



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

**FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES
ET POSTDOCTORALES**



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

**FACULTY OF GRADUATE AND
POSTDOCTORAL STUDIES**

Gloria Hamel

AUTEUR DE LA THÈSE / AUTHOR OF THESIS

M.Sc. (Sciences infirmières)

GRADE / DEGREE

École des sciences infirmières

FACULTÉ, ÉCOLE, DÉPARTEMENT / FACULTY, SCHOOL, DEPARTMENT

**Les facteurs reliés à la non dénonciation de la maltraitance par le
personnel infirmier travaillant en soins de longue durée**

TITRE DE LA THÈSE / TITLE OF THESIS

Sylvie Lauzon

DIRECTEUR (DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS SUPERVISOR

CO-DIRECTEUR (CO-DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS CO-SUPERVISOR

EXAMINATEURS (EXAMINATRICES) DE LA THÈSE / THESIS EXAMINERS

Dave Holmes

Martine Lagacé

Gary W. Slater

Le Doyen de la Faculté des études supérieures et postdoctorales / Dean of the Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies

LES FACTEURS RELIÉS À LA NON DÉNONCIATION
DE LA MALTRAITANCE PAR LE PERSONNEL INFIRMIER
TRAVAILLANT EN SOINS DE LONGUE DURÉE

GLORIA HAMEL

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales pour
l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M. Sc.) en sciences infirmières

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ
ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIÈRES

© GLORIA HAMEL, 2008



Library and
Archives Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Published Heritage
Branch

Direction du
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-46480-9
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-46480-9

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

Résumé

Le but de cette étude exploratoire inspirée de la théorie de la dissonance cognitive et réalisée selon la méthode de la théorisation ancrée était de décrire, chez le personnel infirmier, les facteurs reliés à la non dénonciation des actes de maltraitance envers les personnes âgées vivant en centres de soins de longue durée. Une entrevue semi-structurée fut conduite auprès de sept infirmières et infirmières auxiliaires recrutées selon l'échantillonnage par réseaux dans deux CHSLD de la région de Montréal. De l'analyse des données recueillies ont émergé sept facteurs : expériences antérieures difficiles, prise en main de la situation, inertie organisationnelle, culture du silence, niveau de gravité de la maltraitance, désensibilisation et relations contraignantes au travail. Les résultats révèlent l'absence de référence aux codes d'éthique. La non dénonciation découle de plusieurs facteurs évoluant dans une dynamique complexe engageant à la fois le personnel infirmier et son environnement et s'accompagne d'une importante souffrance émotionnelle.

Remerciements

Je tiens à exprimer ma plus profonde gratitude à toutes les participantes de cette étude. Ces infirmières et infirmières auxiliaires ont contribué à la réalisation de cette thèse de par leur authenticité et générosité à partager leur expérience, parfois douloureuse.

Je désire également exprimer ma plus profonde reconnaissance à ma directrice de thèse, Madame Sylvie Lauzon, qui a cru en ce projet de recherche. De plus, sa rigueur scientifique et son implication ont contribué à faciliter la réalisation de ce projet de maîtrise. Tout au long de ces années d'étude, elle a su être un modèle de pensée rigoureuse en plus de me communiquer ses connaissances et son grand intérêt pour le bien-être des personnes âgées, cela a parfois suscité des discussions passionnantes.

J'adresse également mes remerciements aux membres de mon comité de thèse : Madame Denyse Pharand pour ses qualités exceptionnelles de pédagogue et pour sa grande générosité à partager son savoir et savoir-être; puis à Monsieur Dave Holmes pour ces précieux commentaires qui ont stimulé ma réflexion sur des sujets à la fois riches et passionnants.

Je tiens aussi à remercier de façon bien spéciale, Monsieur Guy Joly, président de l'association des établissements privés conventionnés du Québec (AEPC), Madame Najia Hachimi-Idrissi, responsable des services à la clientèle à l'AEPC, Madame Doreen Ulrichsen, directrice des soins infirmiers à Providence Manor (Kingston) dont sa précieuse collaboration a permis la réalisation de cette thèse dans un délai raisonnable.

Ma plus profonde reconnaissance s'adresse également à Isabelle Thibeault, Jacline Hamel, Claire Farella, ainsi qu'à mes parents qui, à chaque étape franchie au cours de ces

trois dernières années m'ont témoigné des encouragements. Merci pour votre écoute, présence et soutien.

À Louis-Marc, mon âme sœur, un merci bien particulier. Durant toutes ces années, il n'a cessé ses encouragements, et a toujours cru que j'y arriverais. Son écoute, son indéfectible patience, son soutien affectif, son enthousiasme ainsi que sa collaboration au niveau de la révision des textes font en sorte qu'il est difficile de trouver le mot juste pour lui traduire ma plus profonde gratitude. Je lui dédie cette thèse.

Tables des matières

Résumé.....	iii
Remerciements.....	iv
Table des matières.....	vi
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures	ix
CHAPITRE 1: Problématique.....	1
Cadre théorique de l'étude	7
But de l'étude	9
CHAPITRE II : Recension des écrits	11
Maltraitance	11
Formes de maltraitance	11
Prévalence de la maltraitance envers les aînés.....	17
Facteurs de risque liés à la maltraitance.....	20
Dénonciation	24
Devoirs et responsabilités du personnel infirmier.....	25
Définition de la dénonciation.....	27
Dilemme éthique de la dénonciation.....	28
La dénonciation dans les services de santé	30
La dénonciation et ses conséquences sur la santé	32
Cadre théorique : La dissonance cognitive	34
CHAPITRE III – Méthode.....	38
Devis de recherche	38
Stratégie d'échantillonnage pour sujet sensible.....	39
La collecte de donnée.....	45
L'analyse des données	48
Les considérations éthiques	53

CHAPITRE IV – Résultats	57
La codification initiale	57
Les catégories émergentes	58
Premier thème : Les facteurs inhérents à la personne	60
Deuxième thème : Les facteurs inhérents à l’environnement	67
Troisième thème : Les facteurs inhérents au lien personne-environnement	76
Modélisation de la non-dénonciation du personnel infirmier témoin d’actes de mauvais traitements en CHSLD.....	81
 CHAPITRE V – Discussion	 86
Discussion des résultats	86
Les limites de l’étude	101
Recommandations.....	103
 APPENDICE A: Approbation du comité d’éthique	 110
APPENDICE B: Lettre d’information à l’intention de la DSI.....	113
APPENDICE C: Lettre d’information à l’intention des participants.....	116
APPENDICE D: Canevas d’entrevue	122
APPENDICE E: Questionnaire des données sociodémographiques et Professionnelles	125
APPENDICE F: Formulaire de consentement.....	128
APPENDICE G: Liste des codes initiaux	133
APPENDICE H : Caractéristiques et catégories émergentes.....	141
RÉFÉRENCES	143

Liste des tableaux

Tableau 1 : Le profil socioprofessionnel	44
Tableau 2 : Les classes et catégories émergentes.....	59

Liste des figures

Figure 1 : L'expérience de la non-dénonciation du personnel infirmier témoin d'actes de mauvais traitements en CHSLD.....	84
---	----

CHAPITRE 1 – PROBLÉMATIQUE

La maltraitance des personnes âgées fait de plus en plus l'objet d'enquêtes ou de recherches et suscite davantage l'intérêt du public notamment en raison de l'importante médiatisation d'actes d'abus et de négligence perpétrés dans des établissements de soins de longue durée.

Le concept de maltraitance a donné lieu à plusieurs définitions sans que les auteurs ne s'entendent tous parfaitement sur ce qu'il signifie (Daly & Jogerst, 2001; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano-Ascencio, 2002; Lachs & Pillemer, 1995, 2004; Pillemer & Finkelhor, 1988; Wieland, 2000). Il semble toutefois se dégager un consensus sur la définition proposée par la *US National Academy of Sciences* (NAS) pour les personnes âgées, qui va comme suit : (a) « des actions intentionnelles causant un tort ou créant un risque sérieux de préjudice (que le tort ou le préjudice soit intentionnel ou non) chez une personne âgée vulnérable, ces actions étant perpétrées par un soignant ou une personne entretenant un lien de confiance avec elle » ou à (b) « une omission par ces derniers à satisfaire les besoins de base de la personne âgée ou de la protéger contre ce qui pourrait lui causer un préjudice » (Lachs & Pillemer, 2004, p.1264) « (Traduction libre) ».

Il est aussi largement accepté que la maltraitance est un phénomène polymorphe, c'est-à-dire qu'elle se présente sous plusieurs formes. Généralement, les auteurs s'entendent pour en reconnaître cinq : les mauvais traitements physiques, les mauvais traitements psychologiques, l'exploitation matérielle ou financière, la négligence et les sévices sexuels (Daly & Jogerst, 2001; Krug et al., 2002; Lachs & Pillemer, 1995). Mais, plus récemment, certains auteurs ont ajouté une sixième forme de violence, soit celle de la violence systémique. En effet, ils considèrent le fonctionnement de certains établissements qui imposent une adhésion rigide aux horaires établis, exigent que les

repas se prennent rapidement ou demandent que les personnes attendent pour recevoir des soins ou aller aux toilettes (Kozack & Lukawiecki, 2001), les traitements déshumanisants dans les milieux de soins (Krug et al., 2002) ou encore l'impossibilité pour les personnes âgées vivant en établissement de faire valoir leur droit à l'autodétermination (Teeri, Leino-Kilpi & Valimaki, 2006) comme une violence systémique induite par les milieux de soins.

Or, si les auteurs s'entendent de plus en plus sur les formes d'abus, il n'en demeure pas moins que la culture, les croyances religieuses et les valeurs personnelles viennent aussi teinter les perceptions d'actes de maltraitance notamment dans le cas de ce qui est attendu du personnel soignant (Kozack & Lukawiecki, 2001).

La prévalence de la maltraitance sous toutes ses formes est encore mal connue, mais quelques résultats d'études canadiennes menées dans la communauté suggèrent que le taux se situe entre 4 et 6 % (Krug et al., Podniecks, 1992). Par ailleurs, à la connaissance de l'investigatrice de cette recherche, aucune étude de prévalence n'a été menée dans les établissements de soins au Canada (McDonald & Collins, 2000) ou aux États-Unis (Lachs & Pillemer, 2004). Ceci ne signifie pas pour autant qu'elle en soit absente.

Les observations cliniques de l'auteure de la présente étude permettent de croire à l'existence de la maltraitance dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et à la présence d'une variété de formes de maltraitance, qu'il ne s'agirait pas de faits isolés ou propres à un établissement en particulier. Certaines recherches permettent de corroborer les précédentes observations de l'auteure de la présente étude en regard du phénomène dans les milieux de soins.

Ainsi, dans le cadre d'une enquête menée au Québec auprès de 140 professionnels, il a été observé que des 974 actes de maltraitance commis, 35,5 % se sont produits dans des centres résidentiels et des hôpitaux et 28,4 % dans les établissements de soins de longue durée (Ens, 2002). Aux États-Unis, une enquête effectuée auprès d'aides-soignantes révèle que la négligence n'est pas inhabituelle (Bonnie & Wallace, 2003). Les auteures rapportent que lorsque le personnel est insuffisant, elles négligent entre autres de répondre aux besoins d'hydratation, de positionner les clients en vue de réduire les risques d'escarres de décubitus et d'offrir suffisamment d'aide pour l'alimentation (Bonnie & Wallace 2003). Un autre sondage mené auprès de 577 intervenants provenant de 31 établissements de soins de longue durée aux États-Unis a permis de constater que plus du tiers (36 %) avait été témoin d'au moins un incident d'abus physique et 81 % d'abus psychologique au cours des douze mois précédents (Pillemer & Moore, 1989). En Ontario, les résultats d'un sondage réalisé auprès de 1000 infirmières ontariennes démontrent que 48 % des membres interrogés avaient été témoins de mauvais traitements et 11 % avaient eu connaissance d'incidents semblables. De plus, 25 % de ces infirmières avaient été témoins d'au moins quatre incidents de violence (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario [OIIO], 2004). Finalement, dans une enquête menée en Géorgie aux États-Unis (Hawes, 2003), un Ombudsman a interviewé 80 résidents de 23 établissements de soins de longue durée et a rapporté que 44 % des résidents avaient été abusés et que 48 % avaient été durement menacés. Il a aussi révélé que 38 % des résidents avaient été témoins d'abus envers d'autres résidents. Ces situations permettent donc à plusieurs auteurs de dire que le taux de maltraitance envers les personnes âgées est probablement sous-estimé en raison de la nature délicate de la dénonciation (Baker & Heitkemper, 2005; Bonnie & Wallace,

2003; Namiash, 2000; Pillemer & Finkelhor, 1988). La maltraitance en milieux de soins de longue durée est donc présente et même si les données fiables de prévalence ne sont pas encore disponibles, les quelques études menées dans ces milieux semblent indiquer que le taux pourrait être encore plus élevé que dans la communauté.

Certains facteurs ont été identifiés comme étant liés à la maltraitance en établissement de soins. La présence d'un personnel peu qualifié constitue un élément de risque. Le fait que ces personnes ont peu de connaissance sur les besoins des personnes âgées et les façons de faire face aux comportements perturbateurs aurait un impact sur la qualité des interventions ou des soins prodigués (Kozak & Lukawiecki, 2001; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2000). De son côté, Hirst (2002) soutient que la présence de maltraitance dans les établissements de soins résulte d'un manque de connaissance du personnel qui ne reconnaît pas que certains gestes qu'il pose sont en réalité des actes de maltraitance.

Or, la maltraitance vient en contradiction avec la mission même des milieux de soins de longue durée, laquelle est d'offrir un milieu favorisant « le bien-être physique, mental et émotionnel, le développement personnel et le maintien optimal de l'autonomie de toutes personnes hébergées » (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2003, p.10). Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) doivent également, selon les orientations ministérielles, adopter des principes directeurs qui favorisent l'individualisation des soins ainsi qu'un milieu de vie qui respecte l'identité, la dignité, l'intimité, la sécurité et le confort des personnes âgées hébergées et en grande perte d'autonomie (MSSS, 2003).

De plus, le personnel infirmier qui doit contribuer à cette mission est régi par un code de déontologie c'est-à-dire un ensemble de devoirs qu'impose à des professionnels

l'exercice de leur profession. Ces valeurs déontologiques qui sont fondamentales à la prestation des soins infirmiers et qui visent à tenir les personnes à l'abri du danger sont, le bien-être des clients et le respect de la vie. Ces valeurs font référence au fait que la vie du client est précieuse et qu'elle doit être respectée et protégée (OIIO, 2004). De plus, comme l'indiquent Ahern & McDonald (2002), le code de déontologie du personnel infirmier d'une vaste majorité de pays précise que la première responsabilité du personnel infirmier est envers le patient plutôt qu'envers les médecins et les employeurs. Mohr et Horton-Deutsch (2001) soulignent que les infirmières ont également un contrat social envers le public afin de le protéger contre l'incompétence et des pratiques non éthiques ou illégales. En d'autres mots, une infirmière qui ignorerait des situations impliquant une clientèle vulnérable et abusée pourrait être blâmée de faillir à ses responsabilités professionnelles au même titre que d'abdiquer à un devoir moral en tant qu'être humain (Mohr & Horton-Deutsch, 2001). De la même façon, l'Association des infirmiers et infirmières du Canada (AIIC, 1999) précise que dénoncer les préjudices est une obligation morale de l'infirmière.

De plus, d'autres sources soutiennent que le personnel infirmier occupe une place centrale leur permettant d'identifier les victimes réelles et potentielles de la maltraitance. Ce rôle comprend actuellement l'évaluation et le dépistage de la maltraitance, la dénonciation obligatoire pour certains états américains, les soins directs, l'investigation de la plainte (Baker & Heitkemper, 2005; Neno & Neno, 2005) ainsi que le témoignage à la cour, le cas échéant (Miller, 2003).

Même si des membres du personnel infirmier sont témoins d'actes de maltraitance et de négligence, ils ne dénoncent pas, même aux États-Unis où des lois ont rendu

obligatoire la dénonciation de tels actes (Lachs & Pillemer, 2004). Baker et Heitkemper (2005) soutiennent que pour chaque cas dénoncé, cinq ne le sont pas.

On peut donc penser qu'un dilemme s'installe entre le devoir éthique du personnel infirmier, notamment celui d'assurer le respect de la dignité humaine, et les actes de maltraitance qu'il pose ou qu'il observe chez d'autres soignants sans dénoncer (Teeri, Leino-Kilpi, & Valimaki, 2006). Des valeurs éthiques viennent donc en opposition lorsque le personnel infirmier qui a pris un engagement envers le mieux-être de leur client est aux prises avec un conflit de responsabilités, c'est-à-dire celui de choisir entre sa responsabilité envers le client, envers l'employeur ou envers les autres membres du personnel. Cela amènerait les infirmières non seulement à vivre un certain inconfort mais également à ne pas dénoncer (AIIC, 1999).

Par ailleurs, dans les milieux de soins, il y a souvent des situations que le personnel ne dénonce pas, parfois en raison de craintes multiples. À cet égard, certaines études empiriques menées dans divers milieux de soins font état de la peur des représailles, de la perte d'emploi, du harcèlement, du discrédit, d'attaques envers la crédibilité, l'intégrité et les habiletés de la personne dénonciatrice, ainsi que des menaces à la sécurité d'emploi, comme étant des facteurs pouvant décourager ou inhiber l'action de dénoncer (Ahern & McDonald, 2002; Harrison, 2003; Johnstone, 2004; King III, 2001; Wilmot, 2000).

La plupart de ces recherches ont été menées dans un contexte hospitalier de soins de courte durée et ont porté sur différentes perspectives de la dénonciation, dont sa dimension éthique ou sous l'angle de mauvaises conduites professionnelles (Johnstone, 2004; Wilmot, 2000). Une autre recherche s'est intéressée à l'impact physique et

émotionnel sur le soignant du fait de dénoncer ou de s'en abstenir (McDonald & Ahern, 2002).

King III (2001) s'est penché sur les perceptions des infirmières par rapport à des inconduites de collègues de travail et comment celles-ci ont influencé leur décision de dénoncer. Les infirmières de cette étude provenaient de différents milieux dont celui de la longue durée.

Une dernière étude a été conduite sur les conflits éthiques entre deux systèmes de valeur; celui du rôle traditionnel où l'infirmière se subordonne à une autorité comme celle de son employeur ou celui du rôle de défenseur des droits du client qui favorise une pratique responsable et autonome (Ahern & McDonald, 2002).

Ainsi, aucune étude ne s'est penchée sur les raisons pour lesquelles les infirmières ne dénoncent pas la maltraitance et celles qui ont été répertoriées ne portaient pas sur la dénonciation de la maltraitance des personnes âgées dans des établissements de soins de longue durée. Il est important de le faire afin de mieux comprendre le phénomène de la non dénonciation d'actes d'abus commis envers les personnes âgées vivant dans les établissements. Mieux comprendre ce phénomène permettrait d'élaborer des stratégies afin de soutenir le personnel infirmier qui souhaite protéger les résidents contre des comportements d'abus non respectueux de l'éthique et de la personne. Si aucune intervention adéquate n'est entreprise, la maltraitance des personnes âgées dans la communauté et en établissements prendra des proportions épidémiques (Baker & Heitkemper, 2005).

CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE

La théorie de la dissonance cognitive de Leon Festinger (1957) servira de cadre pour guider cette recherche. Elle permet de bien rendre compte du malaise intérieur ressenti

par le personnel infirmier contraint d'adopter un comportement non conforme à ses valeurs éthiques : la non dénonciation des actes de mauvais traitements dont il est témoin. Depuis sa publication en 1957, cette théorie a généré un très grand nombre de recherches sur les attitudes, les comportements, les croyances humaines, les valeurs et les conséquences des prises de décisions (Harmon-Jones & Mills, 1999).

La dissonance cognitive se définit comme étant le fait d'une personne qui agit de façon inconséquente (dissonante) par rapport à ses connaissances, ses croyances et ses valeurs. Les termes de dissonance et de consonance font référence à une relation entre deux éléments de cognition qui regroupent les éléments de perception, les valeurs, les comportements, les émotions, les croyances et les attitudes d'une personne. Dans sa version originale, cette théorie considère que l'existence d'une dissonance (inconsistance) plonge la personne dans un état inconfortable de sorte que cela la motive à réduire cette dissonance (Festinger, 1957). Cette réduction qui diminue la tension intérieure est proportionnelle à la discordance. En effet, plus la dissonance est grande plus la personne sera motivée à la réduire. C'est là le point central de cette théorie puisque tous les efforts de réduction de la dissonance permettront d'expliquer une série d'attitudes et de comportement, face à la non dénonciation des actes de maltraitance envers les personnes âgées vivant en CHSLD. Ainsi, connaître les raisons qui maintiennent la non dénonciation des actes de maltraitance envers les personnes âgées hébergées permettrait de revoir notamment les processus de dénonciation dans ces milieux et de sensibiliser davantage les infirmières à adopter une conduite éthique conforme à leur code de déontologie professionnel. Il est donc important que les processus mentaux de non dénonciation soient mieux compris. Ainsi, il est permis d'espérer que cette étude pourrait contribuer à limiter les sources pouvant entraver le

bien-être, la qualité de vie et la sécurité des personnes âgées vivant en CHSLD. Ainsi, afin de mieux comprendre ce phénomène soit les raisons pour lesquelles le personnel ne dénonce pas, le fondement théorique sur lequel s'est appuyée cette recherche est la théorie de la dissonance cognitive de Leon Festinger (1957).

But de l'étude

En ayant recours à un devis qualitatif, cette recherche visait à décrire, chez le personnel infirmier, les facteurs reliés à la non dénonciation des actes de maltraitance envers les personnes âgées vivant dans les CHSLD.

CHAPITRE II - RECENSION DES ÉCRITS

La recension des écrits présentée dans ce deuxième chapitre traite de trois thèmes. D'abord, il sera question de la maltraitance envers les personnes âgées vivant en établissement (CHSLD), plus précisément pour en examiner la définition, les formes, la prévalence et les facteurs de risque. Puis, le phénomène de la dénonciation d'actes répréhensibles, ses enjeux et ses conséquences seront abordés à partir de quelques perspectives disciplinaires. Finalement, le cadre théorique choisi, soit celui de la dissonance cognitive, sera présenté en montrant son importance pour la présente recherche.

MALTRAITANCE

Pendant bon nombre d'années, plusieurs chercheurs préoccupés par la maltraitance de personnes âgées ont noté qu'il existe de nombreuses définitions du concept. Une telle inconsistance constitue une entrave majeure à la compréhension du phénomène (Lachs & Pillemer, 2004) et peut conduire à des difficultés pour la reconnaître ou encore diagnostiquer les situations de maltraitance dans des contextes bien précis (Saveman, Hallberg & Norberg, 1993). De plus, ceci limite grandement la possibilité de comparer les différentes recherches ou d'apprécier l'ampleur du phénomène (Allen, Kellet, & Gruman, 2003; Bonnie & Wallace, 2003; Daly & Jogerst, 2001; Krug et al., 2002; Lachs & Pillemer, 1995, 2004; Pillemer & Finkelhor, 1988; Pillemer & Moore, 1989, 1990; Wieland, 2000).

Toutefois, plus récemment, Lachs et Pillemer (2004) observent qu'un certain consensus semble émerger autour de la définition de la maltraitance envers les personnes âgées proposée par la *US National Academy of Sciences* (NAS).

Selon la NAS, la maltraitance envers les personnes âgées fait référence aux : (a) « actions intentionnelles causant un tort ou créant un risque sérieux de préjudice (que le

tort ou le préjudice soit intentionnel ou non) chez une personne âgée vulnérable, ces actions étant perpétrées par un soignant ou une personne entretenant un lien de confiance avec elle » ou à (b) « une omission par ces derniers à satisfaire les besoins de base de la personne âgée ou de la protéger contre ce qui pourrait lui causer un préjudice » (Lachs & Pillemer, 2004, p.1264) « (Traduction libre) ».

Cette définition comporte des éléments clés généralement admis dans les écrits soit : (a) l'intention ou la non-intention de l'acte ou des actes de la part de l'abuseur, (b) la présence de blessures ou de risques inutiles d'atteinte à la sécurité de la victime, (c) la présence d'un lien significatif entre la victime et l'abuseur qui inflige un tort, des blessures ou néglige de les prévenir (Hirst, 2002; Lachs & Pillemer, 1995, 2004; Pillemer & Finkelhor, 1988; Saveman, Hallberg, & Norberg, 1993. La définition de Lachs et Pillemer (2004) sera donc celle retenue dans le cadre de cette étude.

Formes de maltraitance

La maltraitance s'exprime sous plusieurs formes. Généralement, les auteurs s'entendent pour en reconnaître au moins cinq (Kozack & Lukawiecki, 2001; Krug et al., 2002; Lasch & Pillemer, 2004; Pettee, 1997; Wieland, 2000). Les mauvais traitements physiques se définissent comme tout acte commis avec l'intention de causer de la douleur physique ou d'infliger des blessures; les comportements brutaux infligeant parfois des blessures ou encore l'utilisation non appropriée de contentions physiques ou le recours à des moyens de contentions médicamenteuses en sont des exemples. Les mauvais traitements psychologiques ou moraux constituent tout acte commis avec l'intention de causer des souffrances morales et émotionnelles. On y retrouve toutes les formes d'agression verbale comme les menaces, les insultes et les remarques désobligeantes, l'intimidation, l'humiliation, l'infantilisation, le tutoiement

et les injures. L'exploitation financière implique l'appropriation illégale de biens ou d'argent appartenant à la personne âgée. Les sévices sexuels se décrivent comme tout acte de nature sexuelle commis de façon non consensuelle avec une personne âgée, tels le viol, les attouchements ainsi que l'exhibitionnisme (Burgess et al., 2005; Burgess, Dowdell, & Prentky, 2000; Hawes, 2003). Enfin, la négligence ou le refus de l'entourage à répondre aux multiples besoins d'une personne âgée dépendante est aussi une forme de maltraitance. Certains auteurs suggèrent deux formes de négligence : la négligence active qui consiste à s'abstenir d'agir intentionnellement et sciemment à répondre aux besoins de la personne âgée et la négligence passive qui est l'absence de sensibilisation ou de connaissance des besoins de la personne âgée en général (Bonnie & Wallace, 2003; Cario, 2005; Nahmiash, 2000). Au cours d'une recherche (Hawes, 2003), des infirmières auxiliaires qui participaient à des entrevues de groupe ont donné une idée assez claire et spécifique de ce que pouvait être la négligence en milieu institutionnel. Elles ont donné comme exemple l'omission de donner des soins buccaux, ignorer les résidents alités, ne pas administrer les soins de plaies prescrits, ne pas hydrater les résidents ou encore éteindre la cloche d'appel sans avoir aidé le résident (Hawes, 2003). Il est clair que ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives et qu'il y aura d'inévitables chevauchements parmi celles-ci (Cooney & Howard, 1995).

Toutefois, les écrits permettent aussi de constater qu'il existe une sixième forme de maltraitance, soit celle de la violence systémique. Il s'agit d'un type de maltraitance issue du processus systémique ou institutionnel. Selon une enquête menée pour Santé Canada, 75 % des situations de maltraitance rapportées par les participants (résidents, familles, intervenants) traduisaient la violence systémique (Kozak & Lukawiecki, 2001). Cette enquête pancanadienne a permis d'identifier plusieurs éléments que les

auteurs considèrent comme étant des situations pouvant conduire à des actes de violence. Par exemple, on retrouve les obligations que l'on fait subir aux personnes âgées hébergées alors qu'elles sont contraintes à se soumettre à des horaires rigides, à accepter des soins intimes de la part d'inconnus, à se faire réveiller à des heures déterminées, à s'alimenter selon des menus fixes ou par la « force », sans oublier les longs délais d'attente reliés au manque d'effectifs (Kozack & Lukawiecki, 2001). De la même manière, Krug et al. (2002) font également ressortir la même argumentation à savoir que la violence systémique est liée notamment à des politiques organisationnelles rigides, à des modes de prestation de soins inappropriés, à l'environnement physique déficitaire sur le plan de l'aménagement et enfin à des problèmes d'interaction entre soignants et résidents.

Dans une recherche déjà classique, Pillemer (1988) fait référence à *l'approche de gardiennage* ou (« *custodial orientation* »). Cette approche est caractérisée par le manque ou même à l'impossibilité de procurer aux résidents des opportunités de prendre soin d'eux-mêmes, de prendre des responsabilités ou d'exercer le contrôle sur leur propre situation. Il existerait même une corrélation positive entre le taux de maltraitance et le degré de contrôle exercé par l'institution sur le résident (Pillemer, 1988). Dans le même sens, Castel dans sa présentation écrite dans Goffman (1998), suggère que l'institution totalitaire rassemble des caractéristiques « d'établissements spécialisés dans le gardiennage »(p.11) et le contrôle de leur mode de vie : [...] la prise en charge de l'ensemble des besoins des individus par l'établissement, l'observance obligée d'un règlement qui s'immisce dans l'intimité du sujet et programme tous les détails de l'existence quotidienne, l'irréversibilité des rôles de membre du personnel et de pensionnaire [...] (p.11). L'identification de cet univers, celui de l'institution dans

lequel la personne âgée vulnérable se voit confinée en fin de vie n'est pas sans rappeler la définition de l'institution totalitaire de Goffman (1968), celui d'un lieu, « un mixte social, à la fois communauté résidentielle et organisation réglementée » (p.54). Cette définition du milieu totalitaire s'applique encore aujourd'hui. À cet égard, d'autres sources constatent qu'il est difficile pour des résidents de se soustraire aux routines pré établie de la vie en établissement de soins par crainte de subir des représailles. Selon eux, il s'agit d'un manque de respect au droit à l'autodétermination puisqu'ils perdent le pouvoir d'exprimer leurs souhaits quant aux soins qui leur sont prodigués ou de prendre part aux décisions qui les concernent (Fiveash, 1998; Teeri et al. 2006). À cet égard Goffman (1968) se réfère à un des procédés de mortification cette perte de l'autonomie qui décrit la perte de liberté d'action de l'individu. En effet, la personne perd le privilège de faire ses propres choix puisqu'il y a obligations de se conformer à des règlements et des routines pré-établies sur lesquels il a peu ou pas de contrôle. Similairement à ce que propose Goffman, d'autres auteurs rapportent la présence de difficultés qu'ont les personnes à influencer la réalisation d'activités de vie quotidienne selon leurs souhaits (Teeri et al. 2006). Ainsi, il semble donc indiquer d'inclure maintenant la violence systémique au schéma typique des formes de maltraitance généralement reconnues dans les écrits par le passé.

Finalement on retrouve une autre série d'actions identifiées comme étant de la violence thérapeutique. L'auteur fait référence à des excès de traitements, parfois devenus routiniers, chez les personnes hébergées telle la pose systématique de sondes urinaires, de tubes de gastrostomies ou le non-traitement de la douleur (Gineste, 2004).

À cet égard, sans toutefois mentionner qu'il s'agisse d'une forme de violence, certains auteurs rapportent que l'insertion du tube de gastrostomie est devenue une

pratique de plus en plus répandue surtout chez les personnes âgées atteintes de démence (Dibartolo, 2006; Finucane, Christmas & Leff, 2007). Dans son étude, Dibartolo (2006) indique qu'il n'existe aucune preuve que l'utilisation d'un tube de gastrostomie prolonge la vie des patients, de plus, aucune étude publiée dans les cas de patients atteints de démence n'indique une réduction d'ulcères de pression ou de pneumonie par aspiration. En fait, l'utilisation de ce tube représente un défi à plusieurs égards; elle affecte le confort du résident et soulève toute une série de questions éthiques, cela pour peu de résultats positifs.

Une autre étude de Bernabei et collaborateurs (1998) effectuée auprès de 4,003 patients de plus de 65 ans atteints du cancer, révèle que 25 à 40 % d'entre eux n'étaient pas soulagés de leur douleur sur une base quotidienne. Ils soulignent également que l'évaluation de la douleur auprès de cette clientèle pose de nombreux défis en raison des multiples pathologies reliées au grand âge.

De façon similaire, Ferrel, Ferrel et Rivera (1995) ont exploré l'expérience de la douleur chez les personnes âgées (n=271) vivant dans dix CHSLD de Los Angeles. Les résultats montrent que 60 % de ce nombre se plaignent de douleur et qu'ils ne sont pas soulagés adéquatement. Les auteurs proposent que davantage de recherches soient faites afin d'améliorer les outils d'évaluation existants pour répondre aux besoins spécifiques de cette clientèle.

En fait, bien qu'il soit suggéré que le non-traitement de la douleur soit davantage un problème chez les personnes âgées en CHSLD et que parfois des traitements invasifs leur sont prodigués par routine, aucune recherche répertoriée n'aborde cette question sous l'angle de la maltraitance. Cette dimension n'ayant pas été explorée en profondeur

ou mise en relation avec le phénomène de la maltraitance, elle ne sera donc pas reconnue comme étant une forme de maltraitance au cours de cette étude.

Prévalence de la maltraitance envers les aînés

Les données sur la prévalence de la maltraitance des personnes âgées sont encore mal connues. Dans le rapport mondial sur la violence et la santé, Krug et al. (2002) se sont basés sur des données tirées de cinq enquêtes réalisées au cours de la dernière décennie dans cinq pays développés incluant le Canada. En tenant compte des abus physiques, psychologiques, de l'exploitation matérielle et de la négligence, les résultats font apparaître un taux de 4 % à 6 % chez les personnes âgées vivant dans la communauté. Ceci correspond à la seule étude de niveau national menée au Canada en 1990. Cette étude cherchait à identifier la prévalence et les circonstances de la maltraitance chez les personnes âgées vivant à domicile. Ainsi, les données recueillies selon un sondage téléphonique auprès de 2,008 personnes âgées ont révélé qu'environ 40 personnes par 1,000 personnes âgées avaient vécu une forme de maltraitance à leur propre domicile. Cette violence avait été perpétrée par un conjoint, un parent ou une personne significative (Bonnie & Wallace, 2003; MacDonald & Collins, 2000; Podnieck, 1992).

Malgré le fait qu'il existe de plus en plus de publications sur la qualité des soins en milieu institutionnel et que les cas de maltraitance soient bien documentés dans des rapports d'enquête de gouvernements et d'études empiriques sur la maltraitance, on ne dispose pas de données nationales sur la prévalence de la maltraitance institutionnelle, mais seulement des données locales venant d'études à plus petite échelle (Krug et al. 2002). La prévalence en établissement, n'a fait l'objet d'aucune enquête systématique

et demeure encore inconnue (Hirst, 2002; Kozack & Lukawiecki, 2001; McDonald & Collins, 2000).

Aussi, malgré l'absence de données précises, il existe un certain nombre d'enquêtes non probabilistes suggérant que des comportements de maltraitance soient répandus et qu'ils se produisent régulièrement dans les milieux des soins de longue durée.

Goergen (2004) a mené en Allemagne une étude sur la maltraitance dans les centres de soins de longue durée. Les résultats furent obtenus par un sondage qui s'est échelonné sur une période de 12 mois et il concernait la victimisation de résidents par des infirmières. Les formes de maltraitance définies dans cette étude incluaient l'abus physique, psychologique, l'utilisation inappropriée de la contention physique, la négligence dans les soins et les abus sexuels. Ainsi, les données obtenues par entrevues auprès de 81 infirmières ont permis de constater que 70 % d'entre elles avait agi de façon abusive ou négligente à l'égard des personnes âgées. Au cours de la même étude 71,2 % des répondants (n=361) ont rapporté avoir été témoins d'au moins un acte de maltraitance envers une personne âgée.

Au Connecticut, Allen, Kellet et Gruman (2003) ont investigué la problématique de la maltraitance selon la perspective de résidents hébergés en CHSLD. Ils ont effectué une revue rétrospective des dossiers de plainte du *Connecticut Ombudsman Reporting*. Au total 3,443 dossiers provenant de 261 établissements ont été répertoriés entre 1998 et l'année 2000. Les résultats démontrent que 47 % des dossiers contenaient au moins un épisode de maltraitance et que 41 % de ce nombre portaient sur les abus physiques, 19 % sur la négligence et 19 % d'abus verbaux.

En Ontario, un sondage réalisé auprès de 1000 infirmières ontariennes issues de tous les milieux de travail (hôpitaux, CHSLD, centre de santé communautaire,

établissements psychiatriques) a permis de constater que 48 % des membres interrogés ont été témoins de mauvais traitements et 11 % avaient eu connaissance d'incidents semblables. Ce même sondage, indique que 58 % des victimes étaient dans un état fragilisé par la maladie et que 25 % des infirmières avaient été témoins d'au moins quatre incidents de violence (OIIO, 2004).

En France, l'expérience du réseau d'écoute et de prévention *Allo Maltraitance des Personnes Âgées* (ALMA), basée sur des signalements constitue la source essentielle de données. Ainsi, entre 1998 et 2000 les 23 centres d'appels ont reçu 16,383 appels dont 8,632 appels étaient directement liés à des situations de maltraitance pouvant provenir de leur domicile ou d'une institution de soins. Selon l'organisme, les signalements de maltraitance ou de négligence augmentent annuellement. Ainsi, au cours de l'année 2000, ils représentent 64 % des appels contre 31 % en 1997 (Debout, 2003).

Au Québec, en 2004, une vaste enquête sur la qualité des soins incluant 47 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) a été effectuée à la demande du ministre de la santé et des services sociaux. Plusieurs aspects de la vie en CHSLD ont été considérés au cours de ces visites, dont l'environnement humain. Cet aspect découle des orientations ministérielles qui précisent que la personne âgée hébergée a droit à un milieu de vie de qualité assuré par des services de qualité. Les critères d'appréciation au cours des visites d'enquêteurs portaient sur l'assistance du personnel à la personne, un milieu animé et dynamisant, un milieu respectueux de la personne et l'organisation du travail. Sans clairement définir la notion de maltraitance les enquêteurs ont révélé et observé l'existence de négligence manifeste dans 36 % des établissements (17/47) et que cela nécessitait une intervention rigoureuse afin d'éviter que la situation se détériore : on retrouve l'infantilisation, le travail centré sur la tâche plutôt que sur le

résident, les horaires inflexibles pour le bain et le changement de culotte d'incontinence, le non-respect du rythme du résident pour l'alimentation, le manque de courtoisie du personnel dans ses communications avec le résident, des mises au lit forcées, c'est-à-dire trop tôt ou tard, allant même jusqu'à 2 ou 3 jours sans être levés.

Ainsi, les conclusions donnent à penser que les personnes âgées hébergées en établissement de soins de longue durée sont peut-être davantage victimes de maltraitance que les chiffres ne le laissent présumer.

Facteurs de risque liés à la maltraitance

De nombreux auteurs ont tenté d'identifier les facteurs qui seraient susceptibles d'accroître le risque d'une personne âgée de subir de la maltraitance. Plusieurs l'ont fait avec des populations vivant en communauté, mais les résultats apparaissent inconstants. De plus, il semble que trois grandes classes de facteurs de risque émergent des recherches répertoriées : (a) les facteurs de risque liés à la santé de la personne, (b) les facteurs de risque liés l'environnement de soins et (c) les facteurs liés à l'âgisme.

La maltraitance à l'endroit des personnes âgées survient dans tous les milieux de vie, mais elle semble encore plus présente dans les établissements de soins où les personnes âgées sont davantage vulnérables, notamment en raison des maladies chroniques les rendant partiellement ou totalement dépendantes envers le personnel sur les plans fonctionnel et cognitif (Bonnie & Wallace, 2003; Hawes, 2003; Krug & al. 2002; McDonald & Collins, 2000; OIIQ, 2000).

D'après la recension des écrits réalisée par Hawes (2003), même si les études visant à démontrer une relation directe entre la vulnérabilité et la maltraitance ont donné des résultats inconsistants, il n'en demeure pas moins que l'état de fragilité de la personne ainsi que son âge avancé sont en partie liés à la maltraitance des personnes (Lachs &

Pillemer, 1995; Colin-Shaw, 1998). L'altération des capacités physiques prédispose ainsi la personne âgée aux abus parce qu'elle diminue sa capacité à se défendre et à se sortir d'une situation abusive (Brillon, 1983; Lachs & Pillemer, 1995).

Par ailleurs, Shaw (1998) suggère que des comportements agressifs dirigés vers les soignants contribuent à l'état de vulnérabilité des personnes hébergées et que ce comportement multiplie par quatre le facteur de risque comparativement à un résident considéré passif. Ces comportements agressifs sont souvent perçus par le personnel comme étant intentionnels; une croyance qui conduit le résident à se faire parfois traiter brusquement (Hawes, 2003).

Les facteurs de risque liés à l'environnement et la maltraitance sont étroitement liés puisque l'une est la résultante de l'autre. En effet, tel qu'explicité auparavant la violence systémique est celle qui est causée principalement par l'environnement de soins par l'imposition de règles et de politiques qui briment la liberté d'action et de choix de la personne. Plusieurs rapports et études empiriques suggèrent qu'un certain nombre de facteurs contribuant à la maltraitance des personnes âgées sont liés à l'environnement de soins (Kozack & Lukawiecki, 2001; Levine, 2003; McDonald & Collins, 2000; Teeri & al. 2006). Par exemple, des auteurs ont identifié les difficultés interactionnelles entre le soignant et le résident. Les attitudes et la personnalité du personnel soignant seraient aussi des facteurs pouvant conduire à la maltraitance des personnes âgées (Krug & al. 2002; Sandvide, Aström, Norberg & Saveman, 2004; Teeri & al. 2006).

Au cours d'une étude, Sandvide, Astrom, Norberg et Saveman (2004) cherchaient à décrire selon la perspective des soignants, les comportements violents perpétrés envers les personnes âgées hébergés. Des entrevues menées auprès de 848 soignants de 24

établissements de SLD ont permis de révéler trois grands thèmes prédicteurs de maltraitance. 1) les malentendus entre le soignant et les résidents 2) l'intrusion dans l'espace personnel du résident 3) la banalisation de la violence au travail. Sur ce dernier point, les membres du personnel interrogés ont déclaré que des situations de violences surviennent quotidiennement, qu'ils y sont habitués et considèrent ces situations comme faisant partie intégrante de leur travail.

Par ailleurs, dans l'étude allemande de Goergen (2004) effectuée auprès d'un échantillon de 361 personnes soignantes, dont 63 % était des infirmières, un sondage a révélé une corrélation significative ($r = -0,18$) entre le taux élevé d'auto divulgation d'actes de maltraitance commis par les infirmières et leur peu de satisfaction au travail. En effet, ces infirmières qui rapportent un nombre élevé de situations d'abus et de négligence démontrent très peu de satisfaction envers leur travail et leur supérieur.

Levine (2003) a aussi souligné que les piètres relations de travail au sein d'une organisation, l'insuffisance ou le roulement de personnel ainsi que la mauvaise gestion peuvent potentiellement conduire à la maltraitance.

Dans son mémoire portant sur l'exploitation des personnes âgées, l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ) indique que des dispensateurs de soins non qualifiés prodiguent parfois des soins infirmiers très complexes dans des établissements privés. Cette situation jugée inacceptable constitue pour la personne âgée hébergée une menace à sa santé (OIIQ, 2000). De plus, comme l'indiquent Kozack et Lukawiecki (2001), le personnel fournissant les soins de base n'a pas toujours reçu la formation nécessaire ou l'a reçue de façon insuffisante concernant le processus du vieillissement, la gestion de comportements, les processus évolutifs des maladies telles l'Alzheimer.

Dans une récente publication, Butler (2005), l'auteur du concept d'*âgisme*, affirme que celui-ci est bien plus que des images, des mots ou des actions mais qu'il est bien ancré au sein de notre société et cela dans plusieurs secteurs. Ce concept tel qu'il a été défini par Butler en 1969 réfère à un processus par lequel les personnes âgées font face à des stéréotypes et à de la discrimination en raison de leur âge. Selon d'autres auteurs, les personnes âgées sont dépréciées et déshumanisées dans notre société (Nay, 1998) et l'âgisme est bien enraciné dans les milieux de soins de santé (Nay, 1998; Ward, 2000). Les risques encourus par les personnes âgées se manifestent par des attitudes négatives envers elles (Butler, 1995; Krug et al. 2002) dont la minimisation de leurs problèmes ou le manque de reconnaissance de leurs droits et leurs besoins (Levine, 2003).

Au cours d'un projet totalisant 494 groupes de discussion, Kozack & Lukawiecki (2001) ont reconnu dans une proportion de 70 % la piètre attitude manifestée par certains membres du personnel à l'égard des personnes âgées hébergées. D'autres auteurs suggèrent que les membres du personnel qui endossent les stéréotypes voulant que les résidents soient frêles et dépendants ont tendance à les infantiliser (Goergen, 2004; Kozack & Lukawiecki, 2001). La dépendance qui résulte de cet état perçu de vulnérabilité confère ainsi un pouvoir au soignant. D'après les participants d'une enquête de Santé Canada, c'est justement ce déséquilibre des pouvoirs qui peut aggraver les situations d'actes de maltraitance à leur égard (Kozack & Lukawiecki, 2001). Ce rapport de force est également documenté dans une autre publication gouvernementale canadienne où l'on suggère que l'expérience individuelle de la personne soignée est « inextricablement liée à des forces sociales et des usages institutionnels » (Centre National d'Information sur la Violence dans la Famille [CNIVF], 1999). Plamondon (2000) abonde dans le même sens en affirmant que ce

déséquilibre est issu de la relation de pouvoir entre la personne soignée et le dispensateur de soins. Il s'ensuit que la rupture dans cette relation aurait comme conséquence la déshumanisation des soins.

DÉNONCIATION

À la lumière des études citées, il apparaît paradoxal que des établissements de soins voués à la compassion et qui ont pour mission d'offrir aux personnes hébergées un milieu de vie soient également un lieu qui prédispose les personnes hébergées à la maltraitance. Un rapport canadien portant sur le projet *Se sentir comme chez soi* révèle qu'un milieu de soutien respectueux doit réunir trois conditions pour être un véritable milieu de vie : promouvoir l'autonomie des résidents; préserver leurs droits et responsabilités et enfin, répondre efficacement aux besoins physiques et psychologiques en offrant des soins de qualité (Kozack & Lukawiecki, 2001). Plus précisément au Québec, les orientations ministérielles décrivent l'hébergement de longue durée comme étant un milieu de vie pour les personnes hébergées, un nouveau domicile au sein duquel elles poursuivent leur cheminement de vie et qu'il est essentiel de dispenser des soins et services à partir « des besoins, des goûts, des habitudes et des valeurs des personnes et des familles » (MSSS, 2003).

Au Québec, la mission des CHSLD est citée dans la loi. Celle-ci stipule que ces établissements doivent offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut et un ensemble de services professionnels à des personnes qui en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale ne peuvent plus demeurer au sein de la communauté malgré le soutien de leur entourage (art.83, L.S.S.S.). C'est dans l'esprit de cette loi que les orientations ministérielles furent élaborées selon des principes directeurs qui reposent sur le bien-être de la personne et dont le but est de

contrer les effets néfastes de l'institutionnalisation (MSSS, 2003). De plus, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.S.S.S.) définit les grands principes légaux à respecter lors de la prestation des soins et des services aux personnes hébergées. Citons notamment le respect de la personne et la reconnaissance de ses droits et libertés qui doit nécessairement inspirer les gestes posés à son endroit. De plus, toute intervention envers la personne hébergée doit être empreinte de courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie et de ses besoins (L.S.S.S. art.3).

Enfin, la province du Québec est dotée d'une Charte des droits et libertés de la personne, dont les articles 1 et 4 font référence au droit à la vie et à la sauvegarde de la dignité (L.R.Q., C-12). Or, l'application des lois et l'actualisation des orientations ou des lignes de conduite ne peuvent se faire qu'à travers le personnel infirmier qui assure une présence continue auprès de cette clientèle.

Devoirs et responsabilités du personnel infirmier

Au cours des deux dernières décennies, plusieurs modifications ont été effectuées au code de déontologie du personnel infirmier afin de refléter une transformation de son rôle « traditionnel » à celui d'une professionnelle autonome qui la rend responsable de ses actions (McDonald & Ahern, 2002).

Plusieurs auteurs considèrent que l'infirmière a l'opportunité et la responsabilité de détecter de même que de signaler les actes de maltraitance dont sont victimes les personnes vivant en établissements CHSLD (Baker & Heitkemper, 2005; Neno & Neno, 2005; Miller, 2005; Pettee, 1997). Selon le code de déontologie de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC, 2002), les infirmières doivent intervenir lorsque d'autres personnes ne respectent pas la dignité des personnes dont elles sont

responsables. De plus elles doivent éviter de faire appel à toutes formes de sanction ou d'actions inhumaines à l'endroit de la clientèle dont elles ont la charge et éviter de se faire complices de tels comportements.

Le code de déontologie des infirmières et infirmiers du Québec prévoit également plusieurs dispositions visant la sécurité et la qualité de services que doivent dispenser les infirmières. En outre, elles ne peuvent faire preuve de violence physique, verbale ou psychologique envers leur clientèle. Le cas échéant, elles doivent prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité des clients, notamment en avisant les instances appropriées dans le cadre de ses fonctions (art.42).

Dans le même sens, le code de déontologie des infirmières et infirmières auxiliaires du Québec (OIIAQ, 2001) prévoit qu'elles doivent maintenir le plus haut degré de qualité dans les soins dispensés dans l'exercice de leur profession (Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec [OIIAQ], 2001).

Selon certains auteurs, le code de déontologie qui lie les infirmières et les infirmières auxiliaires au rôle de défenseur des droits du client les oblige à assurer la protection des clients contre le tort qui pourrait leur être causé (McDonald & Ahern, 2000).

Dans une autre étude faite par Mallik (1997) auprès de 104 infirmières, le rôle de défenseur des droits du client (advocacy) est accepté comme un aspect légitime de leur pratique et que ce rôle prend effet lorsque l'infirmière détecte une situation de conflit ou de conflit potentiel chez le patient vulnérable qui a peur ou dont les droits sont menacés.

En dépit des valeurs et des codes de déontologie la pratique infirmière est fondée sur l'obligation morale de prendre soin des personnes qui le requièrent. D'après Gunther &

Thomas (2006) qui ont étudié le discours des infirmières sur les situations de soins inoubliables (unforgettable), l'obligation morale des soins envers la personne s'exerce non seulement dans les questions de vie ou de mort mais dans une multitude de situations rencontrées dans la pratique quotidienne.

Définition de la dénonciation

La notion de dénonciation dans les écrits de langue anglaise est de plus en plus évoquée sous le vocable de *whistleblowing*. De plus, pour plusieurs auteurs, le mot « dénonciation » est davantage utilisé sous le vocable de *whistleblowing* (Cantin & Cantin, 2005; Fletcher, Sorrell & Silva, 1998; Johnstone, 2004; Near & Miceli, 1995; Wilmot, 2000). L'investigatrice de la présente recherche choisit d'utiliser le mot *dénonciation* et il doit être interprété comme synonyme de *whistleblowing*.

Différentes études empiriques offrent une variété de définitions du concept de « dénonciation » et elles ne font pas l'objet de consensus parmi les auteurs. Ainsi, certains auteurs définissent la dénonciation comme étant une mise en garde publique, émise par un membre du personnel d'une organisation, au sujet d'un événement ou de situations sérieuses au sein de ladite organisation lorsque la personne a tenté sans succès d'utiliser les ressources internes appropriées afin de faire corriger la situation (Bec, 2000; Fletcher, Sorrell, & Silva, 1998; Johnstone, 2004). Une autre définition largement citée dans la littérature juridique et de gestion indique que la dénonciation est une révélation faite par un membre d'une organisation (ancien ou nouveau) de pratiques illégales, illégitimes ou immorales, sous le contrôle de l'employeur, à une personne ou à une organisation qui a le pouvoir ou la capacité de prendre action (Cantin & Cantin, 2005; Near, & Miceli, 1995). Selon McDonald (2002), une infirmière dénonce lorsqu'elle identifie une situation non éthique, d'incompétence, ou d'illégalité

dans son milieu de travail et la rapporte à une personne qui a le pouvoir nécessaire de faire cesser la mauvaise conduite. Cette façon de faire laisse le choix au dénonciateur d'utiliser la voie de communication normale ou faire appel aux instances extérieures ou médiatiques selon le cas (Near, Dworkin, & Miceli, 1993; Near, & Miceli, 1995). L'investigatrice choisit donc d'opter pour cette définition parce qu'elle comporte les deux manières de dénoncer. Bien qu'il existe une différence sur la définition générale de la dénonciation, il semble y avoir un consensus à l'effet que dénoncer soit un acte de protestation moral qui exige du courage (Calcraft, 2005; Fletcher & al. 1998; Johnstone, 2004; Macdonald, 2002).

Or, malgré l'existence d'actes de maltraitance envers les personnes âgées, la dénonciation ne s'ensuit pas nécessairement (Glendenning & Kingston, 1999). Aussi, dans les milieux de soins, on a pu constater à maintes reprises que le personnel ne dénonce pas des situations ou a peur de le faire. Aux États-Unis, on estime à 84 % les cas non rapportés de maltraitance à l'égard des personnes âgées (Levine, 2003). Selon des auteurs américains, malgré des lois rendant obligatoire la déclaration des cas de maltraitance, seulement un faible pourcentage de médecins rapporte les cas d'abus envers les personnes âgées aux agences de protection pour adultes (Harrel, et al. 2002).

Selon, Gray-Vickerey (2005), tout porte à croire que les cas rapportés constituent seulement la pointe de l'iceberg. Il est estimé que pour chaque cas rapporté, cinq ne le sont pas.

Le dilemme éthique de la dénonciation

Il est permis de constater que les valeurs fondamentales qui caractérisent la pratique du personnel infirmier entrent en conflit avec des actes de maltraitance posés envers les

personnes âgées et la non dénonciation des actes dont il est témoin, créant ainsi un autre paradoxe et générant un dilemme éthique important chez le personnel infirmier.

Selon certains auteurs, la dénonciation soulève des dilemmes chez les infirmières autour des questions qui entourent le rôle de défenseur des droits du client (advocacy) et du devoir de soigner et il peut aussi soulever certains conflits entre les valeurs et les normes organisationnelles et professionnelles (AIIC, 1999; Firtko & Jackson, 2005).

Dans le même sens, Bec (2000) laisse entendre que le dénonciateur doit faire face à un conflit entre trois principes éthiques, à savoir : le principe de protection du public, celui de la confidentialité et celui de la loyauté envers l'organisation et de ses valeurs. Selon cet auteur, ce genre de conflit est de plus en plus fréquent notamment en raison des sociétés plus complexes sur le plan culturel et des valeurs diversifiées, donc plus souvent exposées à des paradoxes.

Par ailleurs, deux études ont été comparées par Wilmot (2000) sur le dilemme relié à la loyauté envers l'employeur. Il en ressort une contradiction quant la perception du devoir moral; pour l'une l'infirmière perçoit qu'elle a un devoir moral envers l'organisation basé sur le lien d'emploi avec celle-ci, alors que pour la seconde, l'employeur n'étant pas une personne ne peut faire l'objet principal de loyauté. Ainsi, peu importe le choix, un manquement au devoir de loyauté apparaît comme inévitable.

Quant à Saveman, Norberg et Hallberg (1992), ils se sont intéressés à la gestion des cas de maltraitance envers les personnes âgées auprès de 21 infirmières de la communauté. Les résultats confirment qu'il existe un important sentiment d'ambiguïté qu'ils regroupent sous la catégorie principale, *marcher sur des œufs* (walking a fine line); la catégorie englobe trois dilemmes, celui de faire connaître (ou non) le problème à la famille, le deuxième consistant à se demander si nous sommes réellement en

présence d'une situation de maltraitance et enfin celui qui est relié à l'intervention (intervenir ou non).

La recherche constante d'un équilibre entre les situations de maltraitance dont les infirmières sont témoins et ce qu'elles doivent faire est un des éléments qui rend difficile la détermination d'un taux réel de cas de maltraitance non dénoncés. À ce jour ce taux demeure inconnu puisqu'il s'agit d'une tâche difficile à faire en raison du sentiment de loyauté envers l'employeur, de pressions sociales, d'intimidation, et des craintes de représailles par d'autres professionnels de la santé (Kitchen, Richardson & Livingston, 2002; Strausser & Fulmer, 2007).

La dénonciation dans les services de santé

Des études empiriques menées dans plusieurs milieux font état de différents facteurs pouvant décourager ou inhiber l'action de dénoncer (Ahern & McDonald, 2002; Grenville, 2001; Harrison, 2003; Johnstone, 2004; Wilmot, 2000).

Selon Glendenning & Kingston (1999), les membres du personnel ne sont peut-être pas préparés à dénoncer des situations de maltraitance. Ils indiquent qu'il n'y a pas de mécanismes d'encadrement qui entourent la protection des personnes âgées. Cette lacune combinée avec *l'impuissance apprise* chez les professionnels de la santé c'est-à-dire l'idée de ne pouvoir exercer aucune influence sur certains événements, serait un phénomène qui résulterait d'un manque systémique de ressources qui ne ferait qu'accroître l'incapacité des professionnels à répondre aux besoins d'une personne abusée. Ce serait également une résultante de l'érosion de l'espoir et de l'initiative parmi ces professionnels (Glendenning & Kingston, 1999).

Wilmot (2000) indique que les employeurs réagissent souvent de façon punitive en justifiant que l'employé n'a pas fait preuve de loyauté vis-à-vis l'employeur. Les

craintes de dénoncer liées à la sécurité d'emploi sont fréquentes dans la littérature. Des auteurs suggèrent que l'insécurité reliée à l'emploi peut conduire au silence et à la collusion (Glendenning & Kingston, 1999).

Dans le même sens, l'étude de Kitchen et al. (2002) effectuée auprès de 40 infirmières de différents milieux de soins mais travaillant avec des personnes âgées, révèle l'existence de plusieurs incidents de nature punitive voir même hostile envers l'infirmière plutôt que de recevoir du soutien de leur supérieur. Aussi, contrairement à plusieurs études certaines infirmières auraient tendance à sympathiser avec l'abuseur en raison du lien professionnel qu'entretiennent les infirmières entre elles. Dans certains cas, plutôt que faire un signalement, l'infirmière- témoin offrait une deuxième chance à l'abuseur. Mais l'étude ne révèle pas dans quelle proportion ces infirmières optent pour cette solution. Cependant, dans l'étude de McDonald & Ahern (2002), les résultats montrent que 25 infirmières sur un échantillon de 95 infirmières ayant admis n'avoir pas dénoncée tentaient par d'autres moyens de gérer la situation soit en utilisant l'humour ou en manipulant la situation afin d'altérer les conséquences d'une dénonciation.

Dans une autre étude faite par MacDonald & Ahern (2000) portant sur les conséquences de dénoncer les méconduites observées par des infirmières d'hôpitaux de courte durée, la dénonciation est une expérience dévastatrice pour les infirmières alors qu'elle est peu dommageable sur le plan des représailles et de l'emploi pour celle qui a choisi de ne pas dénoncer.

King III (2001) est parmi les rares auteurs à avoir effectué une étude dans le but d'examiner les différences de perceptions sur l'intention des fautes commises. Un

questionnaire a été complété par 373 infirmières de plusieurs milieux de soins dont les CHSLD; il a trouvé des différences significatives entre les perceptions pour les variables mesurées notamment, l'intention de commettre une faute et la non-intention. Ainsi, selon cette étude la sévérité des gestes perçus comme intentionnels joue un rôle déterminant sur l'action de dénoncer.

Enfin, Waters (2008) dans une récente publication, présente les résultats d'un récent sondage mené au Royaume-Uni auprès de 752 infirmières sur la dénonciation dans le milieu de travail. De ce nombre, 38% ont exprimé avoir fait l'expérience de sérieuses conséquences professionnelles négatives résultant d'une dénonciation; 64% des infirmières n'estimaient pas pouvoir recevoir du soutien de l'organisation si elles devaient faire face à des représailles.

La dénonciation et ses conséquences sur la santé

Quelques recherches ont permis de constater que la dénonciation a des conséquences absolument non négligeables sur la santé des individus qui y sont impliqués (Lennane, 1993; McDonald & Ahern, 2002; Vanbergeijk & Sarmiento, 2006). Ces recherches comportent des échantillons provenant de différents milieux.

L'étude australienne de McDonald & Ahern (2002) sur les effets émotifs de la dénonciation, ont révélé qu'ils étaient essentiellement les mêmes. En effet, 70 % des dénonciatrices (n=25) et 64 % des non-dénonciatrices (n=70) souffraient de problèmes physiques reliés au stress entourant une situation de dénonciation. On les retrouve dans une proportion de 94 % chez les dénonciatrices et 92 % chez celles qui n'ont pas dénoncé. On note aussi un pourcentage plus élevé de colère et du sentiment d'inutilité chez les infirmières n'ayant pas dénoncés. Ces résultats démontrent que dans les deux

cas le fait de dénoncer ou ne pas dénoncer entraîne toute une série de problèmes physiques et émotionnels.

Lennane (1993) a réalisé une étude auprès d'un échantillon de 35 participants d'occupations diverses. Un de ses buts était d'examiner les effets de la dénonciation chez des individus ayant dénoncé des situations allant de la corruption ou allant à l'encontre de la protection du public. Tous les sujets de l'étude sans exception, à des degrés divers, ont subi des torts. Il ressort que 18 des participants n'ont pas reçu de soutien de leurs collègues, 26 d'entre eux ont été victimes d'ostracisme dans leur milieu de travail. Pour 25 d'entre eux, il en est résulté une perte de revenu. Vingt-neuf personnes ont vécu des symptômes variés liés au stress dont des troubles du sommeil, crise de panique, anxiété, idées suicidaires et sentiments de culpabilité ou d'inutilité. De plus, 2 d'entre eux ont commis une tentative de suicide dont un, a tenté une seconde fois. Dix ont été forcés par l'employeur de consulter un psychiatre. Dix-neuf d'entre eux continuent d'avoir quotidiennement des pensées sur l'acte de dénonciation et ses conséquences.

Une étude récente réalisée par Vanbergeijk & Sarmiento (2006) analyse l'expérience de 28 enseignants impliqués dans la dénonciation de maltraitance envers les enfants. Comme les études précédentes, il en ressort également que d'importants troubles psychologiques surviennent tels l'épuisement professionnel, le sentiment d'impuissance et d'échec, l'anxiété, la frustration. Cependant, ce qui distingue ses résultats des autres études c'est qu'ils ont identifié chez les participants l'apparition du stress traumatique secondaire (STS). Les auteurs le décrivent comme étant un stress qui résulte du fait qu'une personne a conscience ou est témoin qu'un évènement ou une situation traumatisante est vécue par une autre personne.

Ainsi, considérant ces quelques données empiriques portant sur la effets et les conséquences de la dénonciation et de la non dénonciation d'actes répréhensibles, aucune recherche à la connaissance de l'investigatrice n'a été faite sur les raisons pour lesquelles le personnel infirmier ne dénonce pas la maltraitance des personnes âgées dont il est témoin dans les établissements de soins de longue durée.

CADRE THÉORIQUE : LA THÉORIE DE LA DISSONANCE COGNITIVE

La théorie de la dissonance cognitive de Leon Festinger (1957) est utile pour nous aider à comprendre pourquoi le personnel infirmier évite de dénoncer les actes de maltraitance dont il est témoin.

Selon Leon Festinger (1957), la dissonance cognitive survient lors d'un état de tension désagréable dû à la présence simultanée de deux cognitions (connaissances, croyances, valeurs, comportement) psychologiquement inconsistantes ou contradictoires. Plus précisément, la dissonance cognitive survient lorsqu'une personne est inconséquente entre ces différents éléments de cognitions et l'action qu'elle pose. Cette théorie considère ainsi que deux éléments de cognition peuvent être en rapport ou ne pas l'être : deux cognitions peuvent être soit consonantes, soit dissonantes. C'est donc l'existence d'une dissonance qui produit chez la personne une tension désagréable qui va l'inciter à des changements cognitifs, comportementaux ou environnementaux. Le postulat de base est que les personnes aspirent à éliminer cet inconfort.

Festinger utilise le terme « éléments de cognition » pour souligner qu'une dissonance ne peut exister que par rapport à ces éléments qui sont la connaissance de la personne par rapport à elle-même, à ses connaissances, ses attitudes, ses valeurs, ses croyances et ses comportements.

Ainsi, une situation de dissonance cognitive entraîne chez la personne un inconfort psychologique, un malaise d'autant plus intense que les éléments dissonants sont plus importants ou davantage valorisés. Cet inconfort psychologique va ainsi pousser la personne à tenter de réduire cette dissonance.

À l'heure actuelle il existe plusieurs versions de la théorie de la dissonance cognitive qui présument tout comme la version originale que les situations évoquant la dissonance engendrent une motivation nécessaire à produire des changements de cognitions. En dépit du fait que plusieurs théoriciens lui ont fait subir plusieurs épreuves, d'autres maintiennent que la version originale continue d'être actuelle justement en raison de données probantes issues des ces révisions (Beauvois & Joule, 1996; Harmon-Jones & Mills, 1999). En outre, il semble se dégager un consensus que les changements de cognitions sont induits par la motivation et que la source de cette motivation résulte d'un inconfort psychologique. La plus grande controverse actuellement est justement à propos de cette source de motivation qui produit les changements de cognitions issus de la dissonance. Comprendre la nature de la motivation sous-jacente qui résulte des effets de la dissonance devrait pouvoir aider à mieux comprendre l'interaction entre les cognitions, les comportements, les émotions et la motivation (Harmon-Jones & Mills, 1999).

Au cours de cette recherche, l'investigatrice est davantage intéressée à connaître les éléments de cognition qui permettent de réduire l'état de dissonance chez les infirmières qui ne dénoncent pas la maltraitance dont elles sont témoins. Selon la version originale de la théorie, Festinger (1957) propose trois façons de faire pour aider à réduire la dissonance : (a) enlever les cognitions dissonantes, (b) ajouter de nouveaux éléments de cognitions et (c) réduire l'importance des cognitions dissonantes. Harmon-

Jones & Mills (1999), propose une autre façon soit celle d'accroître l'importance des cognitions consonantes. Selon ces auteurs, cet ajout n'était pas spécifié par Festinger dans la version originale mais il en avait émis les prémisses dans ces travaux portant sur l'ampleur (importance) de la dissonance.

Les façons de réduire la dissonance cognitive de Festinger (1957) sont :

1. En enlevant les cognitions dissonantes la personne tente de rendre son comportement compatible avec les autres éléments de cognitions
2. En réduisant l'importance des cognitions dissonantes, la personne tente d'y trouver des bénéfices.
3. En augmentant l'importance des cognitions consonantes, la personne tente de se convaincre du bien-fondé de son comportement.
4. En ajoutant de nouveaux éléments de cognitions consonants la personne cherche des aspects positifs aux éléments dissonants. Sans nécessairement modifier concrètement son comportement, une personne peut agir sur la représentation qu'elle a de la situation. Elle rationalise, justifie, se convint ou restructure ses pensées par rapport à un évènement en cherchant des cognitions consonantes. Le résultat est une diminution de l'intensité de la dissonance puisque l'évènement à l'origine de la dissonance est maintenant perçu et analysé avec une nouvelle série de cognition.

Ainsi, les résultats d'entretiens avec le personnel infirmier ont permis de mettre en évidence toute une variété d'attitudes et de stratégies de réduction de la dissonance qui inhibe la dénonciation des actes de maltraitements envers les personnes âgées vivant en établissement de soins de longue durée.

CHAPITRE III - MÉTHODE

Cette troisième partie porte sur les aspects méthodologiques de cette recherche dont le but était de décrire les facteurs pouvant expliquer chez le personnel infirmier la non dénonciation des actes de maltraitance envers les personnes âgées vivant dans les CHSLD. Ce chapitre comprend d'abord le devis de recherche, la stratégie d'échantillonnage, la collecte et l'analyse des données. Les critères de scientificité et les considérations éthiques sont présentés par la suite.

Devis de recherche

Comme il n'existe que très peu de connaissances sur la compréhension de la non dénonciation de la maltraitance du personnel infirmier témoin de telles situations, il a été décidé de recourir à un devis exploratoire basé sur une approche qualitative pour mener cette étude. Il apparaissait aussi important d'explorer à fond la situation telle qu'elle est vécue par les personnes directement concernées c'est-à-dire par le personnel infirmier des milieux de soins de longue durée.

C'est donc pour cette raison que la théorisation ancrée a été retenue puisqu'elle permet de dégager le sens d'un phénomène et d'accroître sa compréhension à partir des données recueillies et analysées par comparaison constante, objectifs que s'étaient donnés Glaser et Strauss en 1967, puis réitérés plus tard par Strauss et Corbin en 1990 (Laperrière, 1997; Paillé, 1994). Grâce à cette méthode, la collecte des données, l'analyse et éventuellement la théorie sont interreliées. Aussi, puisque la théorisation ancrée permet l'émergence de théories issues de données, elle peut accroître la compréhension d'un phénomène en plus de servir de guide pour des interventions (Strauss & Corbin, 1998).

L'analyse en profondeur par comparaison constante des données recueillies auprès du personnel infirmier, a rendu possible l'explication des divers éléments qui affectent

la décision de ne pas dénoncer la maltraitance faite aux personnes âgées vivant dans des CHSLD.

De plus, puisque le but de cette recherche était de mieux comprendre le phénomène, l'intention de l'investigatrice n'était pas d'atteindre un niveau de théorisation avancée mais plutôt d'amorcer le processus d'analyse où l'ensemble des catégories seront bien définies selon le processus d'ordonnement conceptuel tel que décrit par Strauss et Corbin (1998).

Stratégie d'échantillonnage pour sujets sensibles

La non dénonciation de la maltraitance est un sujet qualifié de sensible (*sensitive topic*). En effet, un sujet est sensible lorsqu'il implique un certain coût psychologique comme la honte, la culpabilité et l'embarras, lorsqu'il est menaçant (menace de sanction) pour le répondant, lorsque le sujet de recherche fait une intrusion dans la sphère privée de la personne ou, lorsqu'il puise dans de profondes expériences personnelles (Renzetti & Lee, 1993).

Ainsi, la stratégie d'échantillonnage privilégiée ici est l'échantillonnage par réseaux (*snowball sampling*). Selon Faugier & Sargeant (1997), cette stratégie est utile pour explorer un phénomène et encore plus particulièrement les sujets sensibles, difficiles ou comportent un aspect légal. Il est basé sur des réseaux sociaux et par le fait que des amis, collègues ou des connaissances ont tendance à posséder des caractéristiques similaires. Selon Burns et Grove (2001), cette méthode s'avère particulièrement utile pour trouver des participants de populations plutôt marginales. Pour ces raisons, la méthode d'échantillonnage par réseaux a été privilégiée au cours de cette recherche. Selon cette approche, le principe de diversification interne s'applique, c'est-à-dire qu'il

s'agit de choisir une diversité de participants dans le groupe afin d'optimiser l'étude pour le groupe choisi (Poupart et al. 1997).

L'investigatrice, qui compte une vaste expérience auprès des personnes âgées et des CHSLD lui permet de bien connaître le milieu des soins de longue durée. Pour cette étude, elle a puisé dans son réseau professionnel pour choisir deux personnes clés pouvant lui suggérer un ou des CHSLD de la région de Montréal. Le but était d'identifier une ou deux directrices de soins infirmiers (DSI) ouvertes et intéressées au but de la recherche, qu'elles puissent être en mesure d'identifier une dizaine de participantes.

Une fois l'approbation reçue par le comité d'éthique de l'Université d'Ottawa (Appendice A), deux rencontres ont eu lieu avec deux personnes clés. Aucun des établissements ciblés pour le recrutement n'avait des exigences éthiques pour la recherche.

Une première rencontre a eu lieu avec le directeur général d'un regroupement d'établissements de soins de longue durée comportant 336 lits. La seconde rencontre a eu lieu avec une représentante d'une association de CHSLD du Québec. Par la nature de leur fonction et leur connaissance du réseau de la santé, ils ont tous deux été en mesure de suggérer deux DSI susceptibles de collaborer à la première étape de la collecte de données.

Un premier contact téléphonique a donc été fait par l'investigatrice auprès de la DSI d'un premier regroupement. Le but de la recherche lui a été expliqué ainsi que les implications pour les éventuels participants. L'investigatrice a par la suite fait parvenir une lettre d'information contenant l'information discutée au cours de l'entretien téléphonique (Appendice B) ainsi qu'une dizaine d'enveloppes cachetées contenant de

l'information à l'intention des participants potentiels (Appendice C). La DSI a remis toutes les enveloppes à des personnes susceptibles de participer à la recherche. Cette façon de faire permettait de préserver l'anonymat des premières participantes.

Une deuxième DSI d'un autre regroupement de CHSLD de Montréal a été rencontrée au cours de la même période. L'entretien visait à lui exposer le but de la recherche ainsi que le mode de recrutement. Une lettre contenant l'information discutée lui a été remise également ainsi qu'une dizaine d'enveloppes à remettre à des participants qu'elle avait préalablement identifiées.

Dans les deux cas, ces personnes clés se sont montrées très intéressées à l'objet de l'étude et à offrir tout le soutien nécessaire à l'investigatrice.

L'investigatrice a fait appel uniquement au milieu concerné par le phénomène à l'étude : deux regroupements de CHSLD comportant deux sites et plus, dont chacun comptait 96 lits et plus dans la région métropolitaine de Montréal. Ce milieu spécialisé offre de façon inégale des programmes thérapeutiques et parfois un programme plus spécialisé comme les unités prothétiques. Ces CHSLD aussi appelés « milieux de vie » procurent aux personnes ayant des pertes d'autonomie légère à sévère les soins nécessaires aux activités de vie quotidiennes (AVQ) comme suppléer aux besoins de se nourrir, se laver, éliminer, se mobiliser, etc. Le personnel infirmier est donc responsable d'apporter le support et l'assistance requise pour les divers besoins individuels de la personne âgée hébergée.

Le recrutement des participantes s'est fait selon le respect de la méthode d'échantillonnage par réseau et tout en respectant les critères d'inclusion, c'est-à-dire être infirmier (ère) ou infirmier (ère) auxiliaire autorisé(e) ; être à l'emploi d'un CHSLD depuis au moins 6 mois ainsi que parler le français ou l'anglais. Cependant, à

deux reprises lors du déroulement de l'étude, deux personnes désireuses de participer à l'étude ont contacté l'investigatrice malgré qu'elles étaient à la retraite depuis moins de deux ans. Aussi afin d'optimiser l'étude pour le groupe choisi, l'investigatrice leur a permis de participer à l'étude.

Une première participante ayant reçu la lettre d'information et désireuse de participer à la recherche a contacté l'investigatrice. Au cours de l'entretien téléphonique l'investigatrice a présenté l'objet de la recherche ainsi que les modalités entourant la collecte de données. La personne a elle-même fixé la date, le lieu et l'heure de l'entrevue à sa convenance. Au cours de cet entretien téléphonique, une entrevue de 60 à 90 minutes lui a été proposée. Le recrutement s'est poursuivi en fonction de l'échantillonnage par réseaux c'est-à-dire à partir de la collaboration de la première participante et des subséquentes.

Un des principes de la théorisation ancrée consiste à récolter des données jusqu'à ce que chaque catégorie soit saturée, c'est-à-dire lorsqu'on obtient plus aucune nouvelle information (Fortin, 1996; Poupart et al, 1997, Strauss & Corbin, 1998). La saturation peut être atteinte à des degrés divers, soit plus ou moins profonds selon la nature des catégories mais en autant que l'échantillon couvre ou cerne bien la dynamique d'un phénomène (Laperrière, 1997). Bien que l'investigatrice estimait que dix participantes pourraient prendre part à cette recherche la collecte de données a pris fin après la septième entrevue puisque les données devenaient répétitives et n'ajoutaient rien de nouveau sur le phénomène à l'étude. La directrice de thèse ainsi que les membres du comité de thèse ont été informés de ce fait et ont donné leur accord pour que prenne fin la collecte de données.

Le Tableau 1 présente le profil socioprofessionnel des participantes selon le sexe, le groupe d'âge, le titre d'emploi, lieu de naissance, lieu de scolarité, plus haut niveau de scolarité atteint, nombre d'années d'expérience comme infirmière, nombre d'années d'expérience auprès des personnes âgées en CHSLD.

Tableau 1**Les données socioprofessionnelles du personnel infirmier ayant participé à l'étude**

<i>Caractéristiques socioprofessionnelles</i>	<i>N</i>	<i>X</i>
Genre		
Féminin	7	
Masculin	0	
Groupe d'âge		
35-44	5	
45 ans et plus	2	
Lieu de naissance		
Canada	5	
Haïti	1	
Espagne	1	
Titre d'emploi		
Assistante infirmière chef	3	
Infirmières auxiliaires	3	
Infirmière clinicienne	1	
Lieu de scolarité pour la formation infirmière		
Montréal	7	
Plus haut niveau de scolarité		
Secondaire	3	
Collégial	3	
Baccalauréat	1	
Statut d'emploi		
Temps plein	7	
Temps partiel	0	
Nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière		
15-24	2	
25-34	4	
35-44	1	
Moyenne		26 années
Nombre d'années d'expérience auprès des personnes âgées vivant en CHSLD		
15-24	2	
25-34	4	
35-44	1	
Moyenne		27 années

La collecte de données

L'approche de recherche retenue pour la présente étude, la théorisation ancrée, s'appuie principalement sur des données de terrain comme les entrevues et l'observation mais elle peut également comporter d'autres types de données tels le journal de bord, les questionnaires, etc. (Laperrière, 1997; Strauss & Corbin, 1998). Ainsi, dans le cadre de cette recherche deux modes de collectes de données ont été retenus : l'entrevue semi-dirigée et le journal de bord.

Dès le début de l'entrevue, l'investigatrice étant aussi l'intervieweuse a insisté sur l'établissement d'un lien de confiance avec chacune des participantes lors de l'entretien téléphonique initial et au début de l'entrevue en précisant que le but de l'étude était de comprendre le phénomène de non dénonciation et qu'il n'y avait pas de bonnes ou mauvaises réponses aux questions posées.

L'entrevue semi-dirigée

L'entrevue de recherche qualitative est une méthode de collecte de données qui se situe dans une relation de face à face entre l'investigateur et le participant et peut revêtir plusieurs formes (Boutin, 1997). Une des formes consiste en l'entrevue semi-dirigée. Cette technique de collecte de données a pour but de rendre explicite l'univers de l'autre, comprendre son univers puis pour l'investigateur d'organiser et de structurer sa pensée (Savoie-Zajc, 1997). De plus, cette forme d'entrevue permet à l'investigateur d'aiguiller le participant sur les thèmes de la recherche tout en offrant un maximum de liberté pour aborder les sujets qu'il juge pertinents, favorisant ainsi l'émergence d'informations nouvelles non pressenties au départ par l'investigateur (Poupart, 1997).

Aussi, comme le suggère Savoie-Zajc (1997), un canevas d'entrevue souple et flexible a été préalablement préparé afin de s'assurer que les thèmes prévus soient abordés (voir Appendice D). Ainsi, la planification des entrevues s'est effectuée d'abord à partir du but de la recherche, puis, en fonction de l'analyse des données de l'entrevue précédente afin de répondre au principe de l'échantillonnage théorique. Afin de chercher à comprendre la signification accordée à la non dénonciation de la maltraitance d'après la perspective des participants, l'entrevue a été amorcée par cette question ouverte et large : Pourriez-vous me décrire votre expérience d'actes de maltraitance envers les personnes âgées et les raisons qui ont motivé votre choix de ne pas les dénoncer, s'il y a lieu? Cette question de départ visait à orienter le participant sur le thème de la recherche en lui laissant le maximum de liberté pour ce qui est de la manière de traiter le thème (Poupart, 1997). La formulation des questions était souple et l'investigatrice formulait des questions de clarification et de validation du contenu selon les principes de l'écoute active tout au long de l'entrevue. Comme le suggèrent Egan & Forest (1992), le but de l'écoute est la recherche de la compréhension d'une situation vécue par l'autre. Ainsi, au cours des entretiens, des sous-questions de compréhension ont servi à valider la compréhension de l'investigatrice par rapport à ses expériences (validation de contenu), à des comportements non verbaux et parfois à vérifier des états affectifs précis (reflet de sentiment).

Selon Poupart (1997), un entretien semi-dirigé comporte un certain nombre de principes : (a) obtenir la collaboration de l'interviewé; (b) mettre à l'aise la personne interviewée; (c) gagner sa confiance et (d) amener la personne à prendre l'initiative du récit et à s'engager. Dans tous les cas, les participantes ont été rencontrées dans un lieu choisi par elles, le plus souvent à leur domicile ce qui favorisait le bon déroulement de

l'entretien c'est-à-dire dans un endroit où elles se sentaient à l'aise. Ainsi, plus le participant est à l'aise plus il parlera avec facilité et abordera plus aisément les questions ou les sujets qui lui sont significatifs. L'investigatrice a insisté sur l'établissement d'un lien de confiance avec chacune des participantes avant le début de l'entrevue et tout au long de l'entretien en étant empathique à leur témoignage, c'est-à-dire en se montrant sensible à leur expérience. Afin de gagner la confiance de l'interviewée, la chercheuse s'est d'abord empressée de garantir l'anonymat afin qu'elle n'ait pas à craindre d'éventuelles conséquences suivant leur témoignage. De plus, elle a spécifié sa « neutralité » en insistant sur le fait que la chercheuse de même que l'objet de la recherche n'étaient pas liés à aucune organisation ou au Ministère de la Santé et des Services sociaux. Aussi, au cours de l'entretien, l'utilisation du magnétophone a été faite avec le maximum de discrétion et d'efficacité pour faire en sorte que la personne puisse oublier sa présence. Selon Poupart (1997), l'initiative et l'engagement du participant sont deux éléments associés au succès de l'entretien. L'initiative part du principe que plus le discours est spontané, moins il y a de risque qu'il soit contaminé par celui de l'intervieweur. Partant de la question de départ, chacune des participantes a été encouragée à parler librement et a été invitée à développer davantage son idée et à poursuivre la conversation tout au long de l'entretien. Le rôle de l'investigatrice a été de centrer ses relances et ses reformulations sur les dimensions abordées par le participant.

Dans le cadre de cette étude, chacune des participantes aux entrevues semi-dirigées a livré ses pensées, sentiments et opinions parfois intimes sur ce sujet sensible. De fait, pour chacune des participantes, l'investigatrice a validé son niveau émotif tout au long de l'entrevue. À la fin de chaque entretien l'investigatrice a fait un résumé des éléments

importants qui ont été discutés et finalement a remercié chacune d'entre elles pour leur collaboration et de lui avoir témoigné sa confiance. Enfin, l'investigatrice a utilisé ses habiletés de relation d'aide soit la présence, le respect, l'écoute et l'empathie afin de mettre fin à chaque entretien sans brusquerie.

Journal de bord

À la suite des entrevues et tout au long de l'analyse, des notes ont été consignées dans un carnet. Il s'agit notamment de notes contenant les expériences de l'investigatrice, de ses impressions, idées et réflexions (Jaccoud & Mayer, 1997). Dans le cadre de cette étude, ces notes faisaient référence aux réactions des participantes et des réflexions personnelles de l'investigatrice. La particularité de ses mémos est qu'ils évoluent au fil de la progression de la recherche (Strauss & Corbin, 1998). Le contenu des notes pertinentes a été partagé avec la directrice de thèse au cours de l'étude pour permettre à l'investigatrice de discuter de ses émotions, ses réflexions et de ses idées sur les phénomènes émergents.

Le questionnaire de données sociodémographiques et professionnelles

Afin de décrire les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des infirmières, l'investigatrice a recueilli l'information au moyen d'un questionnaire. L'âge, le genre, l'ethnie, le titre d'emploi actuel, le niveau de scolarité, le nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière ou d'infirmière auxiliaire, le nombre d'années d'expérience auprès de la clientèle des CHSLD, sont inclus dans ce questionnaire (Appendice E).

L'analyse des données

L'élaboration de l'échantillonnage théorique est une des caractéristiques de la théorisation ancrée. Il s'agit d'un processus de construction de concepts par analyse

comparative constante des données recueillies (Laperrière, 1997). Ce processus qui débute après la première entrevue vise à maximiser les opportunités de comparer des situations ou des cas en faisant varier leurs caractéristiques (propriétés et dimensions). L'échantillonnage théorique est important lors de l'examen de domaines nouveaux ou inexplorés parce que cela permet au chercheur de choisir les voies d'échantillonnage qui peuvent apporter le plus à la théorisation (Strauss & Corbin, 1998). Ainsi, il y a une redéfinition continue des données à recueillir au fur et à mesure que se poursuit l'analyse (Laperrière, 1997).

Pour Strauss & Corbin (1998), le processus analytique est un processus de codage qu'ils décomposent en trois principales activités : le codage ouvert, le codage axial et le codage sélectif. Paillé (1994), de façon plus explicite suggère six grandes étapes qui représentent l'évolution de la théorisation, il s'agit de (a) la codification initiale (b) la catégorisation (c) la mise en relation (d) l'intégration (e) la modélisation et enfin (f) la théorisation. Dans le cadre de cette étude l'investigatrice a suivi les trois premières étapes.

Aussi, l'une des caractéristiques de la théorisation ancrée est la simultanéité de la collecte des données et l'analyse (Paillé, 1994). Cette activité s'est avérée difficilement réalisable. Le fait de ne pas avoir analysé de façon simultanée les données empiriques s'explique par le contexte de l'étude, plus précisément par la réponse rapide d'un petit nombre de participantes et de leur disponibilité et de la distance entre le domicile de l'investigatrice (Kingston) et le lieu de la collecte de données (Montréal). Néanmoins, l'investigatrice a effectué la transcription intégrale au moyen d'un support papier et fait une lecture minutieuse des verbatim au fur et à mesure de la collecte de données. La relecture des verbatim a permis à l'investigatrice de réfléchir et d'ajuster les questions

d'entrevue au cours de la collecte de données. Par la suite, l'investigatrice a procédé à la codification initiale soit thématique et résumé les propos des participantes qui se dégageait des données recueillies au cours de l'entrevue (Appendice G).

Suivant cette étape, l'investigatrice a procédé à la catégorisation. Cette activité consistait pour l'investigatrice de situer sa lecture à un niveau conceptuel et de tenter d'identifier le phénomène plus large qui se dégageait des verbatim. Au cours de cette activité l'investigatrice a été guidée par les questions suivantes : Qu'est-ce qui se passe ici? De quoi s'agit-il? Je suis en face de quel phénomène? De plus, pour permettre le repérage des thèmes récurrents l'investigatrice a élaboré un système de code de onze couleurs, qui s'est simplifié par la suite en sept couleurs différentes représentant chacune des catégories.

L'étape de la catégorisation a aussi fait appel à la sensibilité théorique de l'investigatrice afin de trouver un sens aux données (Paillé, 1994). Strauss & Corbin à cet effet préconisent « l'exploration extrême d'une catégorie, des similitudes et différences avec d'autres cas [...] » (Laperrière, 1997 : 318). Ces deux premières activités correspondaient au codage ouvert.

En troisième lieu, la mise en relation consistait à établir des relations entre les catégories identifiées. Cette activité est désignée par Strauss et Corbin (1990) de codification axiale. Lors de cette étape, l'investigatrice a systématiquement trouvé des liens entre les catégories en se posant les questions : ce que j'ai ici est-il lié avec ce que j'ai là? En quoi et comment est-ce lié? Bien que le but de cette étude ne consistait pas à élaborer une théorie, des liens entre les catégories semblaient s'imposer d'eux-mêmes lors du travail de catégorisation. Un essai de relations entre les catégories fait l'objet d'une proposition d'un modèle explicatif dans le chapitre des résultats.

Il importe de préciser que les trois catégories ci-haut mentionnées se réfèrent au concept d'ordonnement conceptuel décrit par Strauss et Corbin (1998) comme étant l'organisation de données dans des catégories en fonction de leurs propriétés puis de leurs dimensions. L'investigatrice selon cette activité a tenté de donner un sens aux données empiriques en les organisant selon un schéma de classification. Ce type d'analyse est fondamental en théorisation ancrée car il est précurseur à la théorie (Strauss & Corbin, 1998).

Compte tenu du phénomène inexploré de la présente étude, l'ordonnement conceptuel, qui s'avère être également le but de plusieurs chercheurs a donc été l'analyse privilégiée par l'investigatrice.

Ainsi, la théorisation ancrée, doit répondre à des critères de scientificité tels, la crédibilité, la fiabilité et la transférabilité (*transferability*) (Drapeau, 2004; Lincoln & Guba, 1985; Deslauriers, 1991).

Les critères de scientificité en recherche qualitative

La crédibilité et la fiabilité

La crédibilité fait référence au degré de concordance entre le sens attribué par l'investigateur aux données empiriques et leur plausibilité aux yeux des participants (Drapeau, 2004; Lincoln & Guba, 1985). Selon ces auteurs, la crédibilité est assurée par une bonne connaissance de la culture du milieu c'est-à-dire par l'observation répétée et les activités sur le terrain. La fiabilité quant à elle fait référence « à la persistance d'une procédure de mesure à procurer la même réponse, peu importe quand et comment celle-ci est produite » (Lessard-Hébert et al., 1990, p.66). Comme le soulignent Poupart et coll. 1997, il existe plusieurs techniques pour assurer une bonne fidélité. Parmi celles qu'ils proposent, la vérification par d'autres chercheurs, l'implication à long-terme sur

le terrain et la description en profondeur du contexte ont été employées au cours de cette recherche.

Ainsi, les connaissances (expertise) du milieu et les habiletés de gestion clinique de l'investigatrice ont permis de recueillir des données empiriques reflétant l'expérience de membres du personnel infirmier travaillant dans les CHSLD par rapport à la maltraitance des personnes âgées qui vivent dans ce milieu. En effet, une personne qui passe suffisamment de temps dans un milieu est mieux orientée à une situation (Lincoln & Guba, 1985). Sur le plan analytique, Huberman et Miles (1991) soulignent l'importance d'être vigilant puisque certains biais pourraient affaiblir ou même invalider les conclusions de l'étude. Trois biais possibles sont donc à éviter. Il s'agit de l'illusion holiste qui consiste à accorder aux événements plus de convergence et de cohérence qu'ils n'en ont en réalité, en éliminant « les faits dont la vie sociale est faite ». Deuxièmement, le biais d'élite, qui consiste à surestimer l'importance des données provenant des participants bien informés habituellement de statut élevés et sous-estimer celle des données provenant d'informateurs difficiles à manier, plus confus au statut moins élevé. Troisièmement, le biais de la sur-assimilation ou l'investigateur « perd sa propre vision dans les perceptions et les explications des participants ». Pour contrôler ces biais, l'investigatrice de la présente étude a dans un premier temps procédé personnellement à la transcription du verbatim simultanément avec le cours des entrevues. Puis elle a procédé à la révision et au raffinement des nombreuses versions de la codification initiale et des catégories émergentes provenant des données empiriques. Ce processus a fait l'objet de discussions avec la directrice de thèse ainsi que les membres du comité de thèse. Dans un deuxième temps, l'investigatrice a soumis à chacun des membres du comité de thèse l'analyse du

verbatim menant à la codification initiale et enfin, dans un troisième temps, suivant le cheminement de l'analyse, l'investigatrice a, à nouveau soumis les résultats liés à la catégorisation en vue d'une corroboration. Ces activités ont permis de contrôler ces biais.

La transférabilité

La notion de transfert se réfère au respect du principe de la saturation des données c'est-à-dire quand la collecte et l'analyse des données ne fournissent plus aucun élément nouveau. Selon Drapeau (2004), une des façons pour assurer la possibilité du transfert consiste à décrire le plus exactement possible la population étudiée. Ainsi, au cours de cette étude la description des sujets à l'étude et le contexte social ainsi que la définition des concepts liés à la maltraitance et à la dénonciation ont le pouvoir de permettre une comparaison appropriée des résultats et de maximiser la possibilité de transfert. Il importe de préciser également que compte tenu que les résultats obtenus proviennent d'un petit échantillon et qu'ils sont liés à un contexte bien précis, les transposer dans un autre contexte implique qu'ils soient interprétés avec prudence.

Les considérations éthiques

L'investigatrice a d'abord soumis un protocole de recherche au comité d'éthique en recherche (CÉR) de l'Université d'Ottawa. Suivant l'approbation du CÉR, le but de la recherche et le déroulement des entrevues ont été clairement expliqués aux participantes afin d'obtenir un consentement signé (Appendice F), libre et éclairé autant pour leur participation à l'étude que pour l'enregistrement sur bandes audio des entrevues. Tous ces enregistrements sont gardés sous clef dans un endroit sécuritaire au bureau de la directrice de thèse. Ils seront détruits par l'investigatrice elle-même cinq ans suivant la fin de cette étude. Compte tenu du caractère sensible du sujet d'étude,

l'établissement d'une relation de confiance entre l'investigatrice et chacune des participantes a été crucial. L'investigatrice a assuré l'absolue confidentialité des renseignements obtenus ainsi que l'anonymat en se servant de code dont elle est la seule à connaître la correspondance entre les pseudonymes et le nom réel des participantes. De plus, les entrevues ont eu lieu dans des endroits et à des heures déterminées principalement par la participante afin de maximiser l'établissement du lien de confiance et pour qu'elle puisse être à l'aise de s'exprimer librement. Enfin, chaque participante a été informée de son droit de se retirer de l'étude en tout temps.

Lorsque chacune des entrevues arrivait à son terme, l'investigatrice préparait avec égard la clôture. En utilisant ses habiletés de relation d'aide, elle veillait à vérifier les réactions de chaque participante afin de voir où elle en était dans ses réflexions et vérifia le niveau émotif atteint au cours de l'entrevue afin d'y mettre un terme sans brusquerie.

De plus, l'investigatrice étant elle-même assujettie à un code de déontologie, a encouragé les participantes à divulguer à leur employeur des incidents récents de maltraitance rapportés en cours d'entrevue, ou d'obtenir auprès de collègues l'appui nécessaire pour clarifier leur intention et la façon de procéder avant d'agir. Il s'agissait seulement d'un encouragement et non d'une menace ou d'un ordre. À cet égard, l'investigatrice a à nouveau assuré le respect de la confidentialité. L'investigatrice a remis à chacune des participantes la brochure « Les victimes d'abus et de négligence : comment les reconnaître, comment intervenir » publiée par la Fondation Docteur Phillipe-Pinel. Ce document d'information pouvant servir de guide à une démarche de dénonciation.

Enfin, l'investigatrice a rappelé aux participantes la ressource d'aide disponible et gratuite offerte par leur employeur soit le programme d'aide aux employés (PAE) advenant un inconfort psychologique issu de l'entrevue.

CHAPITRE IV : RÉSULTATS

Ce chapitre porte sur les résultats obtenus en vue d'atteindre le but fixé par la présente recherche, soit de décrire les facteurs pouvant expliquer la non dénonciation des actes de maltraitance envers les personnes âgées vivant en CHSLD dont est témoin le personnel infirmier. Il se divise en trois parties. La première comprend la présentation détaillée de chacune des étapes de l'analyse effectuée. La deuxième est consacrée aux catégories émergentes de l'analyse et contient les définitions de ces catégories ainsi que leurs composantes. Enfin, la troisième partie met de l'avant une proposition de processus expliquant le phénomène de non dénonciation.

Cette première partie présente de façon détaillée chacune des étapes du processus d'analyse. L'approche utilisée a été celle de la théorisation ancrée selon le modèle proposé par Paillé (1994) comprenant quatre étapes: la codification initiale, la catégorisation, la mise en relation et la modélisation.

La codification initiale

La codification initiale a été le point de départ de l'analyse et a débuté dès la première entrevue. Les propos des participants ont été codifiés ligne par ligne. Cette lecture attentive a permis à l'investigatrice d'être continuellement en contact avec les données, de réfléchir sur les thématiques émergentes et d'ajuster les questions d'entrevue tout au long de la collecte de données. Lorsque les entrevues ont pris fin, la codification initiale a été soumise, pour fins de validation, aux trois membres du comité de thèse (Appendice G).

Puis, la catégorisation a eu lieu par la suite à travers deux activités. D'abord l'investigatrice a développé un système de classification afin de dresser la liste des codes initiaux puis, en utilisant des codes de couleur, à créer des regroupements sous forme de catégories plus englobantes.

Au cours de la deuxième activité, l'investigatrice a fait une nouvelle lecture des copies non annotées des verbatim, en inscrivant une expression conceptuelle pour établir les catégories au-dessus de chaque segment ou paragraphe pertinent. Ce faisant, elle a cerné les éléments permettant de les définir et d'en dégager les principales composantes. Au cours de cette activité, l'investigatrice a donc situé sa lecture à un niveau conceptuel afin de nommer le phénomène plus large qui se dégageait des propos de chaque participant. Cette activité a fait appel à la sensibilité théorique de l'investigatrice en regard de la non dénonciation. Ainsi, tout au long de ce processus d'analyse l'investigatrice s'est continuellement questionnée sur ses pensées issues des données, des écrits pertinents et de son expérience clinique dans un contexte de soins similaire afin de trouver un sens aux données. Enfin, soulignons le caractère inductif de la théorisation ancrée. Ce sont les propos des participants qui ont fait émerger les différents concepts en lien avec le but de la présente recherche. Les résultats de cette analyse sont donc solidement ancrés dans les données empiriques recueillies.

Les catégories émergentes

Les codes initiaux ont par la suite été regroupés ce qui a donné lieu à sept catégories poussant ainsi l'analyse à un niveau de compréhension supérieur du phénomène de non dénonciation des actes de mauvais traitements envers les personnes âgées ou les résidents des CHSLD (Appendice H). Il s'agit plus spécifiquement des catégories suivantes : (a) prendre la situation en main, (b) les expériences professionnelles antérieures difficiles, (c) l'inertie organisationnelle, (d) la culture du silence, (e) le niveau de gravité des mauvais traitements, (f) la désensibilisation aux mauvais traitements et (g) les relations sociales contraignantes au travail. Elles ont à leur tour été regroupées sous trois grands thèmes soit : les facteurs inhérents à la personne, les

facteurs inhérents à l'environnement, les facteurs inhérents au lien personne-environnement. Les catégories ainsi classifiées sont présentées de même que leurs caractéristiques qui ont permis de les cerner avec plus de précision et ainsi d'assurer leur exclusivité relativement au phénomène à l'étude. Enfin, bien que ces sept catégories aient pu être identifiées, il semble que le processus serait incomplet si la notion de souffrance émotionnelle n'était pas abordée.

Le Tableau 2 expose les thèmes et les catégories émergentes de la non dénonciation de mauvais traitements dont est témoin le personnel infirmier des CHSLD.

Tableau (2) Les thèmes et catégories émergentes

Facteurs inhérents à la personne	Facteurs inhérents à l'environnement	Facteurs inhérents au lien personne-environnement
Prendre la situation en main	L'inertie organisationnelle	Le niveau de gravité des mauvais traitements
Les expériences professionnelles antérieures difficiles	La culture du silence	La désensibilisation
		Les relations sociales au travail contraignantes

Les facteurs inhérents à la personne sont propres à l'infirmière elle-même, laquelle est assujettie à un code de déontologie. Ces facteurs ne lui sont pas imposés par le contexte ou le milieu dans lequel elle évolue. Les facteurs inhérents à l'environnement sont extérieurs à l'infirmière, ils sont contextuels et lui sont imposés par le milieu et la culture de ce milieu. Les facteurs inhérents au lien personne-environnement sont certains facteurs propres à l'environnement qui peuvent avoir des effets indirects en influant sur les facteurs propres à l'individu, comme les

comportements sociaux. Ainsi, l'analyse révèle que trois catégories sont tributaires du contexte social, organisationnel, culturel et physique au sein duquel évolue l'infirmière.

Premier thème : Les facteurs inhérents à la personne

Prendre la situation en main

Bien que les participantes n'aient fait aucune référence explicite au code de déontologie régissant leur profession durant les entrevues, elles attribuent toutes une grande importance aux valeurs liées à la profession d'infirmière ou d'infirmière auxiliaire. Toutes ont fait appel à ces valeurs durant les entrevues et toutes, sans exception, ont reconnu qu'il était de leur responsabilité d'assurer le bien-être et la sécurité des résidents ainsi que de les protéger contre les mauvais traitements. Ainsi, l'analyse permet de constater que dans bien des cas le personnel infirmier ne dénonce pas parce qu'il «prend la situation en main». En ce sens qu'il pose des actions pour contrer la maltraitance réelle ou occulte au moment où ces événements survient.

L'analyse a permis de dégager quatre propriétés à cette catégorie : la surveillance, l'enseignement et la sensibilisation ainsi que la perception des limites au rôle. Celles-ci ont été par la suite classifiées selon deux mécanismes d'action. Le premier voulant que l'infirmière utilise des moyens ou des stratégies pour agir sur un événement ou une situation. Le second est lié davantage à la perception que leur rôle comporte des limites. Les deux mènent à la non dénonciation des mauvais traitements.

Selon le premier, lorsque des faits leur étaient rapportés ou même observés, certaines infirmières ont préféré intervenir directement auprès du soignant maltraitant ou sur la situation plutôt que de dénoncer. Notamment, elles utilisent des stratégies de gestion des soins, on recourt à des activités d'enseignement et de sensibilisation ou choisissent de «faire à la place de», pour contrer des pratiques conduisant à la

maltraitance. L'analyse n'a pas permis cependant de mettre en évidence l'efficacité de telles stratégies pour prévenir la récurrence de mauvais traitements. L'utilisation de ces stratégies semble d'avantage être indiquée pour prévenir ponctuellement un risque de mauvais traitements.

La surveillance

Cette propriété fait référence à un des multiples rôles attribués au personnel infirmier dans les CHSLD. Sur le plan de la responsabilité professionnelle, la surveillance, comme toute autre intervention infirmière autonomiste devrait être liée à des valeurs morales ou déontologiques. Cependant, dans le contexte de cette étude, le fait de mettre en place une stratégie de surveillance peut être interprété comme un moyen de réduction d'un inconfort soulevé par des doutes sur la qualité des soins versus des valeurs de protection. Cette stratégie qui réduit cet inconfort psychologique ne permet pas au personnel infirmier d'aller plus loin dans une démarche qui le conduirait à dénoncer puisque la composante déontologique de la responsabilité professionnelle ne semble pas avoir été reconnue au moment où il devait réfléchir sur le choix de la stratégie. Ainsi, dans le contexte de cette étude des participantes s'assurent d'accroître le niveau de surveillance des soins en sollicitant par exemple l'assistance d'autres membres du personnel infirmier pour réaliser cette activité, comme le démontre l'extrait suivant.

Lorsque je sais que quelqu'un est comme « à problèmes » là, c'est sûr que ça m'demande beaucoup d'énergie là, c'est que je lâche pas. Je l'surveille sans arrêt c'est sûr qu'un moment donné là, je viens que, comme ça m'épuise. J'dis à l'infirmière auxiliaire de la section, fait y attention parce que cette personne-là, je trouve qu'il peut y avoir des mouvements brusques ou des fois, y parle, tsé [...] y répond brusque, y a pas à faire ça mais j'ai dit surveille-les, pis moi j'essaie de surveiller, le plus que j'peux, mais j'vais te dire des fois ça vient chercher toute mon énergie. (Participante 3-A, P. 13-14)

Par ailleurs, dans le cas où le personnel infirmier aurait un doute sur les agissements d'un soignant lors des soins, il peut arriver que le personnel infirmier fasse une activité de surveillance qui ne soit pas à l'insu de ce soignant. Cette façon de faire consiste à accroître l'importance de la stratégie de surveillance. Dans un tel cas, le personnel infirmier confirme au soignant qu'il est surveillé, sans plus.

La participante : Cette personne là quand l'auxiliaire va lui faire sa toilette, la résidente se met à crier. C'est arrivé quelques fois qu'elle était agitée mais comment se fait-il qu'avec cette auxiliaire là qu'elle ait des bleus, des ecchymoses après sa toilette? Je lui ai demandé : « Écoute, comment ça se fait qu'elle a des bleus là? ». Elle m'a dit qu'elle s'agite et qu'elle se cogne sur la table ou le côté de lit. Mais moi j'étais pas sûr, alors je lui ai dit : « À l'avenir ne ferme pas la porte lors du bain mais ferme plutôt le rideau. Si elle s'agite on viendra t'aider ». (Participante 7-C, P.4)

[...] tu sais pas toujours ce qui se passe en arrière d'une porte de chambre. Elle ne sont pas vitrées tes portes de chambres, elles sont fermées, t'entends pas, mais y faut que t'ailles faire des *spot check*. Tu cognes, puis tu entres [...] (Participante 2-B, P.26)

Enfin, sur le plan de l'encadrement, la majorité des participantes ont préféré donner des avis verbaux à des soignants négligents ou abusifs plutôt que de procéder à une dénonciation.

[...]Il y avait une préposée aux bénéficiaires qui avait tendance à parler un peu sec à certain résidant puis c'est arrivé deux ou trois fois, je me souviens plus du nombre de fois ou j'ai dû discuter avec elle pour y dire que je trouvais qu'elle y allait un peu raide, un peu sec là, j'ai pas jugé qu'il fallait informer mon supérieur immédiat de ce comportement [...] (Participante 1-A, P.3)

[...]Il avait été brusque en la tournant [...] Je lui ai dit « j'accepte plus ça des choses comme ça » mais sauf que ça jamais été plus loin. J'ai pas fait de feuilles de remarque. Rien. (Participante3-A, P.3)

Enseignement et sensibilisation du personnel

D'autres participantes ont misé sur l'enseignement et la sensibilisation auprès du soignant inadéquat ou auprès de l'équipe de soins en procurant de l'information ou des directives afin d'éviter la récurrence d'évènements conduisant ou ayant le potentiel de conduire à de mauvais traitements. Pour ce faire elles utilisent des ressources disponibles et rapides; soit elles utilisent leur expérience et leur connaissance, soit elles procurent des documents écrits provenant de recherche personnelle sur internet. Les activités ne sont pas planifiées mais surviennent en réaction à des comportements jugés inacceptables. Peu importe le moyen qu'elles choisissent ce dernier remplace une dénonciation formelle.

Le patient aime pas ça se faire laver et il peut devenir agressif alors il frappe le préposé. C'est arrivé que le préposé lui serre les bras pour le retenir et ça c'est de la violence. Alors là j'ai posé la question : « De quel côté tu te mets pour faire sa toilette ? » alors il se mettait du mauvais côté, je lui ai donné des trucs. Il était content de les savoir! (Participante 6-C, P.9)

J'ai sorti des choses sur l'ordinateur pour que le personnel puisse avoir des connaissances sur le processus de cette maladie et les comportements associés, puis j'ai amené ça au travail [...].ça a diminué la tension [...] envers elle lors des soins (Participante 3-A, P.12)

« Faire à la place de »

Pour quelques participantes, le « *faire à la place de* » est devenu un réflexe. Afin d'éviter qu'un résident soit victime de négligence par le refus d'un soignant d'exécuter un soin, l'infirmière, au lieu de rapporter va se substituer au soignant plutôt que de dénoncer cette situation. Cette façon de faire est des plus néfastes car elle renforce des comportements inacceptables de la part des soignants.

[...] Il veut aller à la toilette et là la préposée ne veut pas l'emmener aux toilettes tout de suite parce que parce que ça routine est comme brimée là,

parce que c'est l'heure de faire manger les autres résidents alors c'est arrivé quelque fois que j'ai du intervenir parce que sinon le résident aurait mangé alors qu'il avait envie d'aller à la toilette [...] (Participante 1-A, P.8)

La fille (la soignante) a dit « Madame c'était à vous d'être à l'heure, moi je ne refais pas d'autres toasts » moi j'accepte pas ça, j'ai dit « la résidente ses toasts sont froides [...] alors je lui ai dit à la soignante « laisse faire je vais y faire ses toasts puis tout ça. (Participante 2-B, P.2)

Perception de limites au rôle

Le deuxième mécanisme utilisé par toutes les infirmières qui ont également les mêmes valeurs croient que leur rôle a des limites en terme de responsabilité. Cependant, toutes n'ont pas les mêmes limites ou la même perception de leurs limites. Notamment, plusieurs participantes croient que la nature du poste occupé dans l'organisation pose un problème lorsqu'il s'agit de dénoncer. Une participante fait face à un défi supplémentaire puisqu'elle perçoit que son implication syndicale vient altérer sa responsabilité professionnelle. Cette perception crée d'autant plus d'ambiguïté qu'il semble irréconciliable aux yeux de l'infirmière de jumeler ces deux rôles.

Ça dépend aussi de ton rôle, moi j'ai eu des rôles, comme on dit, comme syndicaliste un peu, qui défend les droits de la personne aussi, des travailleurs, sauf qu'il ne faut pas que ce rôle empêche ton autre rôle comme responsable d'infirmière, je pense en tout cas, j'en ai pas eu beaucoup de difficultés, mais ça arrivé des fois que j'avais tendance peut-être à rencontrer la fille pis dire : Écoute, tu dois faire attention parce que sinon ça va aller plus loin. (Participante 7-C, P.14)

Enfin toute la question de la hiérarchie a été soulevée par les infirmières. Pour elles, le lien hiérarchique dresse une limite à la dénonciation en fonction du poste qu'elles occupent au sein de l'organisation. Une confusion émerge entre le devoir moral de toutes infirmières de dénoncer et le lien purement hiérarchique de pouvoir par rapport aux exigences du milieu liées au poste. L'analyse démontre que plus l'infirmière

progresses dans la hiérarchie plus elle a de pouvoir pour agir et plus grande est sa responsabilité face à la dénonciation. Voici quelques exemples :

[...] mais y'a une fille je lui dit souvent : «fais attention parce qu'avec ta boîte (fait référence à la bouche de la personne) tu vas perdre ta job un moment donné. Mais j'ai jamais dénoncé, à l'infirmière oui, mais j'ai jamais été voir la directrice là. (Participant 2-B, P.24)

« Ça dépend du rôle que tu as dans l'équipe ou dans l'organisation, ça peut faciliter la dénonciation ». (Participant 7-C, P.14).

« Mais moi, si l'infirmière va pas plus loin, mes limites, moi aussi j'ai des limites quelque part, j'suis pas patron là » (Participant 2-B, P.25)

Les expériences professionnelles antérieures difficiles

La signification de l'expérience professionnelle antérieure difficile est généralement reconnue par le groupe de participantes. Il semble que l'expérience de dénonciation soit très exigeante ou perçue comme telle à divers égards. Les conséquences et les exigences d'une dénonciation ne justifient donc pas de prendre des risques considérant les résultats qui en découlent. De façon implicite, toutes les participantes font allusion aux expériences vécues ou perçues, mais deux d'entre elles ont attribué une grande valeur à l'expérience et en ont discuté longuement.

Dénoncer; un enfer

Une participante perçoit l'expérience d'une collègue qui a dénoncé comme un *enfer*, mot qu'elle mentionne avec conviction à trois reprises au cours de l'entrevue.

Je pense que c'est peut être pour ça qu'il y a beaucoup de monde qui s'arrête, elle m'a dit 'c'est l'enfer' [...] c'est l'enfer depuis deux ans, j'suis à l'envers depuis ce temps là (Participant 2-B, P.19)

La même participante (infirmière auxiliaire), qui s'adresse à l'infirmière de son étage :

[...] je lui disais, « pourquoi tu dénonces pas quand vous voyez des filles qu'il faut superviser? » Puis elle m'avait dit qu'elle ne le faisait plus, aller

plus loin, parce qu'elle a vécue une mauvaise expérience [...]. (Participant 2-B, P.3)

Une autre participante qui a vécu l'expérience de dénonciation ne la qualifie pas de mauvaise puisque pour elle il s'agissait de commettre une bonne action. « Je pensais que j'avais fait une bonne action » (Participant 5-B, P.4). Cependant l'évocation du souvenir de cette expérience passé suscite l'ambivalence entre deux composantes bien distinctes soit de commettre à nouveau une bonne action et celle de ne pas dénoncer en raison du traumatisme subi par le passé lors d'un événement de dénonciation. L'extrait suivant témoigne clairement de ce fait.

[...] Ça été une bonne expérience, ça fait des années et ça c'est résorbé mais dans un sens tu te dis : « est-ce que je vais le faire encore une autre fois (dénoncer) ». C'était difficile, j'étais prête à quitter mon emploi là, mais j'avais besoin de travailler (Participant 5-A, P.5).

Un processus long et pénible

La plupart des participantes témoignent que le long et pénible processus de gestion des plaintes conjugué à l'impunité des soignants maltraitants ou aux impasses découragent l'action de dénoncer malgré toute la bonne volonté de faire des signalements comme en fait foi les passages d'entrevue suivants :

Ça ne vaut pas la peine que je fasse un rapport, ça ne vaut pas la peine, ils ont rien fait. Mais pourquoi? Parce qu'il n'y a pas de conséquences ou ça pris trop de temps [...] (Participant 4-B P.15)

[...] « J'ai déjà fait des feuilles de remarques pour un employé, mais un moment donné ça n'aboutissait à rien, puis ils me disaient (la direction) c'est parce qu'il faut monter un dossier à la personne car on peut pas rien faire alors j'aimais mieux régler moi-même mes affaires. (Participant 6-C. P.6)

Deuxième thème : Les facteurs inhérents à l'environnement

Les participantes mettent en évidence plusieurs facteurs inhérents à l'environnement regroupés en deux catégories : l'inertie organisationnelle et la culture du silence. Il apparaît toutefois approprié de situer le contexte qui a généré de telles catégorisations.

Chacune des participantes occupe ou a occupé un emploi dans un CHSLD. Ces établissements sont des milieux de vie et de soins où les personnes âgées y résident majoritairement de façon permanente. La mission de ces centres qui est enchâssée dans la Loi sur les services de santé et services sociaux (LSSS) stipule notamment que les CHSLD se doivent d'offrir un milieu de vie substitut ou l'on offre soutien, assistance et surveillance, donc les personnes sont en droit de s'attendre à des soins prodigués dans le respect des droits de la personne et de sa dignité. Dès lors, les participantes mettent en évidence, par le récit de leurs expériences, l'omniprésence de la maltraitance à l'intérieur des CHSLD.

Toutes ont mentionné et donné des exemples de chacune des formes de maltraitance. Or malgré un contexte social où la maltraitance faite aux personnes âgées dans les CHSLD fait l'objet de médiatisation et que celle-ci soit connue de tous et toutes à l'intérieur même des établissements, toutes les participantes ont identifié plusieurs caractéristiques d'une « absence d'agir » dans l'organisation et qui les incitent à garder le silence.

L'inertie organisationnelle

Le terme inertie organisationnelle attribué à cette catégorie fait référence à l'absence ou à l'insuffisance d'action réelle ou perçue par les participantes que ce soit par l'intermédiaire de collègues, de la direction ou du syndicat. Plus précisément, quatre sources d'inertie liées à l'organisation empêchent les participantes de s'engager

dans un processus de dénonciation de la maltraitance et toutes ces sources sont interdépendantes. Les caractéristiques de l'inertie organisationnelle sont la culture du blâme, l'absence ou l'insuffisance de politiques claires et connues, l'absence de soutien réel ou perçu et enfin, les contraintes à l'action de la direction.

La culture du blâme

La majorité des participantes se sont heurtées à une certaine forme d'hostilité de la part de leur supérieur immédiat lorsqu'elles souhaitaient dénoncer des soignants qui avaient des comportements inadéquats envers les résidents. Le chef d'unité ou l'infirmière chef d'équipe, selon les dires des participantes, adopte une attitude de reproche ou de doute envers celles qui osent dénoncer des situations de mauvais traitements.

Investigatrice : « Selon toi qu'est-ce qui entrave la dénonciation?

Participante : La personne à qui je dénonce est-ce qu'elle pense que j'exagère ou si elle croit que je n'aime pas la personne. Par exemple, elle peut dire « bon tu l'aimes pas là, puis tu vas encore dire des affaires pas correctes » [...]. (Participante 2-B, P.11)

[...] ça vaut pas la peine que je fasse un rapport, ça vaut pas la peine qu'est-ce qui vont faire, ils ont rien fait, ça vaut pas la peine [...] y vont penser que nous on exagère, on voit la chose plus grande qu'il ne le faut [...] (Participante 4-B, P.15)

Il arrive parfois que l'infirmière ou même l'équipe de soin soit considérée comme la source du problème.

« On n'est pas confortable pour travailler comme ça et on a toujours peur que quelqu'un dise que nous aussi on a fait quelque chose » (Participante 2-B, P.10).] J'avais fait un rapport, la personne était pas correcte, sauf que c'est comme si, c'est moi qui n'avais pas agi comme il faut, j'y avais parlé fort, mais c'est lui qui parlait fort là au départ...mais il n'avait pas aimé quand j'lui avais dit que ça resterait pas là. C'est comme si ça reviendrait contre moi. (Participante 3-A, P.7)

La fille a un dossier épais comme ça (geste de la participante), la chef d'unité arrive et on se fait dire que c'est nous autres qui devons faire

attention pour intégrer la fille et essayer de la comprendre...
(Participante 4-B P. 15)

De surcroît, une des participantes avait la nette impression de ne pas être crüe ou prise au sérieux.

Aussi pour aider à faire plus de dénonciation comme tu dis, ce serait d'être prise au sérieux quand on fait une plainte, parce que c'est pas pris au sérieux [...] » (Participante, 4-B, P. 14-15)

Absence ou insuffisance de politiques claires et connues

De plus, dans un contexte désireux de faire échec à la maltraitance notamment par le biais du concept de « tolérance zéro » il ressort que toutes les participantes jugent, de façon implicite ou explicite, insuffisantes voir même absentes des lignes de conduite à l'égard des mauvais traitements et du processus de dénonciation.

Dans l'établissement le mot d'ordre c'est : Y'a aucun, t'es pas supposé laisser rien passer. C'est tolérance zéro. Mais je veux dire est-ce tolérance zéro, pis des fois tu laisses passer des choses, ça dépend, j'veux dire j'laisserais pas passer quelqu'un qui frapperait un patient là [...] (Participante, 3-A, P.21)

Outre l'absence d'une définition claire du concept de « tolérance zéro », presque la totalité des participantes rapportent qu'elles vivent de l'incertitude sur la façon de dénoncer puisque le processus leur est inconnu. De plus, lorsqu'elles imaginent un scénario dans lequel elles dénonceraient, la majorité des participantes soulignent non seulement l'absence de ligne de conduite pour dénoncer mais également l'absence de mécanismes de protection des dénonciateurs. Aux dires d'une participante cela se traduit par un sentiment d'être laissé dans le vide comme en témoignent les deux énoncés suivants.

S'il y a une politique claire? Non, ça je la connais pas si y en a une. S'il y a une politique très claire, on sait qu'on peut dénoncer ça l'employeur en

parle, c'est tolérance zéro, ça ils le disent, après c'est l'après qu'on voudrait savoir, c'est après qu'on est dans le vide [...] (Participant 2-B, P.20)

Absence de soutien réel ou perçu

Toutes les infirmières révèlent tant implicitement qu'explicitement l'insuffisance de soutien comme un des éléments pouvant ne pas conduire à la dénonciation. Qu'il soit réel ou perçu ou qu'il soit en lien direct ou non avec la direction de l'organisation.

Investigatrice : « Qu'est-ce qui entrave la dénonciation? Participant : Je te dirais peut être le manque de support [...] est-ce que l'employé qui va dénoncer va être supporté dans cette démarche là? (Participant 1-A, P.4)

Une participante met l'accent sur le soutien psychologique qui garantirait d'assurer leur intégrité psychologique et leur propre bien-être pour les aider à faire face aux conséquences délétères de la dénonciation.

Bien comme je te le disais c'est le support, de garantir du support de la direction de ton supérieur [...] peut-être moi-même rencontrer un psychologue et de ne plus retravailler avec la personne (Participant 1-A, P.6)

Par ailleurs, la perception d'absence de soutien des membres de la direction, a une influence néfaste sur le choix de dénoncer et suscite beaucoup d'insécurité et des réflexions qui vont au-delà de la simple action de dénoncer un acte répréhensible.

Si on vient à dénoncer une situation X est-ce que l'employé qui va dénoncer va être supporté dans cette démarche là? Parce que veux veux pas à partir du moment où tu dénonces, l'employé qui a fait des actes qui sont pas corrects, cet employé là va retravailler avec celui qui dénonce et après cela celle qui a dénoncé va-t-elle être supportée?(Participant 1-A, P.5)

Puis elle a dit qu'au point de vue de l'employeur, elle n'a pas eu l'appui après tant que ça; [...] elle n'avait pas eu l'appui de l'employeur jusqu'à la

fin [...] puis c'est ça qu'elle m'avait dit, qu'elle ne dénonçait plus à cause de cela (Participante 2-B, P.3)

Les contraintes à l'action de la direction

L'inertie organisationnelle peut parfois être imputable à des facteurs qui contraignent l'action ou qui réduit la latitude d'action de l'organisation. Certaines participantes font référence à une forme de blocage syndical. Cette contrainte semble jouer un rôle notable dans la non dénonciation car certaines participantes reconnaissent l'importance du pouvoir intimidant du syndicat pour la défense des soignants maltraitants. La partie syndicale est perçue comme la dominante dans ce genre de rapport puisqu'elle a le pouvoir de contraindre comme le révèle une participante.

[...] ils ont toujours le syndicat pour les défendre, parce que pour mettre quelqu'un dehors ça prend des dossiers montés depuis des années[...] le syndicat est très fort aussi parce qu'il défend ces employés-là. Le patron, voudrait bien les mettre dehors mais y'a ses limites aussi, parce qu'il se bat contre le syndicat [...] (Participante 2-B, P.24)

Par ailleurs, des données empiriques recueillies se dégage une importante source d'oppression dans le milieu des CHSLD qui contraint les infirmières à demeurer silencieuses et passives face à la maltraitance dont elles sont témoins. Les services et les activités sont normalisés sous forme de routine, d'horaire rigide ou d'activités imposées autant pour les résidents que pour le personnel infirmier. Il semble que l'entretien de cette routine soit l'œuvre d'une tradition du milieu que perpétue un grand nombre de soignants non réglementés des CHSLD. Une routine à laquelle nul ne peut se soustraire même si cela occasionne des opportunités d'actes de négligence active. Cette oppression se manifeste notamment par de l'insubordination voir même par des

actes violents auprès du personnel infirmier. Les passages suivants traduisent très bien l'oppression qui s'exerce sur l'infirmière.

Des fois quand il y a des cloches qui sonnaient, j'allais aviser la préposée que le résident avait besoin d'aide [...] parfois je réalisais que la préposée ne voulait pas y allait car ça brisait sa routine, ça ne faisait pas partie de sa routine à elle donc elle avait tendance à suivre son rythme à elle et non celui du résident. À maintes reprises j'ai dû revoir la préposée pour lui dire que j'avais fermé la cloche mais qu'il fallait qu'elle aille voir le résident. Ça honnêtement je le disais pas au chef d'unité [...] (Participante 1-A, P.5)

Une résident voulait aller aux toilettes, puisque c'est au levier on l'emmène à la toilette à deux personnes. J'ai dit au préposé Madame X voudrait aller à la toilette. Il me dit : Vous là parlez moi pas [...] il se met à crier après moi. Je lui dis : Écoute elle veut aller aux toilettes tout de suite, alors il me dit : Non moi j'fait mon ménage, j'essuie mes tables. Alors je lui dis : Écoute c'est pas demain qu'elle a envie c'est tout de suite, puis la priorité c'est de l'emmener au toilette. Mais là il criait après moi [...] (Participante 3-A, P.3-4)

Moi je faisais des reproches mais pas devant les autres, puis là je l'avais amené dans une pièce à part pour lui dire des choses qui ne fonctionnaient pas. Mais là lui il était comme dans son monde, il disait que ça se pouvait pas qu'il ait fait ça (brusquerie à la mobilisation d'un résident) alors là il me secouait, puis il me disait : Toi avec ton mautadit calme! Parce que moi je lui expliquais calmement mais ça me stressait en dedans [...] (Participante 6-C, P.8)

L'analyse des résultats de cette étude révèle une intransigeance manifeste à l'égard de ceux et celles qui tentent justement de répondre aux besoins spécifiques de chaque personne. Ce comportement se traduit par de l'oppression qui s'exerce notamment sur les infirmières. Des participantes ont mentionné qu'elles devaient continuellement livrer un combat contre ceux et celles qui détiennent le pouvoir de maintenir la traditionnelle routine. Tout comme dans le milieu mafieux, il y a à l'intérieur des établissements deux forces antagonistes qui s'affrontent entre le personnel qui se retrouve divisé, l'une étant opprimée par l'autre. Au même titre que la routine, les

soignants non réglementés ou réglementés qui souhaitent maintenir à tout prix le statu quo sur l'organisation du travail ont tendance à protéger les leurs par toutes sortes de moyens. Une culture du silence prend alors racine dans le milieu. Toutes les infirmières savent que la dénonciation d'un des membres du clan opposé entraînera des représailles. Ainsi, le prix de la loi du silence implique que l'infirmière qui dénonce subira des représailles. La culture du silence constitue la deuxième catégorie inhérente aux facteurs de l'environnement.

La culture du silence

Les résultats issus de cette analyse tendent à démontrer que le silence doit être compris comme une réalité inquiétante. Cette culture du silence si terrible soit-elle pour la maltraitance semble être le résultat que deux groupes antagonistes ont tour à tour contribué à implanter dans le milieu et à la préserver par des règles tacites reconnues comme étant la Loi du silence. Le premier groupe, celui des soignants maltraitants et le syndicat invite de façon subtile et informelle le deuxième groupe, celui du personnel infirmier, à la discrétion. Par le fait même confine la direction de l'organisation dans l'ignorance d'incidents de maltraitance. En général, les participantes font preuve d'une grande réserve et ne s'imposent pas afin de conserver à l'unité une certaine quiétude, et surtout ne pas faire de vague. Ce faisant, la gestion des actes d'abus demeure à l'unité, comme en témoigne les extraits suivants.

« Moi je peux te dire, en général si je suis au courant ou bien présent pour un acte de mauvais traitement, en général je garde ça pour moi toute seule. » (Participante 4-B, P.1)

Jamais je me suis trouvée dans la position d'aller comme plus loin, d'aller faire un rapport ou de porter plainte, ou quelque chose comme ça. Je me suis toujours arrangé avec la fille du plancher ou sur le plancher, pour que cela reste sur le plancher. (Participante 4-B, P.2)

C'est dur le milieu [...], c'est pas acceptable non plus là quand ils perdent patience (pab), mais dans l'fond on cherche toujours des raisons pour abrier des choses [...] (Participant 3-A, P.12-13)

Cette catégorie concernant la culture du silence est accompagnée des propriétés suivantes : la peur des représailles ainsi que le chantage racial.

La peur des représailles.

Aussi qualifiés de « durs » ou de « têtes fortes » le groupe dominant assume un véritable contrôle et cela en utilisant diverses sources de pouvoir pour contraindre au mutisme. Faire fi de respecter cette loi n'est pas sans conséquences. La loi du silence règne car elle joue sur la peur, et toutes les participantes ont mentionné connaître les représailles qui attendent celles qui parlent.

[...] La personne qui a dénoncé être menacée par la personne qui a agi de façon brusque auprès du résident parce qu'il y a des têtes fortes aussi là dans l'organisation, l'intervenant qui est brusque, c'est sûr qu'il y a des personnes qui ne dénoncent pas parce qu'elles ont peur des représailles, ça c'est sûr, c'est sûr. (Participant 1-A, P.5-6)

La violence verbale et physique dans le milieu de soins à l'égard des infirmières est un fait reconnu par plusieurs participantes. Le simple fait de travailler dans ce milieu et tenter de répondre aux besoins individuels des résidents en dérogeant de la routine suscite des représailles comme par exemple le refus de répondre à un soin à la demande de l'infirmière ou par manque de respect à l'égard de celle-ci. Le court extrait suivant donne un exemple de ce contexte :

Moi j'ai déjà vu là, ça fait une couple d'années, l'infirmière auxiliaire avait pas bien agi envers un résident et lorsque l'infirmière l'a rencontrée dans la cuisine, l'auxiliaire a fermé la porte puis l'a poignée au collet, puis elle lui a dit « tu me fiches patience » [...] L'infirmière faisait juste sa job. L'auxiliaire était pas folle, elle a fermé la porte pour pas avoir de témoins. (Participant 3A, P. 17)

Cependant, puisqu'elles sont réelles et que certaines ont eu à y faire face, la simple pensée de dénoncer une situation de maltraitance s'avère anxiogène pour la majorité des participantes. Les conséquences peuvent être pire que ce qu'elles connaissent déjà alors elles se taisent. La majorité des participantes craignent des mesures de représailles sans toutefois les nommer. En voici deux exemples :

Une des difficultés de la dénonciation, je pense, c'est encore le fait qu'on a peur des représailles. (Participante, 7-C, P.12)

[...]moi je dis rien, j'ai un poste ici, elle a un poste ici, si je dis quelque chose ils vont me faire de la misère [...] Mais cette personne là est au courant d'une situation, que cette personne n'agit pas de la bonne manière avec les résidents. Mais cette personne là ne va pas aller porter plainte, parce qu'elle a peur des représailles sur elle. (Participante 4-B, P.11)

Le chantage racial.

Deux participantes ont souligné l'importance que leur milieu de travail respectif devient de plus en plus diversifiés sur plan ethnique que cette forme de chantage prend de plus en plus d'importance. Ces participantes en ont discuté longuement. Cette expression « chantage racial » renvoie au fait qui consiste à invoquer le racisme dans tout conflits, tout avis verbal dans lequel un membre du personnel d'un groupe ethnique lorsqu'il est confronté à un membre du personnel infirmier de race blanche et qu'il n'a pas gain de cause. De surcroît cette grande difficulté à communiquer les mêmes messages qui s'adresseraient à des employés de race blanche suscite presque toujours des réactions négatives qui aboutissent parfois à des accusations de racisme. Il en résulte un silence lié à la peur d'être à leur tour dénoncé aux droits de la personne. Les passages suivant exposent bien cette difficulté.

Pour nous autres ou pour moi, des fois c'était pas du racisme, c'était l'idée que j'aurais dit à une personne d'une autre race la même chose qu'à une personne de ma race mais les filles prenaient très mal, puis t'avais toujours peur qu'elles iraient te dénoncer aux droits de la personne[...]donc, il y a

que des fois cela empêche de dénoncer, parce que t'as peur comme infirmière comme autorité[...] (Participante 7-C, P.13)

Moi je dis que c'est difficile d'en parler, c'est difficile parce qu'ils vont nous dire que nous sommes raciste [...] Parce que des fois c'est déjà arriver que j'ai dit à une personne de couleur qu'elle devrait parler français et non dans sa langue et là y'a eu un problème [...] (Participante 2-B, P. 14 et 16)

Troisième thème : Les facteurs inhérents à la personne-environnement

Le niveau de gravité des mauvais traitements

Le niveau de gravité réfère à un jugement clinique posé selon une échelle de gravité et dont le niveau est établi de façon subjective par le personnel infirmier selon son expérience et ses valeurs. Le niveau permet de déterminer la gravité de l'action commise basée sur les effets de ces actes sur le résident. Il n'y a pas de liste ou de classification pour poser ce jugement. Celui-ci repose entièrement sur l'évaluation qu'elle fait de la situation de maltraitance dans un contexte spécifique de CHSLD. Ainsi, le niveau de sévérité accordé joue un rôle significatif pour déterminer si les actes de mauvais traitements méritent d'être dénoncés ou pas. Dans le cadre de cette étude, cette évaluation subjective mène à une sous-estimation de la maltraitance qui conduit presque inévitablement à la non dénonciation de certaines de ces formes. Les données empiriques permettent de croire que chaque évènement de mauvais traitements engendre des réponses ou des réactions qui sont sujettes à des variations suivant la signification subjective que lui accorde l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire, le contexte social et interrelationnel de l'unité ou de l'établissement dans lequel il prend place. Selon les données empiriques, il semble y avoir que deux niveaux de gravité dans une échelle de gravité arbitraire; les cas d'abus ou de maltraitance jugés « moins graves » et ceux jugés graves ou inacceptables. Pour les

participantes l'abus physique avec blessure est le niveau de gravité le plus élevé donc davantage susceptible d'être dénoncé, à l'inverse des actes de maltraitance jugé arbitrairement de moindre importance sont minimisés et non rapportés. En voici des exemples :

Investigatrice : As-tu déjà vu des mobilisations faites avec brusquerie?
 Participante : Peut être des fois on y allait peut être un peu trop fort puis quand je dis ça le résident n'a jamais été blessé là. (Participante 1-A, P.2)

C'est certain qu'il y a des choses que je laisserais pas passer du tout, dans cette affaire où la résidente a été gavée de force pour la faire taire, je ne pourrais pas laisser passer ce genre de choses [...] moi ça je l'aurais pas acceptée. Ce n'est pas comme si quelqu'un élevait seulement la voix envers un résident [...] (Participante 3-A, P.21)

La désensibilisation aux mauvais traitements

Selon les données empiriques recueillies, les routines de travail normalisées et enracinées dans le « milieu de vie » conduisent également le personnel infirmier à normaliser plusieurs formes de mauvais traitements. À force de voir diverses formes de mauvais traitements tels les mauvais traitements psychologiques et systémiques, la violence prend un aspect si familier qu'elle en devient presque naturelle. Cette normalisation ne survient pas subitement, elle est le fruit du temps ou de l'expérience accumulée dans le milieu comme le témoigne cet extrait d'entrevue.

Peut-être qu'un moment donné on rentre dans la routine, on dit : « écoute on peut rien changer », y faut vivre avec ça, le système écoute on peut rien faire. Ça toujours été comme ça. Ou des fois on va se conditionner. Malheureusement c'est ça. Souvent on se conditionne ou des fois on va entendre des filles « Oh il me reste quelques années à faire... je veux partir tranquille. (Participante 4-B, P.16)

Ce qui caractérise cette catégorie c'est cette perte de sensibilité et de désengagement par rapport à la raison d'être de l'infirmière qui contribue à altérer de façon négative son jugement. Ainsi, la banalisation des gestes et des conséquences ainsi que la

perception de ne pas avoir le contrôle de la situation contribuent à diminuer la sympathie envers le résident victime de mauvais traitements et à accroître celle-ci envers le soignant. Cette attitude négative ou passive envers la violence ou les mauvais traitements altère parfois le jugement au point où des comportements odieux sont manifestement minimisés. Les mauvais traitements ainsi banalisés ne conduisent pas le personnel infirmier à les dénoncer. Les passages suivants témoignent de ce constat rapporté à l'investigatrice par des participantes.

Une fois, une préposée est entrée dans une chambre puis le patient était tout endormi puis il ne se réveillait pas. Mais je ne sais pas ce qu'il lui a pris mais elle a pris un verre d'eau puis l'a lancé dans sa figure [...] la fille a voulu pas elle pensait pas y faire mal [...](Participante 6-C, P. 2)

Bien ça je te dirais que je ne suis pas intervenue parce que j'avais comme l'impression que c'était... que ça faisait partie du quotidien. (Participante 1-A, P. 8)

C'est pas...y'a rien d'alarmant. Y a pas personne qui a été traumatisée. Est-ce qu'on s'est toujours arrêté jusqu'à quel point ça pouvait déranger le résident? Parce que pour nous autres ça devient tellement familier d'entendre certaines choses, est-ce qu'on s'est habitué à ça? (Participante 2-B, P.21)

Les relations sociales au travail contraignantes

Dans le contexte de cette étude, les relations sociales identifiées dans le milieu de travail étudié favorisent davantage la « paix sociale » sur l'unité de soins au lieu d'une certaine déstabilisation provoquée par la dénonciation de la maltraitance. Les données révèlent que les relations sociales s'ordonnent selon deux propriétés : elles peuvent être des relations d'intimité ou de collaboration. La première est qualifiée de pernicieuse en raison de sa nature néfaste sur la dénonciation des mauvais traitements et la seconde tout aussi nocive est celle de préserver la collaboration du personnel à tout prix. Cette

dernière est pour le personnel infirmier davantage liée à l'exécution des tâches et des soins ainsi qu'à conserver l'harmonie dans l'équipe.

L'amitié pernicieuse

Les relations sociales issues du milieu de travail font naître des liens entre les personnes qui y travaillent indépendamment de leur rôle et du statut hiérarchique. Le partage d'espace commun et l'interdépendance entre les travailleurs sont des facteurs qui incitent des infirmières à franchir les limites professionnelles. Selon plusieurs participantes la nature ou le caractère intime des relations amicales entre certaines infirmières et soignants constituent une violation de ces limites. Les amitiés qui ne peuvent être différées durant le temps de travail sont donc qualifiées de pernicieuses puisqu'elles nuisent à l'action de dénoncer des situations d'abus.

Par ailleurs, la familiarité qui s'installe entre les infirmières et le personnel soignant a un double effet sur le comportement de dénonciation. Un membre du personnel infirmier qui entretient une relation personnelle avec un soignant maltraitant ne dénoncera pas les actes commis par ce dernier. D'autre part, une infirmière témoin d'actes de mauvais traitements hésitera à dénoncer si le soignant abuseur a une relation privilégiée avec l'infirmière chef d'équipe.

J'ai des copines, mais je trouve que le travail, faut toujours garder une certaine distance. Pis ça aiderait beaucoup plus à pouvoir être plus objective, à dénoncer des fois des choses. (Participante 7-C, P.9)

L'autorité ne présente plus nécessairement l'autorité, dans le sens que si ton patron c'est en même temps ton copain, vous allez manger ensemble, pis tsé oui, ça fait que des fois c'est assez difficile (de dénoncer). (Participante 5-B, P.14)

L'ouverture du personnel d'encadrement et de direction à se rapprocher du personnel soignant en communiquant davantage comporterait des risques selon une participante :

Des amitiés entre différents niveaux aussi, je pense en quelque part parce que des fois c'est sûr qu'aujourd'hui tsé, les autorités essaient de parler plus avec le monde tsé y vont être plus sympathique, pis tout ça oui c'est bien e quelque part, mais des fois ça devient un peu trop ami, pis là après ça le monde n'ose plus sévir s'il y a quelque chose. (Participante 5-B, P.13)

La collaboration à tout prix

L'analyse des données empiriques révèle que la recherche des relations de collaboration est rassurante pour le personnel infirmier. En adoptant divers moyens il cherche à plaire à un soignant ou à toute une équipe soignante pour préserver la paix sociale. La peur du rejet par l'équipe l'amène ainsi à adopter des comportements qui exigent de lui une dérogation à son devoir moral. C'est une façon de se rendre populaire auprès des employés.

De la même manière, d'autres participantes expriment la nécessité d'éviter les problèmes avec l'équipe afin de maintenir la collaboration. Cependant cette façon de faire n'est pas inconditionnelle. Elles « cherchent à plaire » dans la mesure où cela leur convient en ce sens qu'un employé « modèle » a plus de chances de trouver grâce à leurs yeux qu'un soignant « à problèmes ». Les passages d'extraits d'entrevues témoignent de ces stratégies.

[...] c'était difficile pareil à dénoncer, parce qu'on était comme je te dis, on veut avoir toute l'équipe de son côté [...] (Participante 7-C, P.7).

Tu travailles souvent avec les mêmes personnes et admettons que 80% du temps ils vont être gentils, t'aimes ça travailler avec eux, y sont comiques, puis y vont t'aider, mais de temps en temps dans l'mois il y a des journées qu'ils sont bêtes, m'a dire comme on dit là tu as tendance à excuser cette employée là (Participante 6-C, P.17)

Tu peux avoir une période où ça ne va pas, tu passes une mauvaise passe, bon bien... des fois la personne ne s'aperçoit pas que son comportement est changé dû à ça (Participante 3-A, P.20-21)

« Qu'est-ce qui aide à dénoncer, c'est que cette fille là était pas aimé du tout. Elle venait juste les fins de semaine, donc s'était une employé qui avait comme des sauts d'humeur [...] (Participante 6-C, P.2)

Modélisation de la non dénonciation du personnel infirmier témoin d'actes de mauvais traitements

La troisième partie de ce chapitre met de l'avant la proposition d'un modèle pouvant expliquer la non dénonciation des mauvais traitements lorsque le personnel infirmier en est témoin. Ce modèle explique le caractère contextuel et complexe d'un processus de prise de décision et regroupe de façon cohérente les catégories d'analyse telles que décrites dans la deuxième partie et enfin, il présente la notion de souffrance émotionnelle qui englobe presque tout l'ensemble du processus.

Ainsi, lorsqu'un membre du personnel infirmier est témoin de mauvais traitements ou que la situation lui est rapportée l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire est rapidement confronté à un dilemme, soit celui de faire un choix entre son devoir éthique de dénoncer les situations de mauvais traitements et celui de préserver son propre bien-être. Lorsqu'elles décident de ne pas dénoncer ce dilemme, cela la conduit à faire un choix inattendu de la part du personnel infirmier, soit celui de ne pas dénoncer. Afin de réduire cette dissonance ou cet inconfort psychologique, plusieurs facteurs justifiant la non dénonciation ont été identifiés. Ces facteurs conduisent la personne à réduire la magnitude de sa dissonance vis-à-vis son choix de garder le silence sur la maltraitance.

Le facteur initial qui influence d'abord ce choix est le niveau de gravité des mauvais traitements. Il consiste en une activité d'évaluation subjective où la personne pose un

jugement sur la gravité de l'acte. Ce facteur déterminant est également en relation avec les autres catégories de facteurs. Il faut aussi souligner que chacune d'entre elles sont mutuellement exclusives et que toutes n'influencent pas au même degré le processus de décision. La présence de chacun des facteurs n'est pas obligatoire pour que le processus s'opérationnalise. Une personne peut être influencée par un ou plusieurs de ces facteurs, selon son expérience et ses propres valeurs.

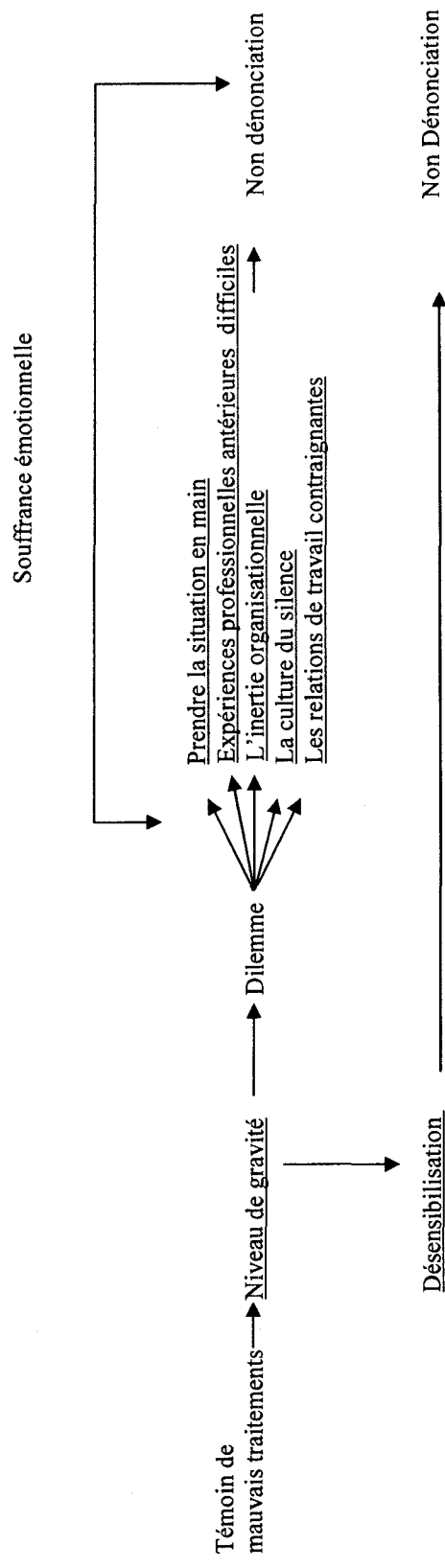
Ainsi, le personnel infirmier qui ne dénonce pas peut être influencé par (a) des facteurs inhérents à la personne soient, les expériences professionnelles antérieures et la méconnaissance du rôle éthique infirmier; (b) par des facteurs inhérents à l'environnement, soient la culture du silence et l'inertie organisationnelle; et enfin, (c) par des facteurs inhérents au lien personne-environnement soit la désensibilisation, et les relations de travail contraignantes. Enfin, ce processus interactif qui conduit le personnel infirmier à ne pas dénoncer des mauvais traitements n'est pas vécu sans souffrance émotionnelle. Malgré que cette souffrance émotionnelle ne soit pas un facteur en soi, elle occupe une place importante dans le processus de non dénonciation, puisque toutes les participantes y ont fait référence de façon explicite au cours des entrevues. Selon les données empiriques recueillies, la souffrance émotionnelle représente une souffrance profonde qui affecte l'infirmière à divers degrés, selon des facteurs qui maintiennent son mutisme à l'exception de la désensibilisation. En effet, la désensibilisation fait référence à un phénomène où des situations de mauvais traitements sont normalisés par le personnel infirmier et n'implique pas de souffrance émotionnelle. Ces situations semblent être vécues comme étant dénuées de toutes émotions pénibles. Enfin, le degré de sévérité des mauvais traitements consiste à une activité d'évaluation subjective où la personne pose un jugement sur la gravité d'un

acte. Les données empiriques ont démontré que la souffrance est vécue dès la connaissance d'actes de mauvais traitements et de l'évaluation subjective qui découle du jugement clinique.

Cette souffrance est néfaste puisqu'elle révèle toutes sortes de tensions et d'interrogations d'où surgit un certain déséquilibre émotionnel et relationnel qui affecte le rôle professionnel et le processus de prise de décision. Le processus de l'expérience de la non dénonciation du personnel infirmier témoin d'actes de mauvais traitements en CHSLD est présenté à la page suivante par le biais d'un schéma explicatif (Figure 1).

Figure 1

Modélisation de la non dénonciation du personnel infirmier témoin d'actes de mauvais traitements en CHSLD



CHAPITRE V : DISCUSSION

Ce dernier chapitre divisé en trois sections présente la discussion des résultats obtenus, les limites de l'étude ainsi que les recommandations pour la recherche, l'éducation et la formation en milieu de travail, les politiques publiques et enfin la pratique infirmière.

Discussion des résultats

Tout comme plusieurs écrits le révèlent (Ahern & McDonald, 2002; King III, 2001; Harrison, 2003; Johnstone, 2004; Wilmot, 2000), les participantes ont admis que dans la majorité des cas où le personnel infirmier est témoin de maltraitance, il préfère garder le silence. Le but de cette recherche exploratoire était de cerner les facteurs liés à ce silence.

La théorisation ancrée qui s'appuie principalement sur les données de terrain obtenues exclusivement en cours d'entrevue auprès d'infirmières et d'infirmières auxiliaires de CHSLD nous a conduit à découvrir la nature complexe de ce phénomène. En se basant également sur le cadre théorique de Festinger (1957), l'analyse comparative des propos de sept participantes, infirmières et infirmières-auxiliaires travaillant en CHSLD choisies par l'approche réseau a permis de faire émerger sept catégories: (a) prendre en main la situation, (b) les expériences professionnelles antérieures, (c) l'inertie organisationnelle, (d) la culture du silence, (e) le degré de sévérité des mauvais traitements, (f) la désensibilisation et (g) les relations sociales au travail contraignantes. Ces sept facteurs explicatifs qui ont émergé de l'analyse permettent de mieux comprendre le phénomène de la non dénonciation des actes de maltraitance, mais aussi de saisir la façon dont ils agissent ou interagissent pour réduire la dissonance cognitive des participantes qui font face à

un dilemme éthique de taille. Cette méthode nous a aussi permis de donner des pistes pour une éventuelle explication du processus de non dénonciation.

Le cadre théorique de Festinger (1957) présente la théorie de la dissonance cognitive dont le postulat de base stipule que lorsqu'un inconfort psychologique survient suite à une décision il s'ensuit une tentative de réduction de la dissonance cognitive. En effet, quatre modes de réduction de la dissonance peuvent être utilisés dans ce processus. Il s'agit notamment, d'enlever les cognitions dissonantes, réduire l'importance des cognitions dissonantes, augmenter l'importance des cognitions consonantes et finalement ajouter de nouveaux éléments consonants.

À la lumière des résultats il s'avère que les participantes ont privilégié essentiellement l'ajout de cognitions consonantes comme mode de réduction de dissonance cognitive. Ainsi, l'ajout de nouvelles cognitions vient relativiser la dissonance ou justifier le comportement de non dénonciation, puisque changer son comportement s'avère difficile et agir sur le phénomène leur apparaît impossible. Il faut donc qu'elles vivent avec cette dissonance donc elles rationalisent. Cependant, la désensibilisation et le niveau de gravité des mauvais traitements font exception. La désensibilisation implique la réduction systématique des cognitions dissonantes et dans le cas du degré de sévérité des mauvais traitements il s'agit d'un jugement porté par le personnel infirmier qui peut aussi comporter un niveau de minimisation. Similairement, Shaw (1998) qui a exploré la dynamique de la maltraitance envers les personnes âgées vivant dans les établissements de SLD, auprès d'un échantillon de 15 participants de 6 différents établissements de CHSLD a démontré que les individus développent de l'impassibilité face aux situations de maltraitance. Il s'agirait d'un processus psychosocial visant à se protéger contre les impacts de la

maltraitance sur soi ou encore d'une forme de mécanisme d'autoprotection afin de continuer à faire le travail.

Enfin, globalement analysés les résultats représentent avec une certaine justesse les modes de réduction de dissonance cognitive de la théorie de Festinger et en ce sens nous permettent de mieux comprendre les stratégies des participantes. Festinger nous a permis de mieux saisir les différents types de stratégies alors que les facteurs identifiés nous révèlent la nature et le contenu de ces stratégies.

Le phénomène de non dénonciation est un processus décisionnel multifactoriel et hautement contextuel issu d'un dilemme éthique, puisque le phénomène étudié a été analysé en regard des conditions du milieu dans lequel il s'inscrit. Les sept facteurs précédemment énumérés suggèrent l'influence marquante de tout le système qui entoure l'organisation et le fonctionnement des CHSLD. Chacun de ces facteurs mutuellement exclusifs peut selon les circonstances venir influencer une décision mais également déterminer le choix des stratégies pour faire diminuer l'inconfort psychologique. Ainsi, dans le but de réduire la dissonance cognitive, le personnel infirmier choisit ses batailles et forcément quelque chose doit être laissé de côté. Il s'exerce alors un calcul entre les risques, les bénéfices et le niveau de gravité de la situation. Faire le choix de passer à l'action ou de ne pas passer à l'action implique que l'infirmière calcule le risque des répercussions d'agir vis-à-vis elle-même et du résident. Tout comme Varcoe et al. (2004), les résultats de la présente étude démontrent que face à un dilemme les infirmières ne choisissent pas toujours d'être conformes à leur devoir moral. De l'avis de Peternelj-Taylor (2003), il n'y a pas de garanties qui découlent du processus décisionnel éthique et il n'y a pas qu'une seule façon de résoudre ce genre de dilemme.

Principalement trois constats retiennent particulièrement l'attention et l'intérêt de l'investigatrice pour la présente discussion : (a) le peu de place qu'occupe l'éthique dans le milieu, (b) la responsabilité partagée de la non dénonciation et (c) la souffrance émotionnelle entourant le processus décisionnel.

Le peu de place qu'occupe l'éthique dans le milieu

L'analyse a permis de mettre à jour ce dilemme éthique auquel fait face le personnel infirmier : choisir entre le devoir d'agir selon son code déontologique professionnel et celui de préserver son propre bien-être comme membre d'une équipe dans un environnement donné.

Dans la présente recherche, il ressort que le personnel infirmier déroge à son code de déontologie professionnelle. La non dénonciation c'est le silence vis-à-vis la maltraitance et cela va à l'encontre de la pratique éthique attendue de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire. La non dénonciation de la maltraitance c'est aussi le résultat d'un processus décisionnel issu de ce dilemme éthique qui occasionne de la dissonance cognitive c'est-à-dire de l'inconfort psychologique. Cet inconfort est le reflet de l'ambivalence qui se manifeste lorsqu'il y a un déséquilibre entre les valeurs de protection et de sécurité et la difficulté de les assumer.

Selon plusieurs auteurs, ces valeurs qui sont sous-jacentes au rôle de défenseur des droits du patient constitue la pierre angulaire autour de laquelle s'articule la pratique infirmière (Bu & Jezewski, 2006 ; Hanks, 2007; Peter, Lunardi & Macfarlane, 2004). D'autres auteurs soulignent que l'infirmière a la responsabilité d'adopter une pratique éthique afin d'assurer la sécurité des individus (Mylott, 2005; Teeri, Laino-Kilpi & Välimäki, 2006). En gardant le silence, elle déroge au code de déontologie professionnel et inévitablement devient complice de la maltraitance.

D'autre part, Mc Cormick-Gendzel & Jurchack (2006) rapportent qu'une étude portant sur des décisions éthiques chez des infirmières travaillant auprès des malades en fin de vie démontre que 84% des infirmières possédaient modérément des connaissances sur le code d'éthique et que 90% d'entre elles indiquaient que leur code d'éthique est à la base de leur pratique. Or, malgré le faible nombre de participantes de la présente étude, nos résultats indiquent le contraire. En effet, très peu d'entre elles ont fait référence au code d'éthique pour situer leur action lorsque témoin de maltraitance. Lorsqu'il en a été question c'était pour exprimer un certain regret de son inutilité. Les données empiriques de la présente étude indiquent d'ailleurs que les participantes ont une plus grande préoccupation à l'égard d'absence de lignes de conduites que devrait fournir l'organisation. Cette constatation coïncide avec celle de Biaggio, Duffy & Staffelbach (1998) qui constatent qu'un des obstacles au processus de dénonciation est le manque d'information sur les lignes de conduite afin de les engager dans ce processus.

Par ailleurs, les données empiriques de la présente étude suggèrent que les préposés aux bénéficiaires ont un grand pouvoir sur l'organisation et le fonctionnement des soins. Les préposés aux bénéficiaires qui n'ont pourtant aucun pouvoir formel sont ceux que l'on retrouve en plus grand nombre dans ce milieu. On constate d'ailleurs que se sont eux qui ont le plus de contact avec les résidents, qu'ils sont peu formés et exécutent un travail davantage centré sur la tâche plutôt que de répondre aux besoins spécifiques des résidents. Étant très réfractaires au changement, la routine qu'ils adoptent pour s'occuper des personnes âgées est sacrée au point que parfois l'application rigide de la routine, sans discernement, entraîne des mauvais traitements. Les faire déroger de cette routine pour répondre à des besoins spécifiques

engage l'infirmière à un long processus de négociation voir même à « livrer un combat » pour utiliser les mots des participantes afin de faire respecter des besoins de base. De façon informelle, ce sont donc ces préposés aux bénéficiaires qui « gèrent » le fonctionnement quotidien de l'unité. L'infirmière, la plupart du temps, va se conformer à ce mode de fonctionnement puisqu'elle perçoit avoir très peu de contrôle sur ce puissant groupe de soignants. Cela est une constatation importante de cette recherche.

Ainsi, les observations issues de l'expérience clinique de l'investigatrice ainsi que l'analyse des données empiriques ont permis de constater la surprenante existence de similitudes entre le mode de fonctionnement des CHSLD et celui des établissements totalitaires décrits par Goffman (1968), c'est-à-dire « un mixte social, à la fois communauté résidentielle et organisation réglementée» (p.54). Plus récemment d'autres auteurs ont fait les mêmes constats, c'est-à-dire que dès leur entrée en CHSLD, les résidents se voient isolés physiquement et socialement du monde qu'ils ont toujours connu. Ils sont dépossédés de leur bien à l'admission et se voient forcer de respecter les règles de l'établissement (Forbes-Thompson & Gessart, 2006). Thomas (1996) fait également le même constat et présente de nombreux points de comparaisons entre les établissements de soins de longue durée (CHSLD) et ceux qualifiés d'institution totalitaire. Selon cet auteur, tout comme dans la prison ou l'institution psychiatrique, les résidents des milieux de soins de longue durée voient chacun des aspects de leur vie gérés selon un horaire fixe et soumis à de multiples règlements qu'il faut absolument respecter pour le bon fonctionnement de l'organisation. Ce constat est d'autant plus frappant que ces similitudes sont comparées à des résultats obtenus au cours de recherches effectuées dans les années

50 et 60. À cet égard, une étude de Belknap effectuée en 1956 et citée dans Perrow (1965) révèle que le système de l'hôpital psychiatrique fonctionnait comme suit : « ce sont les préposés (soignants non réglementés) qui ont le plus de contact avec les patients, ils sont les moins éduqués, moins payés et les moins bien traités ». Généralement ils maintiennent une attitude négative à l'égard des patients et s'engagent parfois dans des comportements brutaux et d'exploitation. Le plus important selon cet auteur est que dans la réalité ce sont ceux qui « dirigent » l'unité. De plus l'auteur mentionne que les préposés sont connus comme étant ceux qui exploitent les patients de diverses façons. Mis à part le groupe « patient » ils se présentent comme le groupe d'individu le plus stable de l'hôpital et ils sont ceux également qui perpétuent la culture du milieu.

Plus récemment, selon d'autres auteurs, les préposés aux bénéficiaires représentent la colonne vertébrale du milieu des soins de longue durée, en ce sens qu'ils représentent les principaux soignants de ce milieu (Foner, 1995; Edwards, 1997). Jervis (2002) au cours de son étude portant sur les relations de pouvoir dans le milieu des CHSLD a identifié l'existence de tensions entre les préposés aux bénéficiaires et les infirmières. Toujours selon cet auteur ces tensions sont liées à la perpétuelle lutte de pouvoir qui existe entre ces deux groupes de soignants au sein de ces établissements. D'autres auteurs, de façon similaire, soulignent que les préposés aux bénéficiaires agissent parfois de façon inappropriée, particulièrement lors de conflits et lorsqu'ils entretiennent des attitudes négatives face à leur travail (Pillemer & Bachman, 1991). Morrison (1990) dans son étude portant sur le personnel non réglementé des institutions psychiatriques a constaté l'existence d'une culture de « dureté » parmi ce groupe de travailleurs. Selon elle, cela serait attribuable à une

certaine idéologie du milieu où l'autoritarisme faisait figure de modèle de soins. De l'avis de Morrison (1990) il est déplorable qu'on puisse continuer à embaucher du personnel soignant non réglementé pour prodiguer la plus grande part des soins directs malgré l'abondante littérature qui supporte l'existence d'un haut degré d'autoritarisme parmi ce groupe de travailleurs.

Ainsi, les occasions de maltraitance dans un tel contexte sont manifestes, la routine engendre la violence systémique mais également toutes les autres formes de mauvais traitements. Le milieu est davantage respectueux de l'horaire d'exécution des tâches que du respect et du bien-être des personnes âgées vulnérables. Ces caractéristiques qui sont supportées par les observations cliniques de l'investigatrice peuvent également s'apparenter à une forme de dépersonnalisation telle que décrite par Goffman (1968) : l'embrigadement. Cela signifie que la plus large part des activités du résident s'exerce en dehors de son contrôle. Une fois admis en CHSLD les résidents sont contraints à se soumettre à la routine du milieu et au jugement du soignant, en l'occurrence celui du préposé aux bénéficiaires. Autrement dit la majorité de ses actions ou de ses activités quotidiennes qu'ils posaient autrefois en toute autonomie sont maintenant du ressort d'une autorité envers laquelle ils sont désormais dépendants (Forbes-Thompson & Gessert, 2006).

Ainsi, compte tenu de ce contexte il est parfois difficile voir même impossible pour le personnel infirmier travaillant en CHSLD de faire valoir ou de respecter la déontologie professionnelle alors que la culture organisationnelle et toutes ses ramifications tel que décrit précédemment est perçue comme étant inébranlable.

La responsabilité partagée de la non dénonciation

Bien que la présente étude ait permis d'identifier sept facteurs pouvant amener à la non dénonciation, nous ne pouvons ignorer l'impact de la violence ni excuser l'inaction par toutes sortes de rationalisations (Cole, 1998; Mohr, 2001). La présente étude révèle qu'il faut absolument tenir compte de l'ensemble des facteurs qui viennent justifier ces comportements de rationalisation et de désensibilisation et cela dans le contexte dans lequel ils s'opèrent et qui conduit au silence. Ainsi, on peut donc présumer que le choix de ne pas dénoncer ne repose pas à lui seul sur les épaules de l'infirmière mais qu'il s'agit en réalité d'une responsabilité partagée. Le silence de l'infirmière face à la maltraitance constitue donc une pratique sociale bien campée dans un contexte institutionnel.

Dans la présente étude, il ressort plusieurs facteurs qui sont liées soit à l'environnement (la culture du silence et l'inertie organisationnelle) ou soit au lien personne-environnement (les relations sociales au travail et la désensibilisation). Ils se manifestent par des comportements d'hostilité, de blâme ou d'oppression ainsi que par une insuffisance ou absence d'écoute, de respect, de support, de formation et de lignes de conduite de l'organisation. Face à cela, les infirmières adoptent une attitude de retrait ou d'évitement, c'est-à-dire une attitude qui les décourage de dénoncer. Il convient alors de constater qu'il y a une réelle incompatibilité à appliquer des règles éthiques dans un milieu qui ne les supporte pas. Autrement il est extrêmement difficile d'aller de l'avant et de s'engager dans un processus de dénonciation dans un système qui supporte davantage la conformité. Malgré le fait que le comportement de chaque infirmière devrait être ancré solidement aux principes énoncés dans leur code d'éthique ou de déontologie, Kleinman (2006) a également identifié qu'un des

éléments déclencheurs de comportements non éthiques est le piètre environnement de travail. Ces résultats appuient ceux de plusieurs auteurs qui soutiennent l'importance pour une pratique éthique d'avoir un climat éthique positif au travail. Un manque de respect organisationnel envers la pratique professionnelle est associé à des attitudes négatives (Baggio & al, 1998; Ulrich et al., 2007) et à un environnement de travail nocif pour la santé (Barden, 2008).

Par ailleurs, on ne peut pas résister à la tentation de faire une analogie entre le processus décisionnel menant à la non dénonciation et le jeu stratégique; ce qui nous conduit à discuter de l'équilibre de Nash (1951). En effet, au cours de cette recherche, l'analyse des résultats nous amène à constater que le processus menant à la non dénonciation est influencé par un ensemble de facteurs non seulement liés aux comportements de la personne mais également liés à son environnement et au lien personne-environnement. Dans le jeu stratégique, « une personne est engagée dans un jeu avec une autre personne ou plusieurs personnes quand son utilité et ses gains sont affectés non seulement par les actions qu'elle entreprend mais aussi par les actions des autres » (Pénard, 2004. p.2). Dans le cadre de la présente étude, le personnel infirmier face au dilemme éthique cherche à réduire la magnitude de la dissonance cognitive pour atteindre un état de confort psychologique, ou atteindre un certain équilibre. Aussi, chacune des participantes a démontré qu'elle modulait son comportement ou son choix en fonction de ceux des autres (environnement, lien personne-environnement.). Le concept d'équilibre de Nash est la définition d'une situation d'équilibre, c'est-à-dire un état ou une situation dans lequel aucune personne ne souhaite modifier son comportement compte tenu du comportement des autres personnes (Pénard, 2004).

Par ailleurs, dans une étude récente, Hallsworth et Young (2008) comparent le silence qui entoure un crime à l'érection d'un mur (mur du silence) dont plusieurs acteurs ont contribué à l'ériger, soit le malfaiteur, le témoin, l'agent de contrôle (l'organisation) et enfin la victime. On peut donc présumer que la responsabilité de non dénonciation d'un témoin face à un acte de maltraitance est forcément partagée puisque chaque acteur contribue à sa manière à façonner ce mur du silence.

Selon l'analyse des données empiriques de la présente recherche, sans nécessairement être consciente qu'elles se rangent du côté qui dominant, les infirmières utilisent parfois toutes sortes de rationalisations pour plaire à l'équipe et éviter de faire des vagues dans leur milieu. Le maintien d'un esprit de collaboration a préséance sur la dénonciation. Par ailleurs, parler peut conduire les infirmières à se faire accoler une étiquette de délateur et à subir de l'ostracisation. Ces observations coïncident avec celles d'autres auteurs qui rapportent que les témoins peuvent choisir de se ranger du côté dominant d'une situation ou encore agir ou dénoncer mais sachant que les choses ne seront plus pareilles après (Barden, 2008; Hallsworth & Young, 2008). Cela nécessite énormément d'engagement et de courage personnel, mais aussi un fort réseau de soutien professionnel que le personnel infirmier, dans le contexte de la présente étude, ne perçoit pas. Le soutien organisationnel serait très important parce qu'il renforcerait cette confiance. De l'avis de plusieurs chercheurs, cette confiance les aiderait à s'engager dans des actes de résistance, c'est-à-dire s'engager à résister à la non dénonciation (Peter, Lunardi & Macfarlane, 2004). Selon ces auteurs, la résistance est une source de pouvoir que préconisent davantage celles qui jouent le rôle de défenseur des droits des résidents. En revanche, celles qui ne

dénoncent pas s'identifieraient plus à un modèle traditionnel de soins (Peter, Lunardi & Macfarlane, 2004).

Les résultats de la présente étude abondent dans le même sens. La non dénonciation ne s'explique pas uniquement par la simple omission de l'infirmière à dénoncer des actes de maltraitance car elle subit l'influence de facteurs inhérents à la personne, à l'environnement et au lien personne/environnement. Ainsi, le silence de l'infirmière face à la maltraitance constitue une pratique sociale qui peut être bonne ou mauvaise selon le contexte (Hallsworth & Young, 2008).

La souffrance émotionnelle

Malgré le fait que la présente recherche ne porte pas sur le concept de souffrance émotionnelle, l'auteure croit qu'il est très important d'en parler car cette souffrance chez les infirmières n'est pas un indicateur d'un milieu de travail en santé. Seul un environnement sain peut permettre une gestion saine et efficace afin de favoriser une culture de sécurité (*safety culture*) où la dénonciation serait reçue et traitée avec ouverture et efficacité (Barden, 2008).

Dans la présente étude, il ressort que le personnel infirmier est confronté dans sa pratique quotidienne à diverses formes de maltraitance qui ne la laissent pas indifférente. Le processus décisionnel issu d'un dilemme éthique qui la conduit à ne pas dénoncer, comme devrait lui dicter son code de déontologie, est imprégné de souffrance émotionnelle. En effet, dans le cadre de cette étude la souffrance émotionnelle pourrait se définir comme étant un inconfort psychologique issu du dilemme éthique que pose la présence de maltraitance, dilemme entre le devoir moral de protéger et d'assurer le bien-être des résidents et celui de maintenir son équilibre psychologique. Ce qui caractérise cette souffrance c'est qu'elle accompagne le

processus même au-delà de la période postdécisionnelle. Cette souffrance émotionnelle englobe donc les séquelles psychologiques issues du processus. Ainsi, au cours des échanges avec les participantes le rappel de certains événements évoquait encore beaucoup d'émotions. Cela se manifestait physiquement par des larmes aux yeux ou à l'augmentation du débit verbal soulignant un inconfort grandissant au fur et à mesure du récit, de la frustration, de l'anxiété, de la culpabilité, des sentiments d'impuissance et d'inutilité.

Dans la littérature certains auteurs font référence à un stress éthique pour indiquer le malaise associé à des dilemmes ou des sujets d'ordre éthique (Urlich & al. 2007; Raines 2000). D'autres ont examiné cette souffrance émotionnelle liée à l'éthique du soin comme étant plutôt une détresse morale (moral distress). Jameton (1984) et Wilkinson (1989) ont été parmi les premiers à étudier le concept de détresse morale et Wilkinson (1989) a construit sa définition sur celle de Jameton en affirmant qu'il s'agit « d'un déséquilibre psychologique et d'un état d'esprit négatif qui se vivent lorsqu'une personne prend une décision d'ordre moral mais que cette personne n'est pas cohérente du point de vue comportemental ou n'agit pas avec consistance » (p.16).

Les plus récentes recherches portant sur la détresse morale utilisent également cette définition (Corley, 2002). À plusieurs égards, cette définition reflète les résultats issus des données empiriques de la présente recherche. En effet, tel que mentionné précédemment, la souffrance telle que vécue par les participantes de la présente étude perdure dans le temps bien au-delà du moment où se vit le dilemme. De plus les participantes de la présente recherche ont aussi fait référence à des expériences dévastatrices, infernales imprégnées de malaise, de doute et de solitude lorsqu'elles

ont eu à dénoncer par le passé ou été témoins d'actes de maltraitance. Chez la majorité des participantes, la réminiscence de ces expériences démontre l'existence d'un résidu moral que l'on doit associer à cette souffrance émotionnelle liée au processus de décision. Le résidu moral est en soi une douleur psychologique latente qui ne devrait pas être vécue si le personnel infirmier respectait ses valeurs déontologiques.

Le résidu moral est une des conséquences mentionnées dans la littérature. Selon Webster & Baylis (2000) cité dans Mitchell (2001), chez les personnes qui ont dû se compromettre sérieusement sur le plan moral, il perdure un résidu de l'expérience pendant des années, parfois toute une vie. Or, l'étude de Wilkinson (1987/88) puis plus récemment celle de Corley (2002) ont révélé que la souffrance pouvait perdurer dans le temps. Dans le modèle de détresse morale de Wilkinson (1988), deux issues sont possibles si la gestion de cette détresse est inefficace : soit que l'infirmière quitte la profession soit qu'elle demeure et conserve en elle un résidu de ces expériences. Dans le modèle théorique de Corley (2002), les concepts de détresse morale, souffrance morale et résidu moral sont interreliés et leurs impacts chez l'infirmière mènent à la souffrance dont trois issues sont possibles, soit que l'infirmière démissionne, quitte la profession ou développe une dépression situationnelle (burn-out) lorsque la souffrance devient insoutenable. Dans cette plus récente étude, il n'est pas clair si le choix de rester dans une organisation malgré la souffrance constitue une option. Dans le cadre de la présente recherche, deux participantes avaient travaillé pendant plus de 25 ans dans ce milieu de soins avant de prendre leur retraite et celles qui continuent de travailler dans ce même milieu le font depuis plus de 15 ans.

Aucune n'a mentionné leur intention de quitter leur poste lorsque la question leur a été posée par l'investigatrice au cours des entrevues.

Dans son étude, Zuzelo (2007) a utilisé la théorie de détresse morale tel qu'élaborée par Corley (2002) afin d'explorer le sens de la pratique éthique par des infirmières prodiguant des soins directs. Même si cette étude ne portait pas sur la maltraitance, tout comme dans la présente étude, les participantes ont évoqué de la détresse émotionnelle lorsque les souhaits des résidents n'étaient pas respectés. De plus, cette étude effectuée auprès de 75 répondants de divers milieux a révélé que la détresse morale étaient présente dans une variété de milieux de soins dont ceux de longue durée.

La souffrance semble donc englober tout le processus décisionnel même si des facteurs de réduction de dissonance cognitive sont utilisés. Ces facteurs d'influence sont intégrés dans un modèle tel qu'élaboré lors de la présentation des résultats. Seule la désensibilisation serait dénuée de souffrance c'est-à-dire lorsqu'une personne n'est plus atteinte par la maltraitance.

Enfin, on ne peut ignorer l'impact de cette souffrance émotionnelle sur la clientèle. Dans la présente recherche même si l'existence de la souffrance a été démontrée, le personnel infirmier n'assume pas son rôle de défenseur des droits du client en ne dénonçant pas des situations de maltraitance, ainsi ces situations perdurent. Plusieurs auteurs sont également arrivés à la même conclusion, à savoir que l'impact de la détresse morale du personnel infirmier pour les patients est délétère pour la qualité des soins aux patients (Corley, 2002; Wilkinson, 1988; Zuzelo, 2007).

Limites de l'étude

Bien que les critères de scientificité de la recherche aient été soigneusement décrits et expliqués dans le chapitre de la méthode, la présente recherche comporte certaines limites dont il importe de discuter brièvement.

Ainsi une des limites de cette étude découle de la méthode d'échantillonnage par réseau utilisée pour rejoindre les participantes. Si elle constitue une méthode de choix pour obtenir de l'information sur des phénomènes ou des sujets sensibles, elle implique néanmoins des biais (Faugier & Sargeant, 1997). Les participantes pouvaient avoir tendance à suggérer d'autres participantes ayant des caractéristiques d'inclusion similaires aux leurs en raison de leur interrelation. Cela a pu exclure, par exemple, les cas marginaux en l'occurrence, celles qui ont quitté les CHSLD pour des motifs liés au travail. Au cours de cette recherche, afin de réduire ce biais l'investigatrice a appliqué le principe de diversification interne et intégré quelques « cas négatifs ». En effet, celle-ci a choisi une diversité de participantes afin d'optimiser l'étude pour le groupe choisi en recrutant deux infirmières autorisées à la retraite, deux infirmières autorisées et trois infirmières auxiliaires. Enfin certaines d'entre elles avaient déjà vécu l'expérience de dénonciation par le passé. Ces dernières représentent des cas négatifs c'est-à-dire qu'elles ont pu offrir une perspective différente de celle qui prévalait parmi les autres (Fortin, 1996). Le recours à ces participantes s'inscrit dans la technique de l'échantillonnage théorique et permet d'assurer une description et une analyse plus complète (Glaser, 1978). Cependant, à cet égard, l'investigatrice n'a pas eu accès à des infirmières ayant quitté pour des raisons liées au milieu de travail, cela aurait permis de faire des comparaisons et ainsi obtenir un point de vue différent.

Une autre limite potentielle à cette étude est celle qui concerne la validité interne. En effet, celle-ci peut-être compromise en raison de la nature sensible de l'information à obtenir. Quelques participantes peuvent ne pas être demeurées objectives dans leurs réponses aux questions qui consistaient à reconnaître un comportement non éthique qui est celui de ne pas dénoncer la maltraitance.

La transférabilité (validation externe) présente également une limite potentielle. La petite taille de l'échantillon dont le recrutement s'est fait auprès de deux regroupements de CHSLD de la région de Montréal peut limiter l'application des résultats obtenus qu'à ce milieu de soins. Ainsi, les résultats ne pourraient pas être généralisés à d'autres contextes de soins ou d'autres régions. Cependant, la corroboration des résultats de la présente recherche à ceux de d'autres études permet de croire qu'ils pourraient être pertinents à des milieux similaires. De plus, l'investigatrice de la présente étude possède de nombreuses années d'expériences cliniques dans le milieu de soins de longue durée. Il est donc possible que certains détails puissent lui avoir échappé au cours des entrevues en ce sens que les participantes ont pu ne pas toujours avoir ressenti le besoin d'entrer dans le détail de leur témoignage étant donné leur connaissance mutuelle du milieu. Cependant en accord avec Thorne, Kirkhem & MacDonald-Emes (1997), la vaste expertise de l'investigatrice a également été utilisée comme un pré requis bénéfique à l'étude pour l'analyse des données empiriques.

Recommandations

Recherche

Les résultats de la présente étude ont permis de mettre en évidence la non application du code de déontologie professionnel par le personnel infirmier oeuvrant en CHSLD. Afin de supporter une pratique éthique Varcoe & al. (2004) proposent que des recherches mettent davantage l'accent non seulement sur la « moralité »/ devoir moral de l'infirmière mais aussi sur les contextes de soins où les enjeux se pratiquent. Ainsi, il apparaît important que des recherches soient entreprises afin de pouvoir expliquer les raisons qui justifient cet écart entre la mise en application du code d'éthique et la non dénonciation dans le contexte de la maltraitance dans les CHSLD où résident de façon permanente une clientèle des plus vulnérable.

Par ailleurs toute la question de désensibilisation mérite une attention particulière. En effet, l'analyse des résultats montre un effet d'habituation à la violence psychologique et systémique et conséquemment une réduction de la sensibilité face à la maltraitance. Cependant, la présente étude ne permet pas de tirer des conclusions qui permettraient d'affirmer que ces formes de violence rendent systématiquement le personnel infirmier insensible à la violence perpétrée envers les personnes âgées. Ainsi, il serait important que des recherches puissent être entreprises pour mesurer les effets de la désensibilisation des mauvais traitements sur la non dénonciation de ces derniers.

Enfin, il serait intéressant d'explorer les facteurs de la non dénonciation de la maltraitance selon la perspective des décideurs ou des cadres supérieurs ainsi que des préposés aux bénéficiaires. Une analyse des écarts de perceptions permettrait

d'identifier les forces et les faiblesses du milieu pour ensuite faire une proposition de solutions d'amélioration et de faire le suivi des actions menées pour encourager ou renforcer la dénonciation dans les milieux de soins.

Éducation

Tel que mentionné précédemment, la présente étude a démontré que l'existence d'un code de déontologie infirmière n'a pas contribué à faire échec à la non dénonciation d'actes de mauvais traitements. Or, l'existence du code de déontologie professionnel repose sur son utilité à comprendre et intégrer ses croyances et ses valeurs et de les exprimer afin de prévenir les dilemmes auxquels fait face le personnel infirmier dans sa pratique quotidienne et de les résoudre lorsqu'ils surgissent (OIIO, 2004). Enfin, il délimite le comportement éthique attendu de l'infirmière (AIIC, 2002). Ainsi, recevoir de l'éducation sur les lignes de conduites éthiques est essentielle afin de fournir aux professionnels les fondements pour détecter et gérer les situations. Des cours d'éthique font partie du programme d'études supérieures mais les recherches démontrent que les professionnels n'ont qu'une vague idée de ce qu'est l'éthique (Varcas & al.2004). Ainsi, il serait très utile de préparer les infirmières à faire face à la nature complexe du processus de prise de décision dans les cas de dilemmes éthiques par de jeux de rôles et l'éducation continue (Peter, Lunardi & Macfarlane, 2004). L'enseignement de l'éthique dans les cours de soins infirmiers doit donc permettre à l'étudiant d'aller au-delà de la simple acquisition de connaissances théoriques des valeurs, des principes et leur application mais plutôt de se centrer davantage sur des façons créatives de relever les défis que sont les barrières organisationnelles et cela dès la formation initiale de l'infirmière.

Politiques publiques et locales

Au cours de cette étude plusieurs suggestions ont retenu l'attention de l'investigatrice lors des échanges avec les participantes. Faire une campagne de sensibilisation auprès du grand public mérite une attention particulière. En effet, depuis plusieurs années, les médias s'empressent de faire connaître au public les actes de maltraitance à caractère sensationnel qui surviennent dans les CHSLD. Mais quand est-il de la sensibilisation par rapport à la maltraitance quotidienne? Une campagne visant à informer le public des différents types de maltraitance implique la mise en place d'une structure de dénonciation nationale d'actes de maltraitance ainsi que des lois visant à protéger les dénonciateurs, de la même manière que des campagnes sont menées contre la violence faite aux femmes ou aux enfants, l'alcool au volant ou la conduite dangereuse. On parle ici d'une génération entière de personnes âgées, nos parents et un jour nous-mêmes, qui méritent certainement au moins autant d'attention médiatique que tout autre groupe de la société. Personne n'est insensible aux actes diffusés dans les médias, pas même les politiciens qui s'empressent de faire des débats sur le sujet, de mettre de l'avant des lignes directrices pour un milieu de vie de qualité et de créer des groupes de visiteurs pour contrôler l'application des lignes directrices. Cependant, au-delà de ces gestes, est-ce vraiment suffisant pour faire renverser les routines bien enracinées dans ces milieux d'hébergement ? Je crois que la réponse est non! Pour qu'un réel bouleversement de pratique s'opère il faut changer la culture et pour changer la culture il faut changer la structure de ces organisations. Pour que les infirmières puissent oser l'éthique cela suppose que l'organisation donne des moyens pour faire cette réflexion. Pour ce faire, il faut garantir un minimum de ressources pour prodiguer des soins visant à

contrer les effets pervers de la routine qui entraîne à elle seule la violence systémique. Il faut à tout prix ne pas tomber dans le piège de vouloir sortir les infirmières des CHSLD mais bien de leur donner les outils dont elles ont besoin pour accomplir leur travail notamment en appliquant les règles prescrites par le code de déontologie du Québec, porteur d'un idéal éthique. Sur le plan du contrôle de la qualité, les organismes d'agrément pourraient créer des standards visant à obliger les organisations qui sollicitent un agrément à mettre en place des mécanismes de dénonciation et simultanément de protection pour ceux qui dénoncent toutes situations de mauvais traitements. Agrément Canada occupe une position privilégiée pour exiger des comportements éthiques et insister sur la protection du personnel qui agit en faveur du patient/résident. Au niveau des politiques locales de l'organisation il faudrait pouvoir créer des groupes de parole afin de permettre aux infirmières de saisir des opportunités de dialogue avec les leaders de l'organisation afin de leur faire connaître leurs préoccupations quotidiennes.

Pratique infirmière

Un des premiers pas pour une organisation serait de former les chefs d'unité et coordonnateurs d'activités de soins afin d'offrir le soutien requis au cours d'un processus décisionnel, de rehausser le raisonnement moral, l'engagement moral du personnel infirmier et peut être de réduire la détresse morale. Connaître également les facteurs qui conduisent à la non dénonciation est une façon de sensibiliser les personnes; ce sont là des préliminaires pour développer une stratégie d'intervention.

La non dénonciation semble être également le résultat d'un ensemble de facteurs et qu'elle relève d'une responsabilité partagée entre la communauté

infirmière des CHSLD et tous ceux qui interviennent auprès de cette clientèle vulnérable. Selon cette perspective, il est donc concevable que les ordres professionnels, gardiens des codes d'éthique, puissent jouer un rôle dans la diffusion des valeurs et des croyances mais également dans son application. Les infirmières doivent être préparées à dénoncer et aussi soutenues concrètement par les ordres tout au long de la démarche. La dénonciation d'actes répréhensibles devrait donc faire l'objet d'un soutien professionnel (conseil et soutien à la dénonciation) puisqu'une des responsabilités des ordres professionnels est d'assurer la sécurité du public.

Enfin, les résultats de cette étude soulèvent également toute une série de questions. Qu'advient-il de notre idéal de soins? Comment peut-il se régénérer? Comment peut-on vivre cette alliance entre la maltraitance et la non dénonciation qui peut nous amener à nous percevoir ou être perçus par nos pairs et collègues comme complices de la maltraitance ? Les facteurs d'influence issus de cette recherche suggèrent des pistes à explorer pour expliquer pourquoi les infirmières ne dénoncent pas et cela doit être compris bien évidemment dans un contexte précis. En n'agissant pas, la maltraitance se perpétue ainsi que les façons de faire qui l'occasionnent. Il faut donc en tant qu'infirmière penser autrement notre pratique, il faut oser l'application de l'éthique dans les soins que nous prodiguons et nous rappeler que notre mandat social est de « prendre soin ». Pour l'infirmière travaillant auprès des personnes âgées, prendre soin signifie porter une attention particulière dans une situation ou une problématique de santé spécifique dans un but de suppléer partiellement ou totalement un ou des besoins, de contribuer à son bien-être et à sa sécurité tout en promouvant son autonomie. Le besoin de l'éthique

se fait peut être sentir parce que la désensibilisation nous a fait perdre nos repères habituels. À elle seule une infirmière aura de la difficulté à agir de façon conforme à l'éthique. Les réponses à toutes ses questions se trouvent peut être dans des actions pouvant être posées collectivement. Cela dans le but de favoriser un environnement favorable à une pratique éthique.

Ainsi, l'investigatrice de la présente étude suggère que toutes situations qui entraînent les mauvais traitements puissent être traités en se basant sur l'éthique infirmière à savoir qu'il est impératif de faire tout en notre pouvoir pour rencontrer nos obligations morales en tant qu'infirmière. Dans le contexte actuel, cela veut dire que si nous ne pouvons y arriver seul en tant qu'individu, nous avons à tout le moins la responsabilité de rencontrer nos obligations morales collectivement.

**APPENDICE A – CERTIFICAT D'APPROBATION
DU COMITÉ D'ÉTHIQUE**

Université d'Ottawa University of Ottawa

Le 22 octobre 2007

Sylvie Lauzon
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
550 Cumberland, bureau 214
Ottawa, ON K1N 6N5

Gloria Hamel
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
550 Cumberland
Ottawa, ON K1N 6N5

**Objet: Les facteurs explicatifs de la non dénonciation de la maltraitance par le personnel
infirmier
travaillant en soins de longue durée. (Dossier H 07-07-08)**

Chère Professeure Lauzon et Madame Hamel,

Vous trouverez ci-joint le certificat d'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) en Sciences de la Santé et Sciences pour votre projet de recherche.

Au cours de votre étude, toute modification au protocole ou aux formulaires ne peut être introduite sans l'approbation préalable écrite du CÉR. Vous devez aussi aviser, dans les plus brefs délais, le CÉR de tous événements ou expériences indésirables vécus par les participants.

Cette attestation d'approbation déontologique est valide jusqu'au 22 octobre 2008. Veuillez soumettre un rapport annuel au Responsable de l'éthique en recherche en octobre 2008 pour soit fermer le dossier ou faire une demande d'extension. Le formulaire pour ce rapport se trouve à l'adresse suivante:

http://web9.uottawa.ca/services/rgessrd/deontologie/application_dwn_f.asp

Une copie de cette approbation sera soumise aux Services de la Recherche, si nécessaire.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter au poste 5387.

Veillez agréer mes sentiments les meilleurs.

Germain Zongo
Responsable de l'éthique en recherche
Pour Daniel Lagarec, Président du CÉR en
Sciences de la Santé et Sciences

**APPENDICE B- LETTRE À L'INTENTION DE LA DIRECTRICE DES SOINS
INFIRMIERS D'UN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE
DURÉE (CHSLD)**

Directrice des soins infirmiers
CHSLD

Madame,

Comme vous l'avez appris par l'intermédiaire dequi m'a donné votre nom, je suis inscrite au programme de Maîtrise en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa et m'appête à commencer la collecte des données pour ma thèse. La présente vise à solliciter votre collaboration afin que vous puissiez identifier dans milieu une personne qui accepterait de participer à ma recherche.

Mon domaine d'intérêt est la maltraitance des résidents de CHSLD et ma recherche porte plus particulièrement sur la non dénonciation de la maltraitance. Intitulée, « Les facteurs explicatifs de la non dénonciation de la maltraitance par le personnel infirmier travaillant en soins de longue durée », cette étude a pour but de décrire les facteurs pouvant expliquer pourquoi le personnel infirmier ne dénonce pas les actes de maltraitance envers les personnes âgées vivant dans les CHSLD lorsqu'il en est témoin. Cette étude permettra de mettre en évidence une variété de facteurs comme les connaissances, croyances, valeurs et comportement qui empêchent les personnes de dénoncer de tels actes et contribuera à mieux comprendre ce phénomène pour éventuellement élaborer des stratégies envers le personnel infirmier.

Pour réaliser cette recherche, je travaille sous la direction de madame Sylvie Lauzon, professeure à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa.

De façon plus précise, l'étude consiste à rencontrer une dizaine d'infirmier (es) et infirmier (es) auxiliaires par le biais d'entrevues individuelles semi-dirigées. Les entrevues dureront entre 60 et 90 minutes et elles seront enregistrées sur bande

magnétique. Mon projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa et je peux vous garantir que les droits et libertés des personnes qui participeront à l'étude seront assurés.

J'aurais donc besoin de votre collaboration pour obtenir les coordonnées d'une personne qui accepterait de me rencontrer et vous serais très reconnaissante si vous acceptiez de le faire. Les critères de sélection retenus sont les suivants :

- * être membre du personnel infirmier (infirmier (es) ou infirmier (es) auxiliaire)
- * être à votre emploi depuis au moins 6 mois
- * parler le français
- * accepter volontairement de participer à cette étude
- * vous autoriser à me divulguer ses coordonnées personnels.

Je communiquerai avec vous dans le courant de la semaine du en espérant alors

obtenir les coordonnées d'un participant correspondant à ces critères. Il me fera aussi plaisir de répondre à toute question que vous auriez concernant le projet et vous pouvez me joindre aux numéros apparaissant au bas de la page.

Sachez que j'apprécie énormément votre contribution et vous remercie sincèrement de toute l'attention que vous accorderez à cette demande. Veuillez agréer, madame l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Gloria Hamel
Étudiante à la maîtrise
Université d'Ottawa
Numéro de téléphone : xxx xxx xxxx
Courriel : xxxxxxxxx@uottawa.ca

**APPENDICE C-TEXTE D'INFORMATION À
L'INTENTION DES PARTICIPANTS**

Madame/Monsieur

Comme vous l'avez appris par l'intermédiaire de, je suis inscrite au programme de Maîtrise en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa et m'appête à commencer la collecte des données pour ma thèse. Je vous remercie de bien vouloir prendre le temps de lire cette lettre d'information relative à mon projet de recherche. Cette lettre a d'ailleurs été remise à plusieurs autres participantes

Mon domaine d'intérêt est la maltraitance des résidents de CHSLD et ma recherche porte plus particulièrement sur la non dénonciation de la maltraitance. Intitulée « Les facteurs explicatifs de la non dénonciation de la maltraitance par le personnel infirmier travaillant en soins de longue durée », cette étude a pour but de décrire les facteurs pouvant expliquer pourquoi le personnel infirmier ne dénonce pas les actes de maltraitance envers les personnes âgées vivant dans les CHSLD lorsqu'il en est témoin. Cette étude permettra de mettre en évidence une variété de facteurs comme les connaissances, croyances, valeurs et comportements qui empêchent les personnes de dénoncer de tels actes et contribuera à mieux comprendre ce phénomène pour éventuellement élaborer des stratégies envers le personnel infirmier.

Pour réaliser cette recherche, je travaille sous la direction de madame Sylvie Lauzon, inf., PhD, professeure à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa. Dr Lauzon aura accès aux données dans le seul but de me guider dans mon analyse.

De façon plus précise, l'étude consiste à vous rencontrer pour une entrevue d'une durée approximative de 60 à 90 minutes. Je vous demanderai d'abord de remplir un bref questionnaire sociodémographique et par la suite de répondre à quelques questions ouvertes. Cette entrevue pourrait être enregistrée sur bande magnétique pour bien capter toutes vos réponses sans que j'aie à prendre des notes.

Les données recueillies au cours de cette présente étude seront conservées pour une durée de cinq ans dans un lieu sécuritaire au bureau de la superviseure. Elles seront par la suite détruites par déchiquetage par l'investigatrice elle-même. De plus afin d'assurer l'anonymat et la confidentialité les données seront dénomalisées lors de la rédaction des résultats c'est-à-dire qu'un code alphanumérique sera attribué à chacun des participants.

Mon projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa. Toutes les mesures seront prises afin d'assurer vos droits et libertés en préservant votre anonymat ainsi que la confidentialité de toute l'information dont vous me ferez part. Je souhaite également préciser que toutes les mesures seront prises afin de minimiser les impacts négatifs de votre participation, tels que souvenirs pénibles, sentiment de culpabilité ou de honte, etc. La recherche ne vise pas à culpabiliser les participants, mais bien de comprendre un phénomène jusqu'à maintenant peu exploré. De plus, je souhaite souligner le caractère indépendant de cette étude. Il n'y a aucune affiliation entre l'investigatrice et votre établissement, le réseau des CHSLD, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) ou des ordres professionnels. Ces derniers n'auront pas accès aux données de la recherche. Enfin, si vous le souhaitez, il vous sera permis de mettre un terme à votre participation en tout temps

Les critères de sélection retenus pour cette recherche sont les suivants :

- * être membre du personnel infirmier (infirmier (es) ou infirmier (es) auxiliaire)
- * être à votre emploi depuis au moins 6 mois
- * parler le français ou l'anglais

Il n'y aura aucune compensation pour la participation à la recherche.

Si ce projet vous intéresse et que vous correspondez aux critères de sélection, nous pourrions fixer la date, l'heure et le lieu de l'entrevue selon votre convenance. Compte tenu du caractère confidentiel de cette entrevue, il serait opportun que le lieu puisse offrir l'intimité nécessaire, c'est-à-dire un lieu privé qui puisse vous permettre de vous exprimer librement.

Je suis à votre disposition pour répondre à toute question que vous pourriez avoir maintenant ou plus tard. Vous pouvez me joindre au numéro suivant : xxx xxx xxxx ou par courriel au xxxxxxxx@uottawa.ca

Sachez que j'apprécie énormément votre contribution et vous remercie d'avance d'accepter de participer au projet de recherche.

Gloria Hamel
Étudiante à la maîtrise
Université d'Ottawa
Numéro de téléphone : xxx xxx xxxx
Courriel : xxxxxxxxxx@uottawa.ca

Dear Madame, Sir

You have been informed by..... (Name of DOC).....that I am registered in the nursing Master program at University of Ottawa. I am about to begin my data collection for the thesis. I thank you for taking the time to read this letter which has been also distributed to other participants.

My field of interest is the elderly abuse of residents in CHLSD, more specifically the under reporting phenomena of elder the abuse. The title of the study is: "*The reasons of not reporting elder abuse by the nurses working in long-term care*".

The aim of this research is to describe the reasons explaining why registered nursing staffs working in long term care do not report abuse toward the residents. This research will try to highlight factors such as beliefs, values and behaviour which prevent the reporting of abuse. Better understanding these factors may help developing strategies for the nursing staff.

This research project is supervised by Mrs Sylvie Lauzon, Ph.D, teacher at the Nursing School at University of Ottawa. Dr. Lauzon will oversee my data collection only for the purposes of supervision and data analysis.

More specifically the research involves an interview of approximately 60 to 90 minutes in duration. You will first be requested to complete a demographic questionnaire following which I will ask you open ended questions. The interview could be recorded on a tape recorder in order to capture all details without having to take written notes. All data will be kept for the duration of five years in a secure place at the office of my thesis supervisor. Data will then be destroyed in a shredder by the researcher herself. Moreover, in order to maintain confidentiality of the data and the participants, all data will be coded for each participant.

My research has also been approved by the Ethic of Research committee of Ottawa University. All means will be used to ensure that your individual rights are protected as well as your confidentiality. I also wish to inform you that I will do everything I can in order to minimise the negative aspects of the interview which you may experience such as guilt, shame, etc. The goal of this research is not to make you experience negative

feelings but to better understand the underlying reasons of not reporting abuse. Therefore, I could not emphasize enough the independent nature of this research and that it is NOT linked to your organization, other CHSLD, Ministry of Health or Professional College. None of the above mentioned will have access to the research data. Finally, you should know that you have the right to terminate your participation at any given time.

Selection criteria for the research:

- Registration as a nurse (RN) or practical nurse (RPN).
- Employed for at least six months in a CHSLD
- Speaking French or English.

There is no monetary incentive attached with this research project.

If you are interested to participate in this research and meet the selection criteria we will have to determine at your convenience a place, date and time for the interview. Given the sensitive nature of the research project it is best to find a place which offers privacy and confidentiality.

I am available to answer any questions you might have before or after the interview. I can be reached at xxx xxx xxxx or by e-mail at; xxxxxxxxxx@uottawa.ca

Finally, I am very appreciative of your contribution and wish to thank you in advance should you decide to participate in this research project.

Gloria Hamel

Master candidate
Ottawa University

APPENDICE D- CANEVAS D'ENTREVUE

Canevas d'entrevue

- 1) Pourriez-vous me décrire une ou deux expériences reliées à des actes de maltraitance envers les personnes âgées ainsi que les raisons qui ont motivé votre choix de ne pas rapporter les incidents ?

- 2) Selon vous, qu'est-ce qui entrave la dénonciation de la maltraitance ?

- 3) Selon vous qu'est-ce qui faciliterait la dénonciation de la maltraitance ?

- 4) Auriez-vous autre chose à ajouter?

Interview protocol

- 1) Could you describe one or two situations of abuse toward elderly people which you witness and the motives or reasons why you chose not to report these situations?
- 2) According to you what seems to prevent reporting abuse?
- 3) According to you what would facilitate reporting abuse?
- 4) Would you like to add anything else?

**APPENDICE E - QUESTIONNAIRE DE DONNÉES
SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET PROFESSIONNELLES**

Questionnaire de données sociodémographiques et professionnelles

1. Nom : _____
2. Année de naissance : _____
3. Lieu de naissance (pays): _____
4. Lieu de scolarité initiale pour la formation infirmière :

4.1 Si ailleurs que le Canada depuis combien de temps êtes-vous au Québec?

5. Plus haut niveau de scolarité complété : cochez \checkmark

- Secondaire
- Collégial
- Baccalauréat
- Autre (spécifier) _____

6. Titre d'emploi : _____

Temps plein : _____ Temps partiel : _____

7. Nombre d'années d'expérience comme infirmière / infirmière aux. : _____

8. Nombre d'années d'expérience de travail auprès des personnes âgées vivant en

CHSLD :

Questionnaire of demographic and occupational data

1. Name : _____

2. Year of birth : _____

3. Place of birth (country) : _____

4. Place of initial nursing education : _____

a. Si ailleurs qu'au Canada, depuis combien de temps êtes-vous au Québec?

5. Highest degree completed: check \checkmark

High school

College

Bachelor

Other (specified) _____

6. Employment title : _____

Full time : _____ Part time : _____

7. Years of experience as a nurse? : _____

8. Years of working experience with elderly people who reside in nursing home
(CHSLD)?

APPENDICE F – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Projet : Facteurs explicatifs de non dénonciation de la maltraitance par le personnel infirmier travaillant en soins de longue durée.

Investigateur : Gloria Hamel, inf., BSc.,

Directrice de thèse : Sylvie Lauzon, inf., Ph.D.

Nom de l'intervenant (en lettres majuscules s.v.p.) :

Il m'a été proposé de participer à une étude visant à décrire et mieux comprendre les facteurs qui pourraient expliquer pourquoi les infirmiers (ères) et infirmiers (ères) auxiliaires travaillant dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ne rapportent pas les actes de maltraitance lorsqu'ils en sont témoins.

J'accepte en signant ci-dessous, de rencontrer madame Gloria Hamel, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa. Elle me demandera de remplir un questionnaire portant sur des données sociodémographiques et professionnelles et ensuite, au cours d'une entrevue en face-à-face, elle me posera des questions d'abord sur mon expérience de témoin d'actes de maltraitance perpétrés envers les aînés de mon milieu de travail puis sur la dénonciation de tels actes.

Puisque ma participation à cette recherche implique que je donne de l'information personnelle, je comprends qu'il est possible que cela crée de l'inconfort émotionnel faisant surgir des sentiments de gêne, de honte ou de culpabilité. J'ai reçu l'assurance de l'investigatrice que tout sera fait en vue de minimiser ces risques. Entre autres, à la fin de l'entretien, elle me remettra la brochure « Vieillir sans violence : Les victimes d'abus et de négligence, comment les reconnaître, comment intervenir » et discutera de

la possibilité de consulter le programme d'aide aux employés de mon établissement, le cas échéant.

Je comprends que je n'obtiendrai aucun bénéfice direct de ma participation si ce n'est que l'occasion de pouvoir m'exprimer sur mon expérience et contribuer à une meilleure compréhension de la non dénonciation de la maltraitance. En acceptant que cette entrevue soit enregistrée je comprends que le contenu de l'enregistrement demeure confidentiel, que personne d'autre que madame Hamel ne pourra m'identifier, que ce contenu sera gardé en lieu sûr, sous clé et qu'il sera détruit dès la fin de l'étude. Enfin, je comprends que les publications qui pourraient résulter de ce projet ne contiendront que des renseignements concernant des groupes de personnes et qu'il sera impossible d'identifier une personne en particulier. On m'a expliqué que je pourrais me retirer du projet en tout temps. Je comprends que si j'ai des questions après l'entrevue, je peux contacter en tout temps Gloria Hamel au xxx xxx xxxx ou par courriel au xxxxxxxx@uottawa.ca. Ce projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa. Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche, je peux m'adresser au Responsable de l'éthique en recherche, Université d'Ottawa, Pavillon Tabaret, 550, rue Cumberland, salle 159, ON K1N 6N5. Tél. : (613) 562-5841

Courriel : ethics@uottawa.ca

Il y a deux copies du formulaire de consentement, dont une copie que je peux garder.

J'accepte d'être enregistré(e) sur bande audio : oui non

Je donne maintenant mon accord à ce qui est décrit plus haut.

Signature de la personne : _____ Date : _____

Signature de l'investigatrice : _____ Date : _____

CONSENT FORM

Research Project: The reasons of not reporting elder abuse by the nurses working in long-term care.

Student researcher: Gloria Hamel, RN, BSc.

Thesis supervisor: Sylvie Lauzon, RN, Ph.D.

Name of participant: _____

I am invited to participate in a study in the abovementioned research study conducted by Gloria Hamel and supervised by Dr Sylvie Lauzon.

The purpose of the study is to gain a better understanding of the reasons why registered nursing staffs who work in CHSLD do not report elder abuse.

My participation will consist essentially of completing a demographic questionnaire, and then Ms. Hamel will proceed with a 60-90 minutes face to face interview with me. I will be asked to answer a few open-ended questions on my experience on elderly abuse in my work environment.

Since this research project involves sharing personal information, I understand that I might experience some emotional discomfort such as guilt or shame. I have received assurance by Ms. Hamel that every effort will be made to minimise these risks. At the end of the interview she will give me a pamphlet "Aging without violence: victims of abuse and neglect, how to recognise them, how to intervene" and we shall discuss a referral to the Employee Assistance Program, if need be.

I understand that I will not receive any financial rewards for my participation other than the opportunity to share my experience and contribute to a better understanding of the reasons why elder abuse is not reported in CHSLD.

By accepting that the interview will be audio recorded I also understand that its content will remain confidential, that no other persons than Ms. Hamel could identify me. All data will be kept in a secure locked place at the office of the supervisor and will be destroyed by the researcher herself 5 years after the study. I also understand that publications could result from the study and that anonymity will be protected in the following manner. Each participant will be assigned a code therefore participant's identity. I can also withdraw my participation at any given time.

I understand that I can contact Gloria Hamel any time after the interview if I have any questions: xxx xxx xxxx or by e-mail: xxxxxxxxx@uottawa.ca

This research project has been approved by the University of Ottawa Ethics in Research Committee. If I have any questions regarding the ethical conduct of this study, I may contact the Protocol Officer for Ethics in Research, University of Ottawa, Tabaret Hall, 550 Cumberland Street, Room 159, Ottawa K1N 6N5
Tel. :(613)562-5841
Email: ethics@uottawa.ca

There are two copies of the consent form, one of which is mine to keep.

I agree to be audio recorded: yes no

I _____, agree to participate in the above research study conducted by Gloria Hamel from School of Nursing, University of Ottawa, which research is under the supervision of Dr Sylvie Lauzon.

Participant's signature: _____ Date: _____

Signature of student researcher: _____ Date: _____

APPENDICE G- LISTE DES CODES INITIAUX

Liste des codes initiaux

1. Codes initiaux liés aux rôles et valeurs du personnel infirmier

- assumer un rôle de protection (7) /assurer la sécurité des résidents (7)
- gérer le quotidien
- intervention directe auprès de l'employé (p.ex., : sous forme d'avis verbaux) (3)
- consciente des valeurs du bien-être (p.ex., : « *on devrait s'adapter* »)
- gestion des situations de maltraitance en adoptant une attitude humoristique
- douter de son autorité à agir sur des situations de maltraitance
- impression de limite à la responsabilité de l'infirmière auxiliaire
- impression d'avoir des limites liées au rôle dans l'organisation (4)
- la responsabilité de l'infirmière s'arrête là où celle du chef d'unité commence
- réflexion de la participante sur le vécu du résident
- attitude maternelle et paternaliste (2)
- pour acheter la paix, garder l'harmonie dans l'équipe (p.ex., « *fait à la place de* »)(4)
- partager ses craintes avec une collègue (pour prévenir des mauvais traitements)
- activité de surveillance (6)
- conscience qu'un avis verbal est parfois insuffisant
- réflexion de l'infirmière sur les critères d'embauche
- assumer son leadership *c'est difficile*
- réflexion sur les comportements inadéquats
- la sécurité des résidents *c'est une affaire de tous*
- le rôle est de rencontrer l'équipe : enseignement et sensibilisation (5)
- manque de temps pour exercer son rôle
- réaction instantanée de l'infirmière face à un mauvais traitement physique
- aujourd'hui ne pas aviser n'est plus une option car en tant qu'infirmière auxiliaire on a des responsabilités : aller voir quelqu'un si pas de correction
- incapacité de confronter une personne l'amène à dénoncer mais plus aujourd'hui (expériences antérieures) (2)
- suppléer aux besoins des personnes vulnérables
- suppléer au travail des PAB, travail qu'ils refusent de faire (4)
- rôle de l'infirmière est de dénoncer et de faire respecter les besoins des résidents
- plus de coopération entre infirmière et auxiliaire pour la personne âgée
- le rôle de défenderesse des droits des résidents (4)
- le style de leadership de l'infirmière peut entraver ou non la dénonciation
- croyance qu'il faut être en position d'autorité pour faire exécuter un soin (de base)
- crainte de la perte du statu quo sur l'unité (4)
- direction ne fait pas confiance
- aux yeux de la direction sentiment de n'être pas crédible
- subir de l'intimidation (5)
- abuseur fanfaron à l'égard de l'infirmière (harcèlement moral (3))
- infirmière victime de remarques, moqueries, des pointes (2), des petites affaires...

- parole contre parole (entre l'abuseur et l'infirmière) quand l'infirmière est le seul témoin
- situation difficile; craintes, peurs, menaces (comportements inadéquats du personnel)
- ne pas se sentir prise au sérieux (crédibilité)
- peur d'aller témoigner ou être confronté avec la famille (ayant eux-mêmes eu des comportements abuseurs)
- activité de surveillance des soins (6)

2) Codes initiaux liés au contexte organisationnel : Les barrières environnementales

- milieu syndiqué
- syndicat : recours des soignants abuseurs (2)
- syndicat fort
- équipe qui n'en est pas une : Sous-groupe au sein de l'équipe : Préposés aux bénéficiaires (PAB), inf, aux, et inf.
- maintenir le statu quo au sein de l'équipe
- refus d'un employé de répondre à un besoin (2)
- très important de respecter la routine (7)
- insubordination justifiée par le bris de la routine (3)
- réticence aux changements des préposés aux bénéficiaires (PAB)
- le PAB fait ce qu'il veut afin de préserver sa routine; chaque changement fait l'objet de résistance (2)
- rendre le résident conforme à la routine du PAB (2)
- oppression sociale envers l'infirmière (2)
- coopération difficile à obtenir
- un clan qui se tient
- manque de respect des PAB envers les infirmières (2)
- PAB réfractaire à toutes remarques
- PAB maltraitant « à problèmes » (4)
- pouvoir personnel du soignant abuseur renforcé par le clan et la tradition
- confrontation continuelle
- sentiment de se faire blâmer (6)
- l'intimité entre les membres du personnel nuit à la dénonciation (2)
- alliance entre PAB et infirmière (3)
- présence de racisme (3)
- sentiment de persécution des employés d'un groupe ethnique (2)
- développer une immunité/indifférence (avec le temps) (2)
- développer une habitude aux mauvais traitements psychologiques et systémiques (3)
- processus organisationnel de dénonciation inexistant (7)
- Impasse/démarche parfois futile par manque de suivi (6)
- processus de dénonciation connu jusqu'au signalement mais « après »
- avis verbal qui n'aboutissent à rien

- expérience de dénonciation qui n'aboutit pas (4)
- processus de congédiement trop long (2)-mauvais traitements perdurent
- impression (actuelle) de parler dans le vide
- se sentir écouté par son superviseur immédiat et la direction
- travail d'équipe est important (3)
- sentiment d'énergie gaspillé lorsque ça ne va pas plus loin
- douter des actions de l'administration ; moment de la rencontre avec la personne est inconnue
- règles souvent non respectés (laxisme)
- l'organisation (le CHSLD) ne reconnaît pas le signalement
- recherche d'un feedback (après le rapport)
- Infirmière ne participa pas au processus disciplinaire
- crédibilité organisationnelle remise en question quand la direction ne prends pas les moyens attendus par l'infirmière
- l'inaction de la direction entraîne une forme de découragement pour dénoncer
- embaucher de personnel+qualifié (3)
- abus de confiance de son supérieur immédiat (2)
- promesse de confidentialité non tenue
- l'ouverture de personnel d'encadrement à communiquer davantage avec le personnel comporte des risques parfois inappropriés
- assurer un suivi plus serré, plus d'encadrement
- processus de dénonciation très long (un an)
- lien de confiance pour dénoncer absent
- acquisition d'expérience personnelle=acquisition de connaissance (qui amène ce changement de vision)
- accroître les connaissances; sensibiliser les infirmières à la maltraitance; la définir
- le manque de connaissance justifie les comportements d'abus
- maintenir plus conscient du problème des mauvais traitements
- manque de formation sur la façon d'intervenir avec la clientèle ayant des comportements perturbateurs (4) ou cognitifs
- formation, meilleur encadrement, meilleur triage au niveau du personnel
- ignorance des soignants sur le sujet de la maltraitance (5)
- crainte de représailles (5), menaces
- croyance liée à la dénonciation : harcèlement (2)
- ostracisme anticipé (être mise au ban)
- crainte des représailles (7)
- violence physique envers une infirmière (a été secouée)
- intimidation (3)
- garder le secret (3) ; garder le silence pour éviter les conflits
- peur de menace
- harcèlement moral (3)
- bris de confidentialité
- se faire boudier

3) Codes initiaux liés à la maltraitance

1) Sévérité des mauvais traitements

- Soupeser le degré de sévérité...voir texte 1-A
- Soupeser la gravité du geste et le degré d'intervention (choisir de parler avec la pab plutôt que de dénoncer)
- Minimiser les conséquences »certaines affaires/degré de sévérité di mauvais traitement
- Minimiser, « c'est juste des choses départementales»
- Dénoncer iniquement les choses dures (abus physique important)
- Gravité du geste influence l'action de dénoncer (3)
- La violence c'est pas des grosses affaires, c'est toute des petites affaires qui que ça devient comme agressant pour le résident
- Degré de sévérité des mauvais traitements : pas des choses aussi grave que frapper ou faire des bleus, quand même c'était de la violence

2 .Omniprésence de la maltraitance

2.1 Mauvais traitements physiques

- Indice de violence occulte : ecchymoses d'origines inconnues (2)
- brusquerie causant un mal de tête au résident
- gaver les résidents (2)
- brusquerie physique (3)
- gaver une personne avec de la nourriture pour l'empêcher de crier
- lancer des objets, menace, se faire bousculer, secouer, punitions (ne pas lui offrir sa collation en guise de punition) (3)
- verbalisation de sévices physiques subis par un résident
- eau envoyée au visage pour réveiller un résident
- arroser une résidente avec de l'alcool pour l'aseptiser
- serrement de bras laissant des marques

2.2 Mauvais traitements psychologiques

- Infantilisation (2)
- parler sec
- Non-respect de la dignité de la personne, indifférence envers le résident (on ne lui parle pas)
- manque de respect et de respect de ses droits (2)
- comportement de langage inapproprié normalisé dans le milieu de soins (2)
- ignorer la résidente à qui on donne des soins
- crie et impatience envers une résidente
- ton de voix dominateur et autoritaire envers une résidente, punition
- respect des souhaits de la famille plutôt que ceux des résidents
- se moquer ouvertement d'un résident

2.3 Négligence

- négligence : mettre une culotte plutôt que d'emmener la personne à la toilette
- Négligence intentionnelle : ne pas répondre à une cloche d'appel; dire qu'on va voir le résident et ne pas y aller

2.4 Violence systémique

- présence de violence systémique (7)
- manque de respect du rythme et du choix de la personne (2)

2.5 Abus financier

- résidente victime de vol par une employée
- abus financier

4) Indice de souffrance émotionnelle

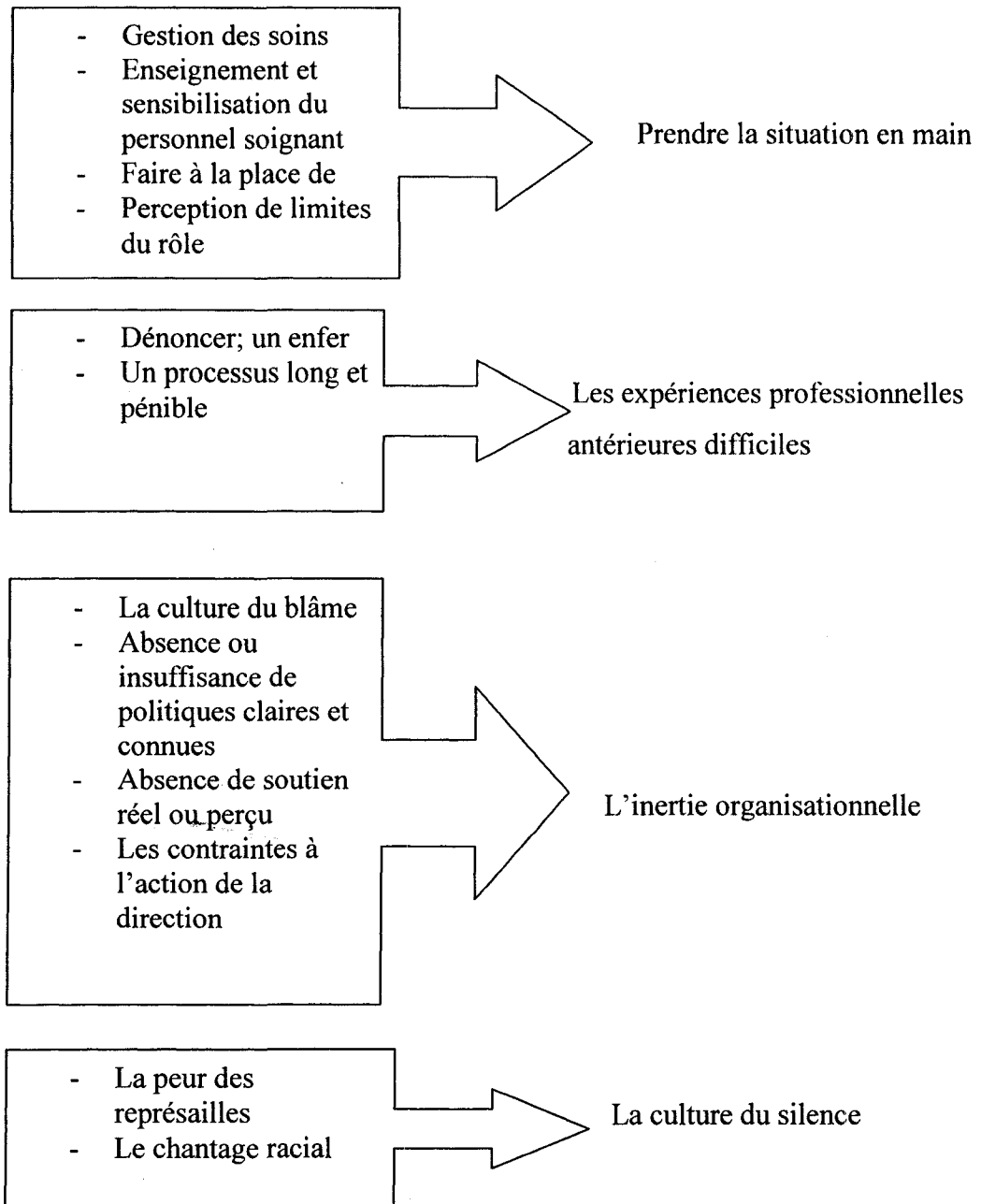
- inconfort (« *ça ma dérangeait* ») devant la possibilité qu'il s'agisse d'ecchymoses occasionnées par de la brusquerie
- recourir à un psychologue (importance de maintenir son intégrité psychologique); Ne pas retravailler avec la personne
- frustration envers les infirmières devant leur inaction à monter un dossier
- mauvaise expérience vécue par une infirmière : stress liée au processus de dénonciation
- inconfort psychologique : connaissance qu'un événement se produit et que personne ne réagit, trop de temps pour réagir
- sentiment de malaise que l'abus se passe sur l'unité et que l'enquête traîne (situation stressante, anxiogène)
- sentiment d'angoisse, douter de soi (3)
- impuissance devant l'inertie
- tension
- sentiment de persécution des personnes qui abusent
- chercher à plaire, à se faire accepter de la minorité culturelle du milieu/Pression sociale exercée par un clan?
- craindre de déplaire
- Marcher sur des œufs...cherche un peu de sympathie avec l'employé fautif (l'infirmière se sent en situation paradoxale de « trouble-fête » alors qu'elle devrait être encouragée à lutter contre le silence...sinon elle devient coupable à son tour
- Dissonance (6)
- Expérience dévastatrice (croyance)
- Perception (croyance suite à un fait vécu par une collègue) d'un stress très intense voir traumatique lié à la dénonciation et ses effets, c'est-à-dire stress lié au devoir de témoigner, confrontation inévitable contre le soignant et celle qui a dénoncées situation infernale)

- Doute/incertitude/remise en question de l'existence du support psychologique. (Les conséquences de la longueur des procédures et du stress que cela occasionne contribuent à la démotiver et à regretter (2)...et à ne plus dénoncer...)
- Sentiment perçu de vide, d'abandon/incertitude
- Malaise/inconfort à dénoncer
- Inconfort psychologique (2)
- Douter de son témoignage
- Sentiment d'agacement (irritation désagréable)
- Sentiment d'être la coupable (2)
- Remise en question de la dénonciation
- Prise entre l'arbre et l'écorce (entre la patiente et l'employé)
- Contente du congédiement
- Sentiment de frustration face à l'arrêt du processus de dénonciation
- Sentiment de malaise : (p.ex., : *car on devrait pas se taire*)
- Frustration devant l'inaction du chef d'unité (p.ex., : « *y avait pas l'air de me croire* »)
- Situation qui amène l'infirmière à douter de sa décision de dénoncer
- C'est épuisant
- Demande beaucoup d'énergie
- Stress intense (2)
- Être enragé
- Sentiment d'être démunie face à l'agressivité
- Ce qui entrave la dénonciation : peur d'être jugé, mal paraître aux yeux des autres
- Écrire, dénoncer une situation c'est s'impliquer beaucoup (se mouiller, s'investir) : La pression qui s'exerce sur le dénonciateur est énorme et il réalise que son geste aura des conséquences qu'il le veuille ou non
- Ne pas avoir de feedback sur la rencontre maintient cet état de dissonance
- Une dissonance suffisamment importante amène à dénoncer à un niveau plus élevé/pas peur de le faire
- Sentiment d'impuissance, d'injustice
- Frustration devant l'impasse ou le non-aboutissement d'un signalement
- Recherche de tranquillité (l'harmonie et la tranquillité pèsent + lourd que l'éthique du devoir moral)
- Choquer face aux mauvais traitements psychologiques, frissonner sur le coup d'une émotion c'est-à-dire l'inquiétude de savoir qu'est-ce qui se passe dans certaine chambre
- Début d'un enfer pour la dénonciatrice
- Sentiment que se rendre au travail est pénible
- Se confie à son conjoint (lien de confiance) Se sentait seule avec son problème
- Support du conjoint
- Désirabilité sociale/se faire accepter c'est très important (2)
- Ne pas être identifié de « *délateur* »
- Vécu (la dénonciation) comme un combat solitaire
- Le problème est résolu mais se questionne si elle le « *fera une autre fois* »
- résidu moral r/a une mauvaise expérience
- Sentiment d'isolement (3)

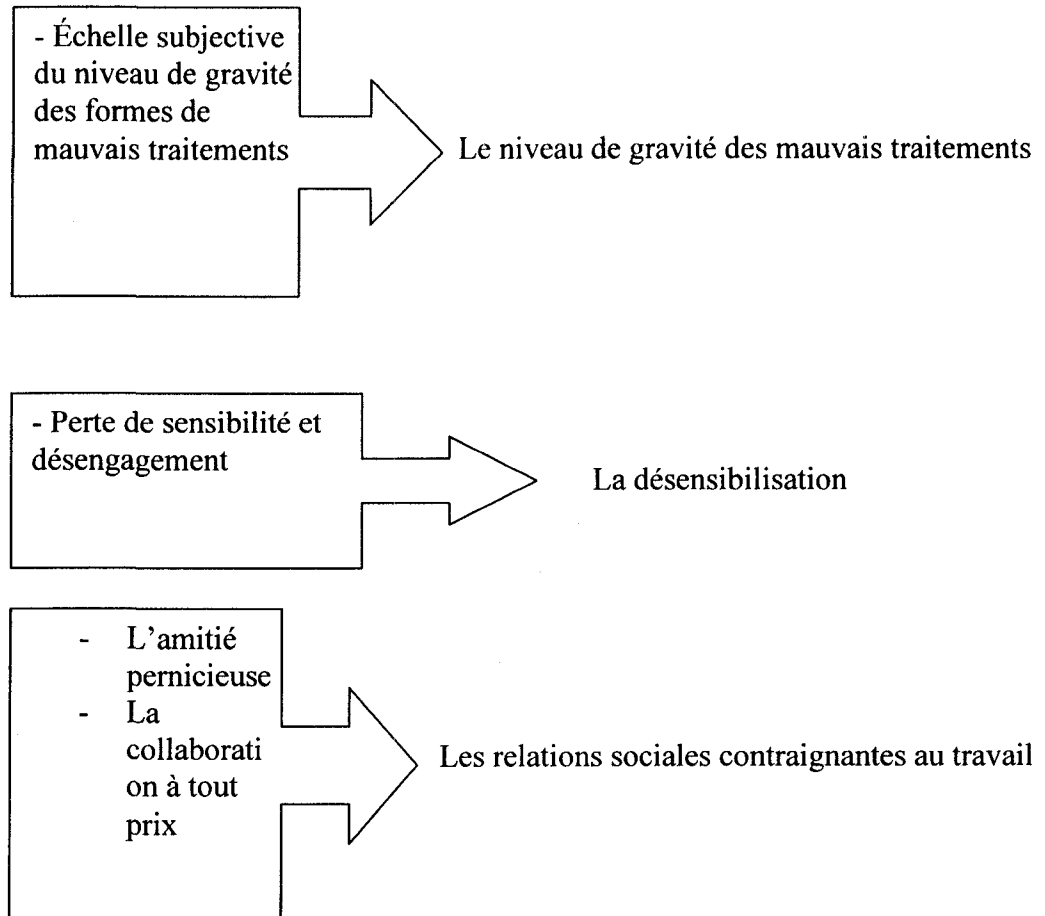
- Importance d'un lien d'appartenance à un groupe
- Se sentir comme chez soi
- Sentiment d'utilité
- Dur pour les nerfs
- Ça traumatise quand même
- Harcèlement moral
- C'est encore difficile de dénoncer (3)
- Importance de garder une équipe coopérative (pas trop faire de vague). (p.ex., « *tu tiens à garder une équipe coopérative* »)
- Dilemme entre dénoncer et la peur de nuire à la soignante

APPENDICE H- CARACTÉRISTIQUES ET CATÉGORIES ÉMERGENTES

Caractéristiques et catégories émergentes



Caractéristiques et catégories émergentes (suite)



RÉFÉRENCES

- Ahern, K., & McDonald, S. (2002). The beliefs of nurses who were involved in a whistleblowing event. *Journal of Advanced Nursing*, 38(3), 303-309.
- Allen, P. D., Kellet, K., & Gruman, C. (2003). Elder abuse in Connecticut's nursing homes. *Journal of Elder & Neglect*, 15(1), 19-42.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa, On : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (1999). *Déontologie pratique : Témoin je me tais/témoin, je dénonce : Le dilemme éthique de la dénonciation*. Ottawa, On: Auteur.
- Baker, M. W., & Heitkemper, M. M. (2005). The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment. *Nursing Outlook*, 53, 253-259.
- Beauvais, J-F., & Joule, R-V. (1996). *A Radical Dissonance Theory*. New-York, NY : Taylor & Francis.
- Barden, C. (2008). Breaking down the wall of silence to create healthy work environments: An interview with author Rosemary Gibson. *Advanced Critical Care*, 19 (1), 16-18.
- Bec, J. (Juin, 2000). Le devoir de divulgation – Le Whistleblowing: Une éthique de la loyauté. *Télescope*, 7 (2), 16 p.
- Bernabei, R., Gambassi, G., Lapane, K., Landi, F., Gatsonis, C., Dunlop, R., Lipsitz, L., Steel, K., & Mor, V. (1998). Management of pain in elderly patients with cancer. *JAMA*, 279 (23) 1877-1882. Extrait le 15 Mai 2007 de www.jama.com.
- Biaggio, M., Duffy, R., Staffelbach, D.F. (1998). Obstacles to addressing professional misconduct. *Clinical Psychology Review*, 18, 273-285.
- Bonnie, R. B. & Wallace, R. B. (Eds.). (2003). *Elder mistreatment: Abuse, neglect and Exploitation in an aging America*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitative*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Bu, X., & Jezewski, M.A. (2006). Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (1), 101-110.

- Burgess, A. W., Dowdell, E. B. & Prentky, R. A. (2000). Sexual abuse of nursing home residents. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Sciences*, 38(6), 10-18.
- Burgess, A.W., Brown, K., Bell, K., Ledray, L.E.,Faan, S-A. & Poarch, J.C. (2005). Sexual abuse of older adults. *American Journal of Nursing*, 105(10), 66-71.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization* (4th Ed.). Philadelphia: PA.
- Butler, R. N. (1969). Ageism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243-246.
- Butler, R. N. (Fall, 2005). Ageism: Looking back over my shoulder. *Generations*, 84-86. Extrait le 15 Mai 2007 de la base de données CINAHL.
- Brillon, Y. (1983). La peur du crime et la punitivité chez les personnes âgées. Extrait le 24 février 2006 de www.erudit.org/revue/crimino/1983/v16/n1/017169ar.pdf
- Calcraft, R. (2005). Blowing the whistle on abuse. *Working with Older People*, 9(2), 18-21
- Cantin, I. & Cantin, J-M. (2005). *La dénonciation d'actes répréhensibles en milieu de travail ou whsitleblowing*. Cowansville, Québec : Les Éditions Yvon Blais.
- Cantin, I. & Cantin, J-M. (2005). *La dénonciation d'actes répréhensibles en milieu de travail ou whsitleblowing*. Cowansville, Québec : Les Éditions Yvon Blais.
- Cario, R. (2005, Octobre). L'ainé victime : approche victimologique. *Info PV*, 5-11.
- Capuzeti, E., Brush, B. L. & Lawson III, W. T. (1997). Reporting elder mistreatment. *Journal of Gerontological Nursing*, 23(7), 24-32.
- Centre national d'information sur la violence dans la famille. (1999). *Mauvais traitements et négligence à l'égard des aînés* (Cat. H72-22/6-1998F. ISBN 0-662-82958-1). Ottawa: Santé Canada
- Cole, T.B, (1998). Violence, ubiquitous, threatening, and preventable. Extrait le 11 mars 2008 de l'Américan Medical Association : www.jama.com
- Colin Shaw, M. M. (1998). Nursing home resident abuse by staff: Exploring the dynamics. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 9(4), 1-21.
- Cooney, C., & Howard, R. (1995). Abuse of patients with dementia by carers: Out of sight but not out of mind. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 10, 735-741.

- Corley, M.C. (2002). Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9, 636-650.
- Daichman, L. S. (18-20 novembre, 2002). *Les questions éthiques dans le domaine de la santé*. Acte du congrès présenté au Congrès de l'Ontario sur la violence envers les personnes âgées : Partager les solutions/ définir l'avenir. Acte extrait le 2 avril 2006 de <http://www.onpea.org/Strategy/Communication/conference04Fr/07Daichman.pdf>
- Daly, J. M. & Jogerst, G. (2001). Statute definitions of elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 13 (4), 39-57.
- Debout, M. (2003). *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*. France (Rennes): Éditions ENSP.
- Deslauriers, J-P. (1991). *Recherche qualitative: guide pratique*. Montréal : Chenelière/McGraw-Hill.
- Dibartolo, M. C. (2006). Careful hand feeding: A reasonable alternative to PEG Tube placement in individuals with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(5), 25-33.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, 10, 79-86.
- Edwards, M.B. (1997). The nurses' aide : past and future necessity. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 237-245.
- Ens, I. (2002). *Les mauvais traitements à l'égard des aînés en établissement*. Extrait le 28 février 2006 de l'Agence de Santé Publique du Canada : http://phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivfviolencefamiliale/html/ageinstitutions_f.html
- Egan, G., & Forest, F. (1992). *Communication dans la relation d'aide*. Laval : Éditions des Études Vivantes.
- Faugier, J. & Sargeant, M. (1997). Sampling hard to reach populations. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 790-797.
- Ferrell, B.A., Ferrell, B.R., & Rivera, L. (1995). Pain in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of Pain and Symptoms Management*, 10 (8), 591-598.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.

- Finucane, T.E., Christmas, C., & Leff, B.A. (2007). Tube feeding in dementia: How incentives undermine health care quality and patient safety. *Journal of American Medical Director*, 8, 205-208.
- Firtko, A., & Jackson, D. (2005). Do the ends justify the means: Nursing and the dilemma of whistleblowing. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23 (1), 51-56.
- Fiveash, B (1998, September). The experience of nursing home life. *International Journal of Nursing Practice*, 4(3), 166-174
- Fletcher, J.J., Sorrell, J.M., & Silva, M.C. (1998, 31 Décembre). Whistleblowing as a failure of organizational ethics. *Online Journal of Issues in Nursing*. Extrait le 6 avril, 2006, de http://nursingworld.org/ojin/topic8/topic8_3.htm
- Forbes-Thompson, S & Gessert, C.E. (2006). Nursing homes and suffering: Part of the problem or part of the solution? *The Journal of Applied Gerontology*, 25 (3), 234-251.
- Fortin, M-F. (1996). *Le processus de la recherche: de la conception à la réalisation*. Montréal, Canada :Décarie Éditeur
- Gineste, Y (2004). *Silence on frappe*. Milly-la-Forêt, France: Animagine
- Glaser, B.G.(1978). *Advances in the methodology of grounded theory : theoretical sensitivity*. Mill Valley: The Sociology Press.
- Glaser, B.G.& Strauss, A.L.(1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York, NY: Aldine, Pub.Co.
- Glendenning, F. & Kingston, P. (1999). *Elder abuse and neglect in residential settings: Different national backgrounds and similar responses*. New-York: The Haworth Press, Inc.
- Goergen, T. (2004). A multi-method study on elder abuse and neglect in nursing homes. *The Journal of Adult Protection*, 6 (3), 15-25.
- Goffman, E. (1968). *Asiles: Études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Les Éditions de Minuit
- Gray-Vickrey, P. (Mars/Avril, 2005). Elder abuse: Are you prepared to intervene? *LPN*,

- 1 (2), 38-43. Extrait le 3 Mai 2007 de la base de données CINHALL.
- Gunther, M., & Thomas, S.P. (2006). Nurses' narratives of unforgettable patient care events. *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (4), 370-376.
- Hallsworth, S., & Young, T. (2008). Crime and silence. *Theoretical Criminology*, 12, 131-152.
- Hanks, R.G.(1997). Barriers to nursing advocacy: a concept analysis. *Nursing Forum*.42, 171-177.
- Harrel, R., Toronjo, C.H., McLaughlin, J., Oavlick, V.N., Hyman, D.D. & Bitondo Dyer, C. (2002). How geriatricians identify elder abuse and neglect. *American Journal of the Medical Sciences*, 323 (1), 34-38.
- Harmon-Jones, E., & Mills, J. (1999). *Cognitive dissonance: Progress on a pivotal theory in social psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Harrison, S. (2003, January 15). Speak up if you dare. *Nursing Standard*, 17 (18), 12-13.
- Hawes, C. (2003). Elder abuse in residential long-term care setting: What is know and what information is needed? Dans R.B. Bonnie and R.B. Wallace (Dir.), *Elder mistreatment: Abuse, neglect and Exploitation in an aging America* (pp.446-500). Washington, DC: The National Academies Press
- Hirst, S.P. (2002). Defining resident abuse within the culture of long-term care institutions. *Clinical Nursing Research*, 11 (3) 267-284.
- Huberman, A.M., & Miles. M.B. (1991). *Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles methods*. France : De Boeck Université.
- Jaccoub, J., & Mayer, R. (1997). L'observation en situation et la recherche qualitative. Dans J.Poupart , L.H. Groulx, J.P. Deslauriers, A.Laperrière, R. Mayer, & A.P.Pirès (Éds) *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Jervis, L. L. (2002). Working in and around the 'chain of command': power relations among nursing staff in an urban nursing home. *Nursing Inquiry*, 9 (1), 12-23.

- Johnstone, M-J. (2004). Patient safety, ethics and whistleblowing: A nursing response to the events at the Campbelltown and Camden Hospitals. *Australian Health Review*, 28 (1), 13-19.
- Kapp, M.B. (2003). Resident safety and medical errors in nursing homes: Reporting and disclosure in a culture of mutual distrust. *The Journal of Legal Medicine*, 24 51-76.
- King III, G. (2001, Novembre). Perceptions of intentional wrongdoing and peer reporting behaviour among registered nurses. *Journal of Business Ethics*, 34, 1-13.
- Kitchen, G., Richardson, & B., Livingston, G. (2002). Are nurses equipped to manage actual or suspected elder abuse? *Professionnal Nurse*, 17 (11), 647-650.
- Kleinman, C.S. (2006). Ethical drift: When good people do bad things. *JONA'S Healthcare Law, Ethics, and regulation*, 8 (3), 72-76.
- Kozak, J & Lukawiecki, T. (2001). *Quand chez-soi n'est pas un chez soi: Mauvais traitement et négligence dans les établissements de soins de longue durée-le point de vue des pensionnaires* (Rapport no. Cat.H72-21/176-2000F) : Santé Canada
- Krug, E.J., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A., & Lozano-Ascencio, R. (Eds.). (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé* (ISBN 9242545619) : Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
- Lachs, M.S. & Pillemer, K. (1995). Abuse and neglect of elderly persons. *The New England Journal of Medicine*, 332 (7), 437- 443.
- Lachs, M.S. & Pillemer, K., (2004, 2 octobre). Elder abuse. *The Lancet*, 364, 1263-1272.
- Laperrière, A. (1997). La theorisation ancrée (grounded theory): démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. Dans J.Poupart; J-P. Deslauriers; L-H. Groulx; A. Laperrière; R. Mayer & A.P.Pires (Eds.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 174-209) Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.
- Lennane, J. (1993). Whistleblowing: a health issue. *BMJ*, 307, 667-670.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1990). *Recherche qualitative:*

- fondements et pratiques*. Montréal, Canada : Éditions D'Arc
- Levine, J.M. (2003). Elder neglect and abuse: A primer for primary care physicians. *Geriatric*, 58 (10), 37-44.
- Lincoln, Y.S; & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. London, UK: SAGE Publications.
- Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux, art.3 (1998-1999)
- Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux, art.83 (1998-1999)
- Mallik, M. (1997). Advocacy in nursing: Perceptions of practising nurses. *Journal of Clinical Nursing* 6, 303-313.
- McCorminck-gendzel, M., & Jurchak, M. (2006). A pathway for moral reasoning in home healthcare. *Home Healthcare Nurse*, 24, 655-661.
- McDonald, S. & Ahern, K. (Novembre-Décembre, 2000). The professional consequences of whistleblowing by nurses. *Journal of Professional Nursing*, 16, 313-321.
- McDonald, S. & Ahern, K. (2002, Janvier). Physical and emotional effects whistleblowing. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 40 (1), 14-27.
- McDonald, L., & Collins, A. (2000). *Mauvais traitement et négligence à l'égard des aînées : Document de travail* (ISBN no. 0-662-27292-7) : Santé Canada.
- Miller, C.A. (2003). *Nursing for Wellness in Older Adults: theory and practice*. 4th éd. Philadelphia. PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Miller, C.A. (2005). Elder abuse: The nurse's perspective. *Clinical Gerontologist*, 28, 105-133.
- Mills, J. (1999). Improving the 1957 version of dissonance theory. In E. Harmon-Jones & J. Mills (Eds.), *Cognitive dissonance: Progress on a pivotal theory in social psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Orientations ministérielles* (ISBN 2-550-41616-3). Québec: Auteur.
- Mitchell, G.J. (2001). Policy, procedure, and routine: Matters of moral influence. *Nursing Science Quarterly*, 14, 109-114.

- Mohr, K.M., & Horton-Deutsch, S. (2001). Malfeasance and Regaining Nursing's Moral Voice and Integrity. *Nursing Ethics*, 8(1), 19-35.
- Morrisson, E.F. (1990). The tradition of thoughtness: A study of nonprofessional nursing care in psychiatric settings. *Journal of Nursing scholarship*, 22, 32-38.
- Mylott, L. (2005). The ethical dimension of the nurse's role in practice. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 7, 113-118.
- Nahmiash, D. (2000). Les mauvais traitements et la négligence à l'égard des personnes âgées. Dans P. Cappeliez ; P. Landreville & J. Vézina (Dir.), *Psychologie clinique de la personne âgée* (pp.197-216). Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa.
- Nay, R. (1998). Contradictions between perceptions and practices of caring in long-term care of elderly people. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 401-408.
- Near, J.P., & Miceli, M.P. (1995). Effective Whistle-Blowing. *Academy of Management Review*, 20, 679-708.
- Near, J.P., Dworken, T.M., & Miceli, M.P. (1993). Explaining the whistle-blowing process: suggestions from power theory and justice theory. *Organization Sciences*, 4, 393-411.
- Neno, R., & Neno, M. (2005, Septembre 28). Identifying abuse in older people. *Nursing Standard*, 20 (3), 43-47.
- Ordre des Infirmières et Infirmiers de l'Ontario. (Juin, 2004). *La prévention des mauvais traitements infligés aux clients*. Fiche d'information.
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2000). *L'exploitation des personnes âgées*. Mémoire présenté à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse dans le cadre de sa consultation générale sur le sujet en titre. Extrait le 3 mars, 2006
de :http://www.oiiq.org/uploads/publications/memoires/mem_exploitation_pa.html
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2002). *Code de déontologie des Infirmières et Infirmiers*. Extrait le 28 février 2006 de
http://oiiq.org/infirmieres/lois_reglements_pdf/I-8-r-4.1.pdf
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*,

23,147-181.

- Paillé, P. (1996). De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier. *Revue de l'Association pour la recherche qualitative*, 15, 179-196.
- Pénard, T. (2004). *La théorie des jeux et les outils d'analyse des comportements stratégiques*. Extrait le 1er juin 2008, de l'Université de Rennes 1, CREM : <http://perso.univ-rennes.fr/thierry.penard/biblio/manueljeux.pdf>.
- Perrow, C. (1968). Hospital, structure & goals. Dans J.G. March (Eds.), *Handbook of organizations* (pp. 920-924) Chicago: Rand McNally & Company.
- Peter, E., Lunardi, V.L., Macfarlane, A. (2004). Nursing resistance as ethical action: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 403-416.
- Peternelj-Taylor, C.(2003). Whistleblowing and Boundary Violations: Exposing a Colleague in the Forensic Milieu. *Nursing Ethics* 10 (5), 527-540.
- Pettee, E. (1997, Janvier/Février). Elder abuse: Implications for staff development. *Journal of Staff Development*, 13 (1), 7-12.
- Pillemer, K. (1988). Maltreatment of patients in nursing homes: Overview and research agenda. *Journal of Health and Social Behaviour*, 29 (Septembre), 227-238.
- Pillemer, K., & Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *The Gerontological Society of America*, 28 (1), 51-57.
- Pillemer, K., & Moore, D.W. (1989). Abuse of patients in nursing homes: Findings from a survey of staff. *Gerontologist*, 29, 314-320.
- Plamondon, L. (2000). Violence en gériatrie: Le cas de la douleur et ses enjeux éthiques. *Gérontologie et Société*, 92 (Mars), 121-133.
- Podnieks, E. (1992). National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4 (1-2), 5-58.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J.Poupart; J-P. Deslauriers; L-H. Groulx; A. Laperrière; R. Mayer & A.P.Pires (Eds.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.174-209) Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.
- Ramage-Morin, P.L. (2006). Bien vieillir en établissement de santé. Dans *Rapports sur la santé : La santé de la population canadienne/ Rapport annuel /Supplément au*

- volume 16 (No. 82- 003-SPF pp 51-61). Ottawa : Ministère de l'Industrie.
- Renzetti, C.M., & Lee, R.M. (1993). *Researching sensitive topics*. Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Sandvide, A, Sture, A, Norberg, A, & Saveman B-I. (2004). Violence in institutional care for elderly people from the perspective of involved care providers. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18, 3510357. Extrait le 6 Septembre 2006, de la base de données CINAHL.
- Santé et Services Sociaux Québec. (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Orientations ministérielles* (ISBN 2-550-41616-3). Québec : La direction des communications du Québec.
- Santé et Services Sociaux Québec. (2004). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Visites d'appréciation de la qualité des services* (ISBN 2-550-42858-7). Québec : La direction des communications du Québec.
- Saveman, B-I., Hallberg, I.R., Norberg, A.(1993). Identifying and defining abuse of elderly people, as seen by witnesses. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1393-1400.
- Savoie-Zajc, L. (2000). *L'entrevue semi-dirigée*. Dans B.Gauthier (Éd) *Recherche sociale : De la problématique à la collecte de données*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures & Techniques*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Strausser, S.M., & Fulmer, T. (2007). The clinical presentation of elder neglect: What we know and what we can do. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12 (6), 343-349.
- Teeri, S., Leino-Kilpi, H., & Välimäki, M. (2006). Long-term nursing care of elderly people: Identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. *Nursing Ethics*, 13 (2), 116-129.

- Tomas, W. (1996). *Life worth living: How someone you love can still enjoy life in a nursing home*. Acton, Massachusetts: VanderWyk & Burnham.
- Thorne, K. S., & MacDonald-Emes, S.H. (1997). Interpretative description: a noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Research in Nursing and Health*, 20, 169-177.
- Ulrich, C., O'Donnell, P., Taylor, C., Farrar, A., Danis, M. & Grady, C. (2007). Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States, *Social Science and Medicine* 6, 1708-1719.
- VanBergeijk, E., & Sarmiento, T.L.L. (2006). The consequences of reporting child maltreatment: Are school personnel at risk for secondary traumatic stress [Version électronique]. *Brief Treatment & Crisis Intervention*, 6 (1), 79-98.
- Varcoe, C., Doane, G., Pauly, B., Rodney, P., Storch, J.L., Mahoney, K., McPherson, G., Brown, H., & Starzomski, R. (2004). Ethical practice in nursing: working the in-betweens. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 316-325.
- Ward, D. (2000). Ageism and the abuse of older people in health and social care. *British Journal of Nursing*, 9, 560-563.
- Waters, A.(2008). Nurses fear their concerns about care will be ignored. *Nursing Standard* 22 (37), 12-13.
- Wieland, D. (2000). Abuse of older person: An overview [Version électronique]. *Holistic Nursing Practice*, 14 (4), 40-50.
- Wilkinson, J.M. (1987/88). Moral distress in nursing practice: Experience and effect. *Nursing Forum*, 23(1), 16-29.
- Wilmot, S. (2000). Nurses and whistleblowing: The ethical issues. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1051-1057.
- Zuzelo, P.R. (2007). Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics*, 14, 344-359.