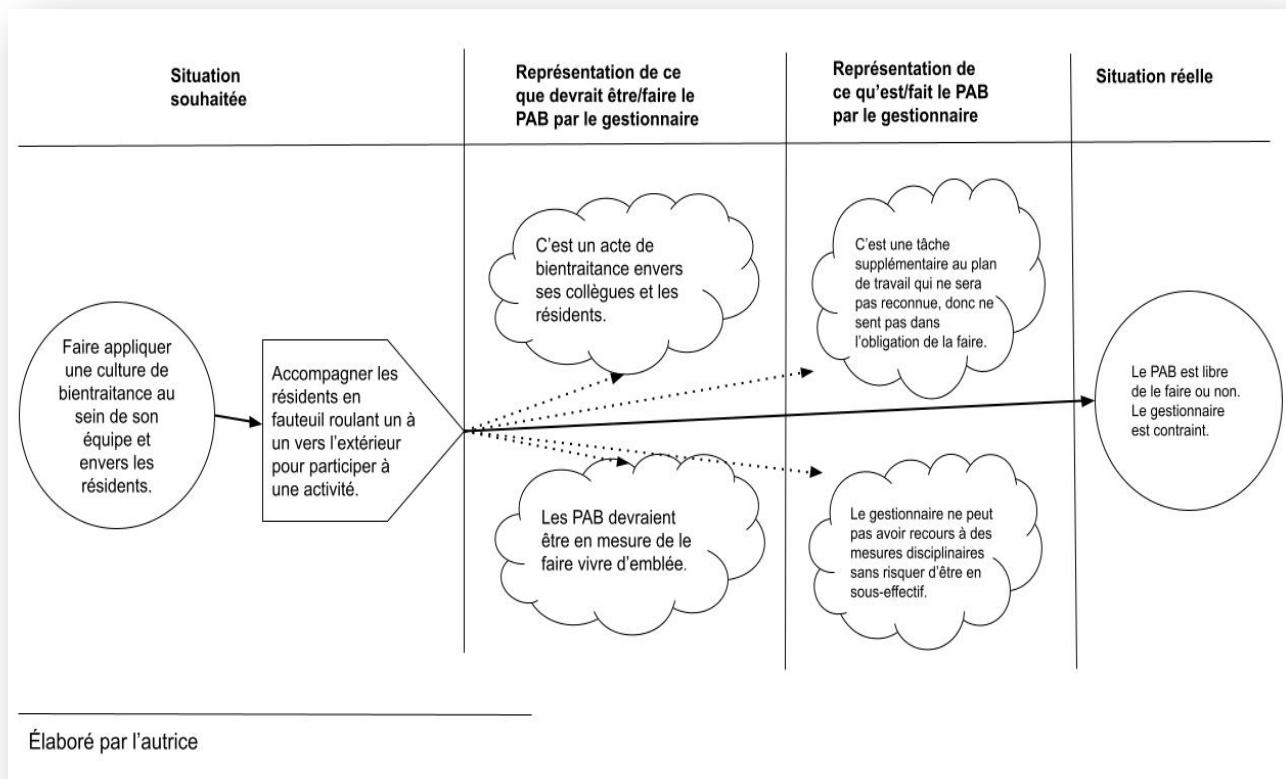
- Le contrat de travail : le PAB peut-il déroger de son plan de travail ? Quel avantage a-t-il d'en faire "plus" que ce qu'on attend de lui ? Sera-t-il reconnu pour ça ?

---

<sup>19</sup> Témoignage Gestionnaire #7

- Le manque de ressources humaines : Il est peu souhaitable d'imposer une mesure disciplinaire à un employé (ex. : suspension) pour un manquement à la collaboration, puisque ce dernier est difficile à remplacer (avoir une équipe en sous-effectif pour la clientèle pourrait paraître comme de la maltraitance organisationnelle);
- Le manque de ressources financières : Il n'est pas possible d'envisager des investissements massifs pour la réfection physique des CHSLD pour faciliter l'accès aux activités extérieures de manière plus efficace;
- L'offre de formation : Les formations sont-elles adaptées au PAB pour développer les compétences de savoir-être en matière de bientraitance ? Est-ce possible de les offrir aux personnes concernées, sachant qu'il est difficile d'effectuer des remplacements sans craindre d'être en sous-effectif, ni dépasser les coûts ?

**Figure 11 : Exemple de perte de légitimité du gestionnaire : entre l'idéal de la bientraitance et les contraintes du terrain**



En relation avec l'énoncé ci-haut présenté, voici une figure qui illustre comment le gestionnaire fait face à une double contrainte ; celle liée à sa représentation de ce que devrait être un PAB respectant les principes de bientraitance, en relation avec le contexte réel qui ne permet pas de réaliser la situation souhaitée.

Cette illustration met en lumière d'une part le décalage entre la situation souhaitée (idéale) et possible (réelle) qui, en bout de ligne, ne permet de faire appliquer les principes de bientraitance à cause des limites organisationnelles sans être contraint de déroger de la règle. D'autre part, elle présente également que la situation réelle positionne le gestionnaire de manière soumise au contexte coercitif par rapport au PAB qui, lui, est libre d'agir à sa convenance.

### 5.11.2 Au pays des licornes

Devant un volume d'obstacles et de contraintes qui obstruent la voie de passage à la mise en pratique de la bientraitance, le gestionnaire se retrouve dans une impasse : malgré la clarté du cadre qui définit les règles de mise en pratique de la bientraitance en CHSLD, et le discours qui l'accompagne pour la mettre en valeur au quotidien dans ces institutions, le gestionnaire est désorienté : « *On ne sait plus à qui, à quoi on répond. C'est rendu complètement anonyme. On répond à quoi au juste?*  »<sup>20</sup>. Par l'utilisation d'une modalité épistémique, sous forme de déclaration affirmative négative (« *On se sait plus [...].*  ») et celle d'une modalité déontique interrogative nuancée (« *On répond à quoi au juste ?*  »), le gestionnaire parle d'impuissance d'agir dans un contexte où le discours institutionnel sonne discordant à ses oreilles, comme si l'État n'arrivait pas à passer de la parole aux actes dans son plan de promotion de la bientraitance en CHSLD. Le gestionnaire semble parfois ne plus savoir comment se positionner pour bien effectuer son travail tel qu'attendu et souhaité pour atteindre les résultats visés. Par conséquent, on suppose que son engagement envers la bientraitance en CHSLD en serait affecté.

En somme, le pouvoir d'agir des gestionnaires en CHSLD apparaît entravé par des contraintes institutionnelles, organisationnelles et contextuelles qui limitent leur marge de manœuvre. Coincés entre des attentes élevées en matière de bientraitance et des conditions réelles qui rendent leur application difficile, ils se retrouvent dans une position paradoxale : responsables sans être véritablement autonomes, imputables sans disposer des moyens nécessaires.

### 5.12 Les tensions : entre ce qui est dit et ce qui ne l'est pas

En mettant en relation le discours institutionnel et celui des gestionnaires pour en relever les alignements et les écarts, certains éléments discursifs se sont confrontés, mettant ainsi en exergue des aspects invisibles qui méritent ici d'être mentionnés. Ces points de

---

<sup>20</sup> Témoignage Gestionnaire #14

friction rendent compte de la complexité des dynamiques qui subsistent entre les parties prenantes d'un système en plein changement, par la présence d'une pluralité de vécus et de perspectives singulières qui se confrontent et s'imbriquent. Nous procéderons à une analyse au niveau énonciatif du discours des gestionnaires afin d'examiner, d'une part, comment l'absence de références explicites aux personnes proches aidantes (PPA) dans leurs propos éclaire leur positionnement, et d'autre part, quelles motivations semblent soutenir leur engagement marqué envers leur mission en milieu de vie.

### **5.12.1 L'omniprésence des PAB et l'absence des PPA**

L'analyse du discours des gestionnaires a mis en évidence de nombreux témoignages exposant à la fois les obstacles et les leviers à l'application des principes de bientraitance dans les CHSLD. Lors de chaque entretien, les gestionnaires ont été invités à partager leur expérience, en évoquant des situations passées, présentes et projetées dans un avenir proche. De façon générale, les témoignages recueillis reposent largement sur la recontextualisation, soit pour rapporter des expériences vécues, soit pour illustrer des situations hypothétiques du quotidien. Il est intéressant de noter que, dans ces mises en situation – qu'elles soient réelles, fictives, passées ou supposées –, les principaux acteurs mentionnés étaient presque toujours les PAB. Ces derniers, en contact direct avec les résidents, sont perçus comme les principaux vecteurs de la culture de bientraitance dans l'œil du gestionnaire. Toutefois, tel que présenté dans l'énoncé qui suit, les actions et les attitudes des PAB relevés par les gestionnaires ne semblent pas correspondre à leurs attentes; ces derniers laissent présager que, malgré le potentiel existant, le soin prédomine dans le travail des PAB, ce qui contribue à alimenter une forme de résistance au changement de culture de bientraitance en hébergement:

Notre core business, ce sont les préposés aux bénéficiaires, pis ce seraient eux qui pourraient nous insuffler quelque chose de très, très communautaire, mais actuellement ils sont très axés sur la tâche, très très, très axés sur la tâche. Fait que ça donne des milieux qui sont propres, *clean*, sont poudrés, cordés, nourris,

mais c'est tout. Il n'y a rien d'autre. Ils sont fiers que leur milieu soit propre. Ils sont fiers que les lits soient faits<sup>21</sup>.

Tel qu'énoncé ici, l'utilisation de l'hyponymie dans le discours du gestionnaire au sujet des PAB (« *eux [PAB] pourraient insuffler le communautaire* ») réduit leur rôle à ce qu'ils sont actuellement (« *ils sont axés sur la tâche* »), et sous-entend qu'ils ne correspondent pas à l'image idéale que se représente le gestionnaire à leur sujet, et ainsi contribue à alimenter un discours défavorable à leur égard (« *Fait que ça donne [...] c'est tout. Il n'y a rien d'autre.* »). De plus, l'adverbe « très » accentue ce clivage entre les deux groupes d'acteurs sociaux. Ces discours – celui du gestionnaire et celui du PAB, exprimé par la voix du gestionnaire – mettent en évidence différentes façons de percevoir le CHSLD : ce qu'il est et ce qu'il devrait être. Ils illustrent les tensions dans le changement de culture organisationnelle, notamment entre une approche axée sur le milieu de vie et l'autre sur le milieu de soins. Ils opposent aussi deux visions de la valorisation du travail : l'excellence du savoir-faire (compétences techniques) versus celle du savoir-être (attitude bientraitante) qui contribue à se représenter le CHSLD tantôt comme un lieu où on travaille, tantôt comme un lieu où on vit.

Fait intéressant à noter : dans le cadre de ces entretiens avec les gestionnaires, rares ont été les commentaires qui ont révélé le rôle que jouaient les autres acteurs sociaux prenant part au CHSLD : les personnes proches aidantes et la communauté. Bien qu'ils représentent deux (2) axes sur les cinq (5) de la *Politique d'hébergement de soins longue durée 2021-2026 : des lieux qui nous ressemblent* (MSSS, 2021), ces acteurs pourtant prioritaires dans le discours institutionnel semblent absents du discours des gestionnaires. Que cela signifie-t-il ? Malgré le manque de ressources humaines criant qui caractérisent les CHSLD d'aujourd'hui, les personnes proches aidantes (PPA) et les membres de l'entourage de la personne hébergée sont perçues davantage comme une clientèle envers qui l'on doit faire preuve de bientraitance puisqu'ils se retrouvent au cœur des actions, au même titre que les personnes hébergées, comme indiqué dans la

---

<sup>21</sup> Témoignage Gestionnaire #14

*Politique nationale pour les personnes proches aidantes - Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement :*

La Politique énonce les trois principales valeurs qui, pour préserver la dignité des PPA, doivent être au cœur des actions. Il s'agit de la bientraitance, de l'équité et de la solidarité [...] Les reconnaître [comme PPA], c'est leur permettre à leur tour de faire preuve de bientraitance envers elles-mêmes en s'autorisant le soutien nécessaire à l'atteinte et au maintien de leur santé et de leur bien-être. Pour ce faire, les parties prenantes concernées par la proche aidance doivent contribuer au développement d'une culture de bientraitance envers les PPA en adoptant une manière d'être, de dire et d'agir soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes et respectueuse de ses choix et de ses refus (MSSS, 2021b).

Selon cette politique, la reconnaissance des PPA doit être une priorité en CHSLD et faire partie intégrante de leur culture organisationnelle. Or, bien que le gestionnaire affirme que la bientraitance commence par les gestionnaires, les PPA ne semblent pas encore pleinement intégrés à leur discours.

### **5.12.2      Les discours en sourdine**

L'analyse des témoignages des gestionnaires-responsables en CHSLD les présente comme des figures de proue engagées dans un changement culturel profond au sein des établissements de soins de longue durée. Exposés à des vagues successives de réformes en tant que fonctionnaires du réseau de la santé depuis les deux (2) dernières décennies, nous nous questionnons si ces derniers sont réellement motivés par la réussite de cette transformation vers la bientraitance, étant donné que leur discours semble s'unir à celui du MSSS. Face aux nombreux obstacles et injonctions qui rendent cette mission presque utopique, qu'est-ce qui pousse les gestionnaires, malgré tout, à s'aligner sur la vision du MSSS ? Si le processus semble semé d'embûches, quels sont les véritables leviers de leur engagement ? Et surtout, quels discours silencieux se dissimulent derrière cette apparente adhésion ? Voici quelques tentatives d'hypothèses en regard des témoignages des gestionnaires révélant différentes sources de motivation :

- L'engagement pour des valeurs d'entraide : « *Je suis ici parce que je veux défendre les droits des personnes hébergées, promouvoir un milieu de vie sécurisant et chaleureux.* »<sup>22</sup>
- Le désir de transformation sociale : « *Je suis arrivée avec un rêve [...] Je ne peux plus attendre. Ça fait 25 ans que j'attends !* »<sup>23</sup>
- L'accomplissement professionnel : « *[la MDAA] c'est comme mon bébé professionnel. Je peux m'en aller à la retraite dans cinq ans, puis je vais sentir que j'ai accompli quelque chose* »<sup>24</sup>

Des tensions sont soulevées entre ce qui a été révélé dans les échanges avec les gestionnaires et ce qui a été perçu comme sous-entendu. D'un côté, la monologicité des discours sur la vision de la bientraitance découle d'une voix collective propre aux gestionnaires en tant que groupe d'acteurs sociaux. De l'autre, le discours des gestionnaires présente des positions individuelles, révélant ainsi une pluralité de discours sur la motivation à soutenir un changement de paradigme, chacun influencé et façonné par son propre parcours professionnel. Une panoplie d'acteurs sociaux gravitant autour de la personne hébergée, tels que les PPA, pourraient grandement être mis à contribution en faisant vivre la culture de bientraitance dans l'environnement des CHSLD selon d'autres référents, s'ils bénéficiaient d'une plus grande reconnaissance. Dans une perspective d'ouverture, les gestionnaires pourraient inclure davantage les PPA comme des alliés de premier rang pouvant agir concrètement à la culture de bientraitance. À la rigueur, c'est peut-être eux qui pourraient insuffler quelque chose de très communautaire de pair avec les PAB au milieu de l'hébergement.

---

<sup>22</sup> Témoignage Gestionnaire #12

<sup>23</sup> Témoignage Gestionnaire #8

<sup>24</sup> Témoignage Gestionnaire #5

## 6 DISCUSSION

---

En guise de rappel, dans le cadre de ce projet de recherche, nous nous sommes intéressés au discours entourant les centres d'hébergement pour aînés, notamment en ce qui concerne les défis liés à la mise en œuvre de la bientraitance. Notre démarche a tenté, dans un premier temps, d'analyser la manière dont le MSSS reconstruit le discours autour des milieux de vie pour personnes en perte d'autonomie afin de promouvoir la bientraitance. Dans un second temps, nous avons cherché à mettre en lumière comment le gestionnaire s'est approprié ce discours dans la construction de son rôle, dans un contexte marqué par des contraintes organisationnelles complexes, des ressources limitées et des attentes élevées.

À cet effet, cette recherche propose une contribution originale au champ des études sur les politiques publiques en santé et soins de longue durée en documentant la manière dont les gestionnaires en CHSLD reconfigurent le discours de l'État sur la bientraitance. Bien que ce discours soit soutenu par des textes ministériels ancrés dans un vocabulaire valorisant (ex. : « milieux de vie », « maisons des aînés », « ces lieux qui nous ressemblent »), son application concrète dépend de l'interprétation, de l'appropriation et de la reformulation qu'en font les gestionnaires au quotidien.

Les résultats de cette recherche montrent que le discours institutionnel sur la bientraitance, tel qu'approprié sur le terrain par le gestionnaire, est souvent présenté comme le principal acteur chargé de traduire, interpréter et opérationnaliser les principes énoncés par le MSSS. Cette centralisation du sens et de l'action contraste avec l'esprit des politiques publiques, telles que l'Approche milieu de vie (AMV), qui appellent à une mise en œuvre collective. Ce constat entre en écho avec les travaux de Ndjepel (2015), Aubry & Couturier (2014) et Soulières & Ouellette (2012), qui soulignent la difficulté à incarner réellement l'AMV dans les pratiques quotidiennes. Ce projet de recherche prolonge cette critique en montrant que, même dans un cadre plus prescriptif comme celui de la bientraitance, le style de gestion continue de façonner fortement les modalités d'appropriation locale.

Cette dynamique révèle un déséquilibre dans la coproduction des services publics, au sens d’Ostrom reprise plus récemment par Lavoie-Moore (2023) et l’IRIS (2023). Le fait que les gestionnaires se perçoivent porter seuls la charge symbolique et opérationnelle de la bientraitance témoigne d’une gouvernance incomplète, où les voix des PAB, des proches aidants et de la communauté sont peu mobilisées. Ce silence discursif constitue une forme d’injustice épistémique (Fricker, 2007), dans la mesure où il marginalise les savoirs expérientiels de ces acteurs, pourtant au cœur des pratiques de soin. Il reflète aussi une stratégie implicite du gestionnaire, qui peut se positionner comme « responsable en chef » de la bientraitance, posture valorisante dans une institution qui accorde encore peu de reconnaissance aux métiers du *care* (Federici, 2012 ; Aubry, 2014).

Ce manque de reconnaissance pour les métiers relationnels du « prendre soin » s’inscrit dans un contexte néolibéral de performance, où les pratiques de soin sont majoritairement évaluées à travers des indicateurs d’efficacité organisationnelle, souvent déconnectés de l’expérience réelle des personnes hébergées (Echevin, 2018). Comme le souligne Kickbusch (2006), cette culture demeure largement centrée sur l’expertise clinique, basée sur une logique où l’on mesure l’efficacité des soins selon le coût à l’acte (Plourde, 2024). Ceci relègue à la marge les dimensions affectives, relationnelles et humaines du soin qui, elles, requièrent temps et ressources, et qui par conséquent, nous éloignent de cette logique de performance.

Pourtant, plusieurs travaux appellent à une révision en profondeur des outils d’évaluation, afin d’intégrer des critères qualitatifs qui tiennent compte de la qualité de vie, de la relation de soin et du ressenti des personnes soignées. Sull (2018), par exemple, plaide pour une transformation des indicateurs, afin de rendre les objectifs ambitieux tel que la bientraitance véritablement mesurables et pertinents dans les milieux institutionnels comme les CHSLD. Dans la même veine, l’approche des systèmes de santé fondée sur la valeur souligne que les seules véritables mesures de qualité sont celles qui comptent pour les personnes soignées elles-mêmes. Lorsque les résultats sont recueillis et rapportés par ces dernières – où celles qui les représentent – cela favorise l’émergence de pratiques plus justes, adaptées et ancrées dans les réalités vécues (Porter, 2010).

Inscrite à la croisée des pensées de Gillian (éthique de l’interdépendance), de Tronto (care comme responsabilité partagée) et de Federici (care comme commun invisible), cette perspective invite à revaloriser les métiers du *care* en les réintégrant au cœur des systèmes d’évaluation, non pas comme variables secondaires, mais comme indicateurs centraux d’une bientraitance authentique. Dans cette optique, si le gestionnaire reconnaissant davantage la contribution des acteurs et actrices du *care* – PAB, proches aidants, membres de la communauté – cela permettrait de dépasser une logique descendante et hiérarchique, au profit d’une gouvernance relationnelle et partagée.

Ancrer la bientraitance dans une logique de commun, telle que proposée par Federici, implique de considérer le *care* non plus comme un simple ensemble de gestes individuels, techniques ou affectifs, mais comme une ressource collective, essentielle à la cohésion sociale. Cela suppose de reconnaître sa valeur sociale et de le défendre comme un bien partagé, et de le faire porter par une diversité d’acteurs et non seulement par les figures d’autorité.

Dans cette perspective, les centres de la petite enfance (CPE), tels qu’analysés par Lavoie-Moore (2023), offrent un exemple éclairant d’un modèle de gouvernance en coproduction réussi, mobilisant familles, personnel éducatif, communauté et État. Bien qu’ils relèvent du secteur de la famille plutôt que celui de la santé, le CPE incarne une vision plus horizontale et collaborative de la prestation de services publics, qui a non seulement transformé le paysage éducatif québécois, mais aussi reconfiguré le rôle des femmes sur la sphère publique. Ce rapprochement proposé par Lavoie-Moore entre CPE et CHSLD trouve un certain écho dans les résultats de la présente recherche. En l’absence d’une mobilisation plus large des acteurs – PAB, proches aidants, membres de la communauté – la mise en œuvre de la bientraitance demeure assujettie au style de gestion. Dans cette optique, le modèle des CPE pourrait servir d’inspiration structurelle, en illustrant comment une gouvernance partagée, ancrée dans la communauté, peut favoriser une co-responsabilité durable et inclusive pour les aînés en perte d’autonomie et offrir un cadre de soutien aux pratiques du *care* valorisées collectivement. En suivant cette analogie, une transformation de la gouvernance en CHSLD pourrait insuffler le discours institutionnel sur la bientraitance, et ainsi influencer la manière dont le

gestionnaire se l'approprie, le reconfigure pour ensuite le traduire auprès des acteurs du milieu de vie.

## 6.1 Limites de la recherche

L'analyse a volontairement été circonscrite à une période de quatre ans (2020-2024), ciblant les documents normatifs québécois relatifs à la bientraitance dans le contexte de la crise sanitaire. Ce choix a néanmoins conduit à exclure d'autres textes susceptibles d'avoir enrichi l'analyse du discours institutionnel, en particulier si la contrainte temporelle n'avait pas été imposée. Ainsi, le lien entre bientraitance et maltraitance organisationnelle a été mis en évidence, sans toutefois constituer l'unique perspective qui aurait pu être explorée. Le choix méthodologique d'analyser uniquement des documents normatifs visait à assurer une certaine cohérence dans le type et le genre de textes étudiés. Cependant, un corpus complémentaire issu des médias – conférences de presse et articles journalistiques – aurait aussi pu être mobilisé afin de mieux saisir les stratégies discursives institutionnelles autour de la bientraitance en CHSLD.

Concernant la collecte de données auprès des gestionnaires, les participants ont été recrutés à partir de contacts issus de notre réseau professionnel. Ces derniers ont reçu un courriel générique présentant les objectifs de la recherche de manière uniforme en vue de favoriser leur participation. Toutefois, il est possible que les personnes ayant facilité ces contacts aient sélectionné des gestionnaires sur des critères non contrôlés, tels que leur adhésion au discours du MSSS ou leur propension à valoriser leur organisation. Ces biais de sélection, s'ils existent, n'ont pu être pris en compte dans l'analyse.

Par ailleurs, la posture particulière de la chercheuse — à la fois actrice du milieu communautaire et cofondatrice d'une organisation œuvrant en innovation sociale auprès des milieux de vie — a pu influencer la dynamique des entretiens, notamment en créant un rapport de proximité perçu comme facilitateur, mais potentiellement biaisant. Cette double posture a pu influencer la manière dont les gestionnaires se sont exprimés, en créant un climat de confiance, mais aussi un possible effet de proximité.

De plus, le fait que les données aient été recueillies exclusivement auprès de gestionnaires limite le croisement des perspectives et peut influencer l'interprétation des résultats. L'absence de témoignages de résidents, de proches aidants et d'autres membres du personnel de première ligne restreint l'analyse à une seule voix de l'écosystème du milieu de l'hébergement, ce qui ne permet pas d'observer certaines tensions ou divergences qui pourraient exister dans la mise en œuvre de la bientraitance.

Enfin, bien que le réseau public couvre l'ensemble du territoire québécois à travers les 13 CISSS et CIUSSS, il ne représente qu'une part minoritaire de l'ensemble des milieux de vie pour personnes en perte d'autonomie – en incluant les établissements privés conventionnés, les RPA, ou encore le domicile. Ainsi, bien que la recherche repose sur les entretiens de 15 gestionnaires, elle ne prétend pas refléter l'ensemble des réalités du secteur. Les différences entre contextes urbains et ruraux, de même que la diversité des fonctions et responsabilités associées au rôle de gestionnaire, témoignent d'une complexité qu'il est difficile de circonscrire entièrement. Néanmoins, la diversité géographique et fonctionnelle des gestionnaires rencontrés permet d'estimer que l'échantillon offre une vision équilibrée d'une réalité partagée à plus large échelle.

## 6.2 Avenues de recherche

Sur la base des résultats de ce mémoire, plusieurs pistes de recherche mériteraient d'être explorées afin de prolonger la réflexion et d'approfondir la compréhension de la bientraitance en contexte institutionnel.

Une première piste consisterait à analyser le discours des proches aidants quant à la mise en œuvre de la bientraitance en CHSLD. Il serait pertinent de mieux comprendre leur positionnement : non seulement en tant que partenaires de soins auprès de leur aidé, mais également dans leur relation avec le personnel soignant et la communauté élargie. Comment perçoivent-ils leur rôle, leurs leviers d'action, et leur reconnaissance dans les dynamiques institutionnelles ? Leur voix, souvent mobilisée dans les discours institutionnels comme alliée, reste encore peu documentée dans la perspective de leurs propres représentations et vécus.

Une deuxième piste de recherche porterait sur l'étude de modèles alternatifs de gouvernance, basés sur la coproduction des services de santé. Il s'agirait d'analyser comment différentes parties prenantes – l'État, les professionnels du réseau de la santé et les usagers – se partagent réellement le pouvoir décisionnel et la responsabilité dans la mise en œuvre de la bientraitance. Cette approche permettrait d'observer comment se construisent les discours et les pratiques de bientraitance dans des contextes où la collaboration est institutionnalisée et où la contribution de chacun est reconnue comme essentielle.

Enfin, sur le plan thématique, il serait pertinent d'investir un projet de recherche centré sur la nomination d'indicateurs d'évaluation de la bientraitance en CHSLD, construits en concertation avec l'ensemble des parties prenantes. Une telle démarche contribuerait à créer un nouveau paradigme d'évaluation, orienté vers la mesure de l'impact social en matière de qualité de vie, plutôt qu'une évaluation strictement technocratique fondée sur des logiques de performance. Ce nouveau regard permettrait de « faire parler » les grilles d'évaluation autrement, en révélant des dimensions qualitatives essentielles, souvent invisibles dans les rapports habituels. Il ouvrirait aussi la voie à une manière renouvelée de valoriser les soins prodigues en CHSLD, en mettant de l'avant leur contribution humaine, relationnelle et sociale – et non uniquement leur efficacité mesurée en chiffres.

## 7 CONCLUSION

---

Que devons-nous retenir aujourd'hui du discours entourant les centres d'hébergement pour aînés, en particulier en ce qui concerne les défis associés à la mise en œuvre de la bientraitance ? Ce projet de recherche s'est intéressé à comprendre comment les gestionnaires de CHSLD s'approprient le discours institutionnel du MSSS sur la bientraitance, dans un contexte marqué par des contraintes organisationnelles importantes. Il examine de quelle manière ce discours façonne la manière dont les gestionnaires construisent leur rôle professionnel, en se positionnant comme des acteurs responsables, engagés et légitimes dans la mise en œuvre de la bientraitance, malgré les tensions liées aux ressources limitées, aux exigences ministérielles et aux réalités du terrain.

La notion de bientraitance apparaît dans ce mémoire comme une tentative de transformer la représentation des milieux d'hébergement, une construction sociale de ce que devraient être les CHSLD pour les aînés en perte d'autonomie aujourd'hui, notamment aux yeux des personnes hébergées, du personnel, de leurs familles et du grand public. Elle s'inscrit dans une volonté plus large de redéfinir à la fois le vieillissement et le rôle de l'État dans la prise en charge de ces personnes qui vivent en institution. Via le discours, elle cherche également à rallier la population à la cause, à obtenir son aval et sa collaboration, dans un contexte prévisible d'importantes tensions sociales et économiques liées au vieillissement de la population et à la pénurie de main-d'œuvre, pour lesquels le RSSS ne pourra agir seul.

Les résultats de la recherche les plus saillants ont révélé que le discours institutionnel vise d'abord à reconstruire l'image des CHSLD perçus comme vétustes, en les associant à un milieu plus familier, plus accessible : la maison. À travers le langage et la création d'un nouveau modèle d'hébergement (la maison des aînés et alternative), le MSSS cherche à rapprocher l'imaginaire collectif d'une nouvelle réalité, celle d'un milieu de vie « comme à la maison », dans lequel la personne hébergée pourrait se reconnaître, ce qui représente une stratégie claire de reconquête de la confiance envers ces institutions. Par ailleurs, le discours institutionnel montre que la bientraitance vise à se traduire dans

des pratiques concrètes, bien que l'évaluation de la qualité de vie des résidents demeure une tâche ardue dans un système de santé fondé sur l'efficacité et où la performance se calcule en fonction du coût à l'acte et non pas en fonction des principes fondateurs de la bientraitance qui vise des retombées difficilement quantifiables.

Du côté des gestionnaires, leur discours révèle qu'ils se construisent eux-mêmes comme porte-étendard pour la promotion de la bientraitance en CHSLD. Ils endossent la responsabilité du MSSS à l'égard des personnes hébergées, de leurs proches et du personnel. Cette posture montre que leur embauche massive, au début de la deuxième vague de la pandémie, a servi de réponse immédiate au fait que chaque CHSLD n'avait pas de gestionnaire responsable. Les résultats mettent également en lumière une forme de pouvoir exercé par les gestionnaires sur les prestataires de soins, en particulier les PAB. Selon une majorité des voix provenant des gestionnaires rencontrés, la bientraitance devrait venir de soi. Or, telle qu'elle est incarnée au quotidien par le personnel, les attitudes, les bonnes pratiques et les comportements ne sont pas innés.

Bien qu'il existe un certain alignement entre le discours du MSSS et celui des gestionnaires concernant la définition de la bientraitance, cet alignement reflète une forme de contrôle social institutionnel, soutenue par une culture organisationnelle valorisant la reconnaissance des employés basée sur les bons coups. Dans ce contexte, l'idée qu'un gestionnaire remette en cause la vision du MSSS apparaît comme incompatible avec l'aspiration à progresser dans la hiérarchie.

Par ailleurs, des tensions demeurent dans le discours des gestionnaires, notamment en raison de l'absence des autres acteurs – tels que les proches aidants et les membres de la communauté – pourtant largement valorisés dans le discours institutionnel. Bien que ces acteurs soient considérés comme des partenaires essentiels aux yeux du MSSS, les gestionnaires, quant à eux, semblent plutôt déstabilisés par leur présence.

La bientraitance en CHSLD, dans sa forme idéale, repose sur une logique qualitative difficilement compatible avec un système axé sur la performance et les résultats. Les contraintes systémiques, le désengagement des PAB et le poids de la reddition de

comptes rendent son application concrète quasi utopique. Face à ces limites structurelles, il devient pertinent de s'interroger sur les fondements même de la gouvernance actuelle. Envisager un changement en profondeur, plutôt que de tenter d'adapter l'idéal de bientraitance à un cadre qui l'entrave, pourrait être une piste de solution. La gouvernance par la coproduction des services de soins, bien qu'ambitieuse, n'est pas nouvelle : les centres de petite enfance (CPE) en sont un exemple qui fut son entrée il y a plus de 30 ans. Cette innovation sociale québécoise a démontré que des services publics de qualité peuvent émerger d'une gouvernance partagée. Appliquée aux CHSLD, cette approche permettrait de remplacer les humains – soignants, résidents, proches, communauté – au cœur du dispositif, et de faire de la bientraitance une réalité vécue et soutenable.

## 8 BIBLIOGRAPHIE

---

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), 11-32.

Amossy, R. (2008). Argumentation et Analyse du discours : perspectives théoriques et découpages disciplinaires. *Argumentation et analyse du discours*, 1. <https://doi.org/10.4000/aad.200>

ANESM. (2008). *Rapport d'activités 2007-2008*. <http://www.anesm.sante.gouv.fr/>

Archer, M. (1995). *Realist Social Theory : the Morphogenetic Approach*. University Press.

Archer, M. (2000). *Being Human : the Problem of Agency*. Cambridge University Press.

Aubry, F. (2020). Les préposés aux bénéficiaires en CHSLD face aux prescriptions organisationnelles relatives à la qualité. *Cahiers de recherche sociologique*(68). <https://doi.org/10.7202/1086358ar>

Aubry, F., & Couturier, Y. (2014). *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes, entre domination et autonomie*.

Aubry, F., & Couturier, Y. (2014). Regard sur une formation destinée aux préposés aux bénéficiaires au Québec. Gestion de contradictions organisationnelles et souffrance éthique. *Travailler*, 31(1), 169-192.

Aubry, F., & Couturier, Y. (2018). Regard critique sur l'imposition des normes de qualité en CHSLD : le cas spécifique de l'approche milieu de vie. *Intervention*, (148), 83-90.

Aubry, F., Couturier, Y., & Gilbert, F. (2013). L'application de l'approche milieu de vie en établissement d'hébergement de longue durée par les préposés aux bénéficiaires du point de vue des préposés, infirmières auxiliaires et infirmières. *L'infirmière clinicienne*, 10(1), 61.

Aubry, F., Godin, K., & Couturier, Y. (2011). Les préposées aux bénéficiaires face au processus d'implantation de l'approche milieu de vie en soins de longue durée: critiques et perspectives d'avenir. *Vie et vieillissement*, 9(3), 36-43.

Bakthin, M. (1986). *The problem of speech genres, in Speech Genres and Other Late Essays*.

Banerjee, A., Armstrong, P., Daly, T., Armstrong, H., & Braedley, S. (2015). "Careworkers don't have a voice." Epistemological violence in residential care for older people. *Journal of Aging Studies*, 33, 28-36. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.02.005>

Beaulieu, M., Bédard-Lessard, J., Carboneau, H., Éthier, S., Fortier, J., Morin, C., Sévigny, A., Lorrain, J., Maillé, I., & Salles, M. (2018). The Contribution of Canadian Non-Profit Organisations in Countering Material and Financial Mistreatment of Older Adults. *The British Journal of Social Work*, 48(4), 943-961. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcy063>

Beaulieu, M., & Cadieux Genesse, J. (2022). Maltraitance organisationnelle dans les CHSLD : la réponse du gouvernement du Québec en contexte de crise sanitaire. *Lien social et Politiques*, 172-193. <https://doi.org/10.7202/1090986ar>

Beaulieu, M., & Crevier, M. (2010). Contre la maltraitance et promouvoir la bientraitance des personnes aînées. *Gérontologie et société*, vol. 33 / n° 133(2), 69-87. <https://doi.org/10.3917/gs.133.0069>

Beck, H., Alma, P., & Boiffin, A. (2007). Le phénomène de la maltraitance au travers de trois années d'écoute. *Gérontologie*, 144, 33-48.

Beneviste, E. (1974). *Problèmes de linguistique générale*.

Berstein, B. (1990). *The Structuring of Pedagogic Discourse*, . Routledge.

Bhaskar, R. (1986). *Scientific Realism and Human Emancipation* Verso. <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9780203879849>

Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1085369ar>

Bogaert, B. (2021). L'application du concept d'injustice épistémique dans le soin : conceptualisation, limites, et perspectives. *Éthique & Santé*, 18(2), 127-133. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.etiq.2021.03.007>

Bouchard, I. (2023). *Le défi de la décennie: Comment gérer la pénurie de main d'œuvre au Canada*

Bryman, A. (2012). *Quantity and quality in social research*.

Busby, F. (2010). A nation-wide elder and handicapped abuse help-line network : Call us and stamp out abuse now. *Ageing International*, 35(3), 228-234.

Casagrande, A. (2016). La bientraitance, naissance d'une notion dans le clair-obscur des espaces de soins. *Soins*, 61(805), 22-25. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2016.03.004>

Charaudeau, P. (2022). Le discours populiste comme brouillage des enjeux politiques. *Le Philosophoire*, n° 58(2), 107-124. <https://doi.org/10.3917/phoir.058.0107>

Charpentier, M. (2002). *Priver ou privatiser la vieillesse ?, Entre le domicile à tout prix et le placement à aucun prix*.

Cimon-Mattar, N. (2016). Vingt recommandations unanimes. La Commission de la santé et des services sociaux dépose un rapport sur les conditions de vie des adultes hébergées en CHSLD. <<http://www.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/communiques/CommuniquéPresse-3995.html>>

Coman, R., Crespy, A., Louault, F., Morin, J.-F., Pilet, J.-B., & Van Haute, É. *Méthodes de la science politique. De la question de départ à l'analyse des données*. De Boeck Supérieur. <https://shs.cairn.info/methodes-de-la-science-politique--9782807337756?lang=fr>

Couturier, Y., Guillette, M., & Lanneville, D. (2021). Réorganiser les soins de longue durée à la lumière de la pandémie. *Institut de recherche en politiques publiques*, (Repères IRPP no. 40 (décembre 2021)). <https://doi.org/10.26070/71z8-k131>

CSBE. (2023). Portrait des organisations d'hébergement et des milieux de vie au Québec - Document de référence. In (Direction des communications de la Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), ed., pp. 24).

Daigle, V. (2023). *Intervenir en milieu de vie et de soins pour personnes aînées à but non lucratif en temps de Covid-19 : du sens à la pratique de la bientraitance en action* Université de Sherbrooke].

Daigneault, P.-M., & Pétry, F. (2017). *Quelques repères pour appréhender l'analyse de données textuelles dans toute sa diversité*, dans Daigneault P.-M., Pétry, F. (dir), *L'analyse textuelle, des idées, du discours et des pratiques politiques*.

Dandi, R., Casanova, G., Lillini, R., Volpe M, De Belvis, A., Avolio, M., & Pelone, F. (2012). Long-term care quality assurance policies in European countries. . *ENEPRI Research Report*, (111).

De Certeau, M. (1990). *L'invention du quotidien. Tome 1: Arts de faire* (Vol. 146). Gallimard.

Doutreligne, S. b., & Ruault, G. v. (2013). La question éthique dans le programme mobiquaL, Place des outils et de la réflexion dans le prendre soin. *Gérontologie et société* 36(144), 147.

Echevin, D. (2021). *Revue documentaire des cadres d'analyse de la valeur et de la santé performance du système de santé* (Commissaire à la santé et au bien-être Issue.

England, K. (1994). England 1994 Getting Personal. *The Professional Geographer*, 46(1), 80-89. <https://doi.org/10.1111/j.0033-0124.1994.00080.x>

Erlingsson, C. L., Carlson, S. L., & Savenman, B.-I. (2006). Perceptions of elder Scandinavian Journal of Caring Sciences. 20, 2, 151-159.

Ethier, S., Gagnon, É., Couture, M., & Aubry, F. (2019). *Démarche de mise en valeur des pratiques de bientraitance « ordinaire » en milieu d'hébergement au Québec : un travail de mobilisation de tous les acteurs concernés*.

Éthier, S., Gagnon, É., Couture, M., Aubry, F., Andrianova, A., & Smele, S. (2021). *Démarche de mise en valeur des pratiques de bientraitance « ordinaire » en CHSLD, RI et RPA au Québec. Guide pratique pour appliquer la démarche*.

Éthier, S., Gagnon, É., Couture, M., Aubry, F., Andrianova, A., Smelle, S., Myrand, A., & Israël, S. (2020). *La bientraitance des personnes aînées: ce qu'elle signifie et ce à quoi elle nous engage - Dans le cadre de la consultation pour le renouvellement du Plan d'action de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées 2022-2027*.

F.-Dufour, I., & Richard, M.-C. (2017). *Théoriser à partir de données qualitatives secondaires : Comparaison de deux méthodes d'analyse des données textuelles*, dans Daigneault P.-M., Pétry, F. (dir), *L'analyse textuelle, des idées, du discours et des pratiques politiques*.

Fairclough, N. (1992). *Discourse and social change*. Polity Press.

Fairclough, N. (2003). *Analysing Discourse : Textual Analysis for Social Research*. Routledge.

Federici, S. (2012). *Revolution at Point Zero' housework, Reproduction, and Feminist Struggle*.

Finlay, L. (2002). Negotiating the swamp: The opportunity and challenge of reflexivity in research practice. *Qualitative Research*, 2(2), 209-230. <https://doi.org/10.1177/146879410200200205>

Foucault, M. (1966). *Les mots et les choses, une archéologie des sciences humaines*.

Fournier, E. (2020). Bientraitance : une tentation équivoque de l'éthique. *La Santé en action*, 453, 10-12.

Gabrielian, V. (1999). *Qualitative research methods: An overview*. dans: G.J Miller and M.L. Whicker (dir.) *Handbook of research methods in public administration*.

Gagnon, S. (2020). *Rapport d'enquête sur les événements survenus dans le cadre de la pandémie de la COVID-19 au CHSLD Herron* (Publications, Issue).

Gerbet, T. (2020, 28 septembre 2020). Chaque CHSLD n'a pas encore son propre patron responsable au Québec. *Radio-Canada*.

Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*.

Gladkov, E. (2023). *Simplification et responsabilisation dans le discours gouvernemental de la pandémie de la COVID-19* HEC Montréal]. Montréal.

Gouvernement du Québec. (2020). *COVID-19: Plan d'action pour une deuxième vague*. Québec

Grimmer, J., & Stewart, B. M. (2013). Test as data : The Promise and Pitfalls of Automatic Content Analysis Methods for Political Texts. *Political Analysis*, 21(3), 267-297.

Haut Conseil de la famille, d. l. e. e. d. l. à. H., & Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPh). (2019). *Note d'orientation pour une action globale d'appui à la bientraitance dans l'aide à l'autonomie*. (Commission pour la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance., Issue.[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190124\\_rapport\\_lutte\\_contre\\_la\\_maltraitance.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190124_rapport_lutte_contre_la_maltraitance.pdf)

Hétu, C. (1990). Jacques Cosnier, Nadine Gelas et Catherine Kerbrat-Orecchioni, sous la direction de, Échanges sur la conversation. *Communication. Information Médias Théories*, 11(1), 219-223.

ICIS. (2020). *La pandémie dans le secteur de soins de longue durée : où se situe le Canada par rapport aux autres pays ?*

ICIS. (2023). *Tendances des dépenses nationales de santé, 2023: tableaux de données*. [www.cihi.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante](http://www.cihi.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante);

INESSS. (2018). *État des connaissances : Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Rapport rédigé par Isabelle David*.

INESSS. (2020). Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée. États des pratiques rédigé par Isabelle David et Marie-Hélène Raymond., 156.

INSPQ. (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé*.

Institut for Healthcare Improvement. (2021). *The IHI Triple Aim*. .

ISQ. (2015). *Vieillissement démographique au Québec : comparaison avec les pays de l'OCDE, Données sociodémographiques, En bref*.

ISQ. (2020). *Vitrine sur le vieillissement de la population et les personnes aînées*.

Jousse, E. (2020). Ce que signifie le congrès de Tours (1920). *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, n° 38(1), 7-30. <https://doi.org/10.3917/mnc.038.0007>

Kickbusch, I. (2006). Tribute to Aaron Antonosky. «What creates health ». *Health Promotion International*, 11(1), 5-6.

Lambert Barraquier, A. (2016). Bientraitance et management dans le secteur médico-social. *Soins*, 61(805), 46-49. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2016.03.011>

Lavoie-Moore, M. (2023). La coproduction des services de santé : pour qu'efficacité rime avec qualité. *LaRISSS de l'IRIS*(no.26), 4.

Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes, (2020). <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/R-1.1>

Lévesque, F., & Pilon-Larose, H. (2020). Québec dévoile son plan d'action pour affronter la deuxième vague *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/covid-19/2020-08-18/quebec-devoile-son-plan-d-action-pour-affronter-la-deuxieme-vague.php>

Longneaux, J. M. (2010). On ne naît pas bien traitant, mais on peut le devenir. *Gérontologie et société*, 133(2), 33-41.

Loriaux, M., & Remy, D. (Eds.). (2005). *Conclusions. Genre, générations et classes : Une synthèse transversale de l'enquête sur les « 50 ans et plus »*. De Boeck Supérieur.

Luquel, L. (2008). La méthodologie de soin gineste-marescotti dite humanitude: Expérience de son application au sein d'une unité spécifique alzheimer. . *Gérontologie et société*, 126(3), 165-177.

Mazière, F. (2015). *L'analyse du discours, histoires et pratiques*. Presses universitaires de France, Paris.

McIntosh, A., & Halliday, M. A. K. (1966). *Patterns of language : paper in general, descriptive and applied linguistics*. Longmans.

McMullin, C., & Needham, C. (Eds.). (2018). *Co-production and healthcare*. Routledge.

Meloche, K. (2022). *Les impacts des mesures sanitaires en contexte de la COVID-19 sur les personnes âgées vivant dans les centres d'hébergement de soins de longue durée au Canada* Université d'Ottawa]. Ottawa. <https://ruor.uottawa.ca/items/7585ba54-4b95-4506-968f-50de15c02d74>

Metzger, J.-L. (2000). *Entre utopie et résignation: la réforme permanente d'un service public, Concept d'utopie et compréhension des pratiques modernisatrices*.

Ministère de la famille. (2017). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2017-2022*. Gouvernement du Québec

Ministère de la famille. (2022). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2017-2022.* (22-830-44W). Retrieved from <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-830-44W.pdf>

Molinier, P. (2010). Apprendre des aides-soignantes. *Gérontologie et société*, 33(133(2)), 133.

Moulias, R., Moulias, S., & Busby, F. (2010). Edito. « La bientraitance» : Qu'est-Ce Que C'est? *Gérontologie et société* 33(133 92)), 10-21. <https://doi.org/10.3917/gs.133.0010>.

MSSS. (2005). *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité.* (05-830-01F).

MSSS. (2015). *Glossaire - Définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux.* (17-127-03W). Québec

MSSS. (2021a). *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée - Des milieux de vue qui nous ressemblent.* (20-814-01W). Québec

MSSS. (2021b). *Politique nationale pour les personnes proches aidantes - Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement.* ( 21-835-01W).

MSSS. (2023a). *Appel de projets - Soutien à la réalisation de projets visant la création d'environnements favorables à la bientraitance en CHSLD.* Québec

MSSS. (2023b). *Favoriser la bientraitance envers toute personne aînée, dans tous les milieux et tous les contextes - Cadre de référence.* (22-830-42W). Québec

MSSS. (2024). *Cadre de référence de l'approche intégrée de proximité pour les personnes aînées.* (23-830-22W). Québec

Nahmias, D., & Reis, M. (2001). Most successful intervention strategies for abused older adults. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 12(3-4), 53-70.

Ndjepel, J. (2014). Réflexion critique sur l'approche milieu de vie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée : un éclairage nouveau à partir de la promotion de la santé. *Service social*, 60(2), 89-100. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1027993ar>

Ndjepel, J. (2015). Réflexion critique sur l'approche milieu de vie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée : un éclairage nouveau à partir de la promotion de la santé. *Service social*, 60(2), 89-100. <https://doi.org/10.7202/1027993ar>

OCDE. (2019). *Measuring What Matters ; The Patient-Reported Indicator Surveys.*

Ordre des architectes du Québec. (2021). Maisons des aînés : renouveler un modèle. *Magazine Esquisses*, 32(1). <https://www.oaq.com/article-magazine/maisons-des-aines-renouveler-un-modele/>

Organisation de normes en santé (HSO), & Accréditation Agrément Canada. (2025). 2024: Rapport d'impact - La qualité en action.

Pain, B. t. (2010). Les incertitudes de la bientraitance : Ou comment prendre soin de la personne âgée démente ? *Esprit*, 366(7), 153-170.

Pelletier, C., Leboeuf, R., & Beaulieu, M. (2016, 17 et 18 novembre 2016). La bientraitance : approche connaissances et pratiques Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD 17 et 18 novembre 2016,

Péoc'h, N. (2011). Bientraitance et éthique du care... Similitudes et différences d'une recension des écrits scientifiques. *Recherche en soins infirmiers*, 2(105), 4-13.

Plourde, A. (2024). *Mythes et réalités de la pénurie de main d'œuvre en santé et services sociaux au Québec.*

Pomar-Chiquette, S. (2019). *Bientraitance des aînés : nouveau paradigme à conjuguer à la lutte contre la maltraitance* Université de Sherbrooke]. Sherbrooke.

Porter, M. (2010). What Is Value in Health Care ? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>

Québec, G. d. (2018). *Entente-cadre nationale pour lutter contre la maltraitance envers les personnes aînées et tout autre personne majeure en situation de vulnérabilité.*

RAMQ. (2022). *Nombre de médecins, montant total et montant moyen selon la catégorie de médecins, le groupe de spécialités, la spécialité et le mode de rémunération.*

Reynaud, J.-D. (1989). *Les règles du jeu : L'action collective et la régulation sociale*.

Ribeaucoup, L., & Malaquin-Pavan, E. (2015). Prévenir la maltraitance en gériatrie : une posture d'équipe bientraitante. . *Ethics, Medecine and Public Health*, 1(1), 33-43.

Rimbert, G. (2006). *Encadrer les crises biographiques irréversibles. Les contradictions dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes*. École des Hautes Études en Sciences Sociales]. France.

Savin-Baden, M., & Howell Major, C. (2013). *Qualitative Research - The essential guide to theory and practice*. Routledge Interactive.

Scott, K. (2022). Two years into COVID-19 and the need for long-term care reform couldn't be more urgent. Canadian Centre for Policy Alternatives, Centre canadien de politiques alternatives. <https://www.policyalternatives.ca/news-research/two-years-into-covid-19-and-the-need-for-long-term-care-reform-couldnt-be-more-urgent/>

Sonix Inc. (2025). Sonix. In. San Francisco: <https://sonix.ai/fr>.

Soulières, M., & Ouellette, G. (2012). *L'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie au Québec. Des enjeux et des parcours difficiles pour les personnes concernées* (Regroupement provincial des comités des usagers, Issue.

Statistiques Canada. (2025). *Statistiques sur Les adultes âgés et le vieillissement démographique*. [https://www.statcan.gc.ca/fr/sujets-debut/adultes\\_ages\\_et\\_vieillissement\\_demographique](https://www.statcan.gc.ca/fr/sujets-debut/adultes_ages_et_vieillissement_demographique)

Sull, D., & Sull, C. (2018). With Goals, FAST beats SMART. *MIT Sloan Management Review*, 1-11. <https://mitsmr.com/2M0tVWe>

Svandra, P. (2010). Le soin est-il insoluble dans la bientraitance ? *Gérontologie et société*, 33(133 (2)), 23-31. <https://doi.org/10.3917/gs.133.0023>.

Thomas, D. R. (2006). A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246. <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>

Trimble, L., & Treiberg, N. (2015). «Textual Analysis », dans Loleen Berdhal et Keith Archer (dir.), *Explorations: Conducting Empirical Research in Canadian Political Science*. Oxford University Press.

Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care* .

Venne, J.-F. (2022, 25 avril 2022). Pénurie de main d'oeuvre : la catastrophe annoncée. *Revue Gestion*. <https://www.revuegestion.ca/penurie-de-main-douvre-la-catastrophe-annoncée>

Verschueren B., Brandsen, T., & Steen, T. (2018). *Co-production and co-creation: Engaging citizens in public service delivery*.

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

Whitford, A. B., & Yates, J. (2002). Volunteerism and social capital in policy implementation: Evidence from long-term care ombudsman program. *Journal of Ageing & Social Policy*, 14(3-4), 61-73.