

Université de Sherbrooke

Élaboration d'un outil réflexif sur l'intervention bientraitante destiné aux travailleurs sociaux du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées en CLSC

Par
Catherine Boudreau
Programme de Maîtrise en pratiques de la réadaptation

Essai présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de maître en pratiques de la réadaptation (M. Réad.)

Maîtrise en pratiques de la réadaptation

Longueuil, Québec, Canada
12 juin 2021

Membres du jury d'évaluation
Marie-Hélène Raymond, INESSS
Chantal Sylvain, Programme de maîtrise professionnelle en pratiques de la réadaptation

© Catherine Boudreau, 12 juin 2021

RÉSUMÉ

Problématique : Certaines lois et guides de pratique ont été mis en place pour promouvoir l'intervention bientraitante au sein de nos institutions de santé et de services sociaux. Cependant, ce concept étant récent et encore flou au Québec, il n'existe pas encore de moyens concrets permettant aux professionnels de réfléchir à leur pratique sous l'angle de la bientraitance. Cela amène donc à se questionner sur les outils qui pourraient soutenir les travailleurs sociaux du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) dans l'appropriation des principes d'intervention bientraitante.

But : Ce projet vise à fournir aux travailleurs sociaux du SAPA un outil permettant de réfléchir à leurs interventions en termes de bientraitance et de proposer des stratégies d'intervention favorisant l'actualisation des principes d'intervention bientraitante.

Méthodes : Premièrement, une revue de la littérature sur l'intervention bientraitante et les outils portant sur la bientraitance fut réalisée. Une analyse de la forme et du contenu des différents outils ainsi qu'un sondage sur les besoins des travailleurs sociaux ont permis de créer une version préliminaire de l'outil. Puis, il fut soumis à deux *focus groups* afin d'évaluer la pertinence et la clarté du contenu, l'adéquation du format ainsi que son acceptabilité prospective et son applicabilité. La version finale fut validée auprès des participantes.

Résultats : Un sondage auprès des futurs utilisateurs a fait ressortir l'importance de proposer un outil pouvant être utilisé de manière individuelle ou en groupe et présentant des pistes de réflexion et des stratégies concrètes. Le sondage révélait aussi que l'outil devait être court, applicable sur le terrain, simple, précis et basé sur des données scientifiques. L'analyse des 11 outils repérés dans la littérature a révélé qu'aucun ne correspondait entièrement à ces critères. Ainsi, un outil a été créé en s'inspirant particulièrement de deux guides de pratique (ANESM, 2008; Gouvernement du Québec, 2016) et en les adaptant au contexte de pratique visé. L'outil présente les préalables, défis, questions réflexives et stratégies d'intervention pour six dimensions de l'intervention bientraitante. À la suite des ajustements recommandés par les *focus groups*, les participantes ont confirmé l'acceptabilité prospective et l'applicabilité de l'outil.

Conclusion : Ce projet d'innovation a permis de créer un outil réflexif que les travailleurs sociaux du SAPA peuvent utiliser sur une base quotidienne ou pour prendre un moment d'arrêt réflexif sur leurs interventions sous l'angle de la bientraitance

Mots-clés : outil, bientraitance, intervention bientraitante, pratique réflexive, travail social, personnes âgées, aînés, soutien à domicile, programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	i
TABLE DES MATIÈRES	ii
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES SIGLES ET DES ABBRÉVIATIONS	vii
REMERCIEMENTS	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1. DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE	3
1.1. Bienfaits attendus de la bientraitance auprès des aînés à domicile	3
1.2. Freins à la bientraitance	4
1.3. Résumé de la problématique.....	5
CHAPITRE 2. RECENSION DES ÉCRITS	7
2.1. Bientraitance	7
2.1.1. Historique de la bientraitance	7
2.1.2. Définition de la bientraitance	8
2.1.3. Intervention bientraitante.....	9
2.1.4. Bientraitance et soutien à domicile.....	11
2.2. Outils pour soutenir l'intervention bientraitante	11
2.2.1. Outils portant sur la bientraitance.....	12
CHAPITRE 3. OBJECTIFS	14
3.1. L'objectif général	14
3.2. Les objectifs spécifiques.....	14
CHAPITRE 4. MÉTHODES	16
4.1. Première étape : Analyse des outils recensés	16
4.1.1. Méthodologie d'analyse du contenu et de la forme des outils	16

4.1.2.	Résultats de l'analyse	16
4.2.	Deuxième étape : Sondage des besoins des travailleurs sociaux du SAPA	18
4.2.1.	Méthodologie du sondage.....	18
4.2.2.	Résultats du sondage	19
4.3.	Comparaison des résultats de l'analyse des outils et des résultats du sondage	22
4.3.1.	Méthodologie de comparaison.....	22
4.3.2.	Outils retenus.....	22
4.4.	Création de l'outil.....	23
4.4.1.	Contenu de l'outil.....	23
4.4.2.	Mise en forme préliminaire de l'outil.....	24
CHAPITRE 5.	Validation du contenu de l'outil auprès de collègues	25
5.1.	Préparation et tenue d'un <i>focus group</i>	25
5.1.1.	Guide d'entrevue	25
5.1.2.	Participants	25
5.2.	Analyse qualitative du contenu du <i>focus group</i>	25
5.3.	Résultats de l'analyse	26
5.4.	Modifications à l'outil.....	27
CHAPITRE 6.	Évaluation de l'acceptabilité prospective et l'applicabilité de l'outil.....	29
6.1.	Concepts évalués	29
6.2.	Préparation et tenue du <i>focus group</i>	30
6.2.1.	Guide d'entrevue	30
6.2.2.	Participants	30
6.2.3.	Analyse qualitative du contenu du focus group.....	30
6.3.	Résultats de l'analyse	30
CHAPITRE 7.	DISCUSSION	33
7.1.	Principaux constats.....	33
7.2.	Forces et limites du projet d'innovation.....	35
7.2.1.	Forces	35
7.2.2.	Limites.....	36
7.3.	Retombées pour la pratique	37

7.4. Perspectives futures	38
CONCLUSION	40
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	41
ANNEXES	viii
ANNEXE 1 : Extrait du tableau comparatif des outils thématique sur la bientraitance	ix
ANNEXE 2 : Questionnaire du sondage	x
ANNEXE 3 : Caractéristiques importantes de l’outil	xiv
ANNEXE 4 : Extrait du tableau comparatif des outils en fonction des critères des travailleurs sociaux	xv
ANNEXE 5 : Extrait du tableau de contenu des dimensions de l’intervention bientraitante	xvi
ANNEXE 6 : Guide d’entrevue du premier <i>focus group</i>	xvii
ANNEXE 7: Prototypes pour la création de l’outil	xviii
ANNEXE 8 : Formulaire de consentement	xxi
ANNEXE 9 : Guide d’entrevue du deuxième <i>focus group</i>	xxiii
ANNEXE 10 : version finale de l’outil	xxiv

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des répondants.....	19
--------------------------------------------------	----

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Processus d'élaboration de l'outil.....	14
Figure 2 : Importance pondérée de l'objectif de l'outil.....	20
Figure 3 : Préférence envers le type d'outil.....	21
Figure 4 : Préférence quant au mode d'utilisation de l'outil.....	21

LISTE DES SIGLES ET DES ABBRÉVIATIONS

CIUSSSE-CHUS RLS Memphrémagog : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke réseau local de services Memphrémagog

SAPA : Soutien à l'autonomie des personnes âgées

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mon inspirante mentore Marie-Hélène Raymond qui m'a non seulement encouragée, mais poussée à me dépasser dans mes réflexions et réalisations. Merci pour la rigueur de tes commentaires, le partage de tes incroyables connaissances sur le plan méthodologique et des innombrables heures passées à lire et relire mon outil et mon essai. Et surtout, merci pour ton sourire et ton humanité qui ont été un baume sur ce projet réalisé en temps de distanciation sociale et d'ère numérique.

Un énorme merci à Chantal Sylvain qui a agi à titre de gardienne du projet. Il était rassurant de te savoir présente pour guider. Merci pour la clarté et le dynamisme de ton enseignement. Ta bonne humeur et tes encouragements auront aussi facilité la réalisation de ce projet d'envergure et à distance.

Merci à Élise Nault Horvath et Johana Krizova pour les idées, les commentaires et les encouragements mutuels tout au long de ce tumultueux parcours de projet d'innovation.

Merci à tous les professeurs du département de Pratique de la réadaptation pour leur souplesse dans les dates de remises des travaux qui ont permis de concilier travail-famille-études pendant ce parcours de maîtrise.

Je veux aussi remercier mes collègues de travail du SAPA et du CLSC de Stanstead qui m'écoutent parler de ce projet depuis six ans. Merci pour votre support. Et un énorme merci à mes collègues ayant participé au sondage et aux *focus groups*.

Un énorme merci à mon amoureux Éric pour son support, sa patience et ses encouragements depuis 2015. Un merci rempli d'amour à mes enfants Zackari et Camille qui ont dû partager l'attention de leur maman depuis leur naissance et assister à quelques cours afin de me permettre de terminer cette maîtrise.

Un merci à mes parents Luc et Lucie, ma sœur Marianne, mon beau-frère Patrick, ma mamie Henriette et Pauline pour leur support et les heures de gardiennage pour maximiser ma concentration dans mes études. Un merci à mon frère Frédéric et ma belle-sœur Vanessa pour le support, l'accueil chaleureux et l'hébergement tout au long de ces six années.

INTRODUCTION

Depuis quelques années, on ne compte plus les allusions à la maltraitance envers les aînés dans les médias, qu'il s'agisse du nombre élevé de dossiers de maltraitance traités au Québec (Chouinard, 2019) ou de dénonciations de diverses formes de maltraitance organisationnelle (Fleury, 2018). Le sujet est préoccupant pour les professionnels du milieu de la santé et des services sociaux, qui se sentent souvent pris entre l'arbre et l'écorce lorsqu'ils sont témoins de situations potentielles de maltraitance de la part des aidants ou de l'organisation.

Dans ce contexte, un outil fut créé pour soutenir les intervenants sur le plan de l'intervention, soit le Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées (Gouvernement du Québec, 2016). De plus, l'adoption de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (Publications Québec, 2020) offre quelques leviers de plus. À cette loi s'ajoute le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2017-2022 (Ministère de la famille et secrétariat aux aînés, 2017). Un point commun à ces documents est l'importance mise sur la bientraitance, qui ne se résume pas simplement à l'absence de maltraitance (Pomar-Chiquette, 2019). Les travailleurs sociaux doivent donc s'appropriier ce nouveau concept afin de l'actualiser dans leur pratique quotidienne.

En vue de favoriser l'intervention bientraitante, cet essai présente le processus ayant mené à la création d'un outil réflexif destiné aux travailleurs sociaux du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) en CLSC. Le premier chapitre pose la problématique de l'actualisation de l'intervention bientraitante au SAPA. Le deuxième chapitre expose la recension des écrits portant sur deux thématiques : la bientraitance et les outils existants pour soutenir l'intervention bientraitante. Le troisième présente les objectifs du projet d'innovation. Le quatrième chapitre présente le sondage effectué auprès des futurs utilisateurs et l'analyse des outils en fonction des résultats du sondage. Le cinquième chapitre

présente le processus de création et de validation du contenu de l'outil auprès des futurs utilisateurs. Le sixième décrit le processus d'évaluation de l'acceptabilité prospective et de l'applicabilité de l'outil par les intervenants du SAPA. Le septième chapitre présente une discussion abordant les principaux constats, les forces et limites du projet, les retombées prévues pour la pratique et les perspectives futures pour la recherche. Finalement, le chapitre 8 conclut le projet d'innovation.

CHAPITRE 1. DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE

La population du territoire de Memphrémagog est composée à 24,8% de personnes âgées de 65 ans et plus (CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2015). De multiples maladies physiques, souvent chroniques, de troubles neurocognitifs ou de problèmes psychosociaux comme la pauvreté et l'isolement affectent le quotidien de nos aînés. Le processus de vieillissement engendre donc une multitude de besoins à combler au fil de l'évolution des maladies.

1.1. Bienfaits attendus de la bientraitance auprès des aînés à domicile

Les professionnels de l'équipe du soutien à domicile du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke réseau local de services Memphrémagog (CIUSSS de l'Estrie-CHUS RLS Memphrémagog) sont donc là pour accompagner les aînés à combler leurs besoins non répondus dans leur milieu de vie (maison ou résidence privée pour aînés). En mobilisant leurs connaissances et meilleures pratiques, ces professionnels tentent de rendre l'expérience d'aide humaine et agréable pour les aînés. La bientraitance devrait donc être au cœur de toutes les interventions, de la prise en charge de la personne, aux visites à domicile ou dans sa résidence pour aînés. Concept récemment nommé dans nos milieux de pratique, idéal à atteindre, il demeure encore flou et non évalué dans nos interventions quotidiennes.

À ce jour, il existe une multitude de définitions du mot bientraitance. Puisque le projet d'innovation se déroulera à l'intérieur d'un CIUSSS, nous ferons référence à la définition du Ministère de la famille et secrétariat aux aînés dans le cadre de ce travail. Il est à noter que le ministère mentionne que cette définition peut encore évoluer au fil des connaissances.

« La bientraitance vise le bien-être, le respect de la dignité, l'épanouissement, l'estime de soi, l'inclusion et la sécurité de la personne. Elle s'exprime par des attentions, des attitudes, des actions et des pratiques respectueuses des valeurs, de la culture, des

croyances, du parcours de vie, de la singularité et des droits et libertés de la personne aînée.
» (Ministère de la famille et secrétariat aux aînés, 2017, p. 38)

1.2. Freins à la bientraitance

Toutefois, en tant que travailleuse sociale au soutien à domicile, il est malheureusement arrivé à plus d'une reprise de constater que ces principes ne sont pas toujours respectés, et ce, malgré la volonté du personnel en place. Tel que soulevé par Bonamy, Desert, Frighi et al. (2012), il arrive : «[...]qu'au quotidien des professionnels «gentils» font gentiment des actes de bienveillance maladroite ou de maladresse involontaire» (Bonamy et al., 2012, p. 68). De plus, selon Longneaux (2010) et Perron et Benoit (2019), il existe plusieurs freins à la mise en place de la culture de bientraitance au sein des institutions de santé et de services sociaux.

Tout d'abord, il y a le frein économique. Depuis les années 1980, les coupes budgétaires dans le domaine de la santé et des services sociaux entraînent un manque de personnel et une diminution de sa stabilité (Perron et Benoît, 2019). Cela se répercute par exemple sur nos aînés qui doivent constamment s'adapter à de nouveaux prestataires de services et ce, jusque pour des soins aussi intimes que l'aide à l'hygiène. Une dépersonnalisation des soins est donc vécue au profit des critères de performance (Perron et Benoît, 2019). Cela rejoint aussi le concept dénoncé par Benoit et Perron qui est la nécessité de « faire plus avec moins » afin de privilégier un équilibre budgétaire (Perron et Benoît, 2019, p. 31). Les charges de cas élevées et le fardeau des tâches cléricales empiètent sur le temps de présence directe avec les usagers et la création d'un lien thérapeutique significatif (Saint-Amour et al., 2018). Ainsi, il n'est pas toujours possible de respecter le rythme de l'utilisateur (Benoît et Perron, 2018).

Un autre frein important à la bientraitance est la mécanique entourant l'octroi des soins et services. La gamme de services augmente en fonction de la sévérité des déficiences physiques et mentales (selon le profil Iso-SMAF), mais ne prend pas toujours en compte les difficultés psychosociales importantes ou le type de services souhaités par l'utilisateur (par exemple, obtenir de l'aide au ménage plutôt que la présence-surveillance proposée). En effet, l'étude de Benoit et Perron (2019) fait ressortir que les intervenants auront tendance à avertir

d'emblée les usagers de l'offre de services limitée afin de diminuer leurs attentes. Cette stratégie d'adaptation des intervenants va toutefois à l'encontre du principe de bientraitance.

En outre, les enjeux juridiques peuvent constituer un frein à la bientraitance. De fait, intervenir au soutien à domicile, c'est naviguer tous les jours dans des zones grises. C'est évaluer une multitude de risques (chutes, fugues, feu, insalubrité, abus, épuisement des aidants, etc.) afin de soutenir et de sécuriser les aînés qui veulent demeurer à domicile à tout prix. Quand avons-nous atteint la limite? C'est l'une des dizaines de questions quotidiennes des travailleurs sociaux qui craignent d'être trop ou pas suffisamment protecteurs, ou encore d'être poursuivis par la famille ou l'utilisateur qui ne sont pas en accord avec l'orientation prise. La relation avec les usagers est donc teintée par cette peur d'être poursuivi ou d'avoir une plainte à l'ordre professionnel (Longneaux, 2010). Alors, « [...]pour éviter d'éventuelles plaintes, on n'hésitera pas à sacrifier la volonté de l'individu si elle menace sa sécurité. » (Longneaux, 2010, p. 36). Cette réalité va encore une fois à l'encontre des préceptes de la bientraitance.

1.3. Résumé de la problématique

À cet égard, un autre pays peut nous éclairer sur le sujet des interventions bientraitantes. En effet, concept d'intérêt en France depuis les années 1990, la bientraitance est mise de l'avant dans les politiques françaises. Depuis l'opération « bientraitance des personnes âgées », l'aspect de la bientraitance est évalué lors de la certification des institutions de santé et des établissements d'hébergement pour personnes vulnérables (Pomar-Chiquette, 2019). De plus, des outils concrets ont été créés afin d'accompagner les intervenants et établissements dans la mise en place d'une approche bientraitante. Au Québec, nous commençons à aborder le sujet dans le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022 (Ministère de la famille et secrétariat aux aînés, 2017), dans le Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (Gouvernement du Québec, 2016) et dans la Charte de bientraitance à laquelle les établissements peuvent adhérer sur une base volontaire.

Toutefois, il existe encore peu d'outils adaptés à nos réalités et contextes de pratique. Le Fonds de recherche du Québec-Santé souligne d'ailleurs la nécessité pour les milieux de

soins québécois d'approfondir leur compréhension du concept de bientraitance et de l'adapter à la réalité québécoise (Fonds de recherche société et culture Québec (FRSCQ), 2020). De plus, il n'existe pas encore de lieu pour discuter de ce sujet dans nos établissements ou de moments d'arrêt pour que les professionnels puissent réfléchir à leur pratique bientraitante, soit individuellement ou en équipe. Cela amène donc à se questionner sur les outils qui pourraient soutenir les travailleurs sociaux du soutien à domicile dans l'appropriation du principe de l'intervention bientraitante.

CHAPITRE 2. RECENSION DES ÉCRITS

Quatre thèmes principaux sont abordés dans la recension des écrits : 1) la définition et l'historique du mot bientraitance, 2) les caractéristiques d'une intervention bientraitante, 3) la bientraitance et le soutien à domicile et 4) les outils portant sur la bientraitance.

2.1. Bientraitance

Une première recension des écrits sur le concept de la bientraitance est réalisée dans le cadre du cours REA 324 : thématique spéciale au printemps 2020 (Boudreau, 2020). La méthodologie utilisée est le « scoping review » parmi la littérature datant de 2010 et plus. Les banques de données suivantes ont été utilisées : Pascal et Francis, Érudit, Abstracts in Social Gerontology, Social science database et Google Scholar. Seuls les articles francophones sont sélectionnés puisqu'il n'y a pas de terme exact pour traduire le concept de bientraitance en anglais (Pomar-Chiquette, 2019). Seize articles sont retenus.

Cette recension permet de préciser l'historique du terme bientraitance, sa définition et les caractéristiques d'une intervention bientraitante. Les principaux résultats sont résumés ci-dessous.

2.1.1. *Historique de la bientraitance*

Les recherches ont permis de comprendre que le concept de la bientraitance a évolué au fil des années et qu'il n'est pas encore définitif. Tel que mentionné par Pomar-Chiquette (2019), le mot bientraitance origine de la France, dans le milieu de l'intervention en pouponnière. En 1996, le terme « bien-traitance institutionnelle » voit le jour. Il est ensuite étendu aux personnes vulnérables, notamment les personnes âgées dans les années 2000. Il fait aussi son entrée dans la législation française, soit dans la Loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la Loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et la Loi de 2007 réformant la protection de l'enfance (ANESM, 2008) (Pomar-Chiquette, 2019). Au Québec, c'est au

tournant des années 2000 que des orientations ministérielles ont une visée de bientraitance sans être ainsi nommé. Par exemple, dans la politique *Chez soi le premier choix* (Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS, 2003)) on mentionne l'importance de respecter le choix des aînés, et de favoriser le respect des valeurs culturelles, familiales et sociales, ce qui s'apparente au concept de bientraitance. Selon Pomar-Chiquette (2019), il est possible de faire un lien entre les actions préconisées et le concept de bientraitance. Inscrit comme moyen au cœur de la lutte à la maltraitance, le terme bientraitance apparaît réellement pour la première fois dans le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022 (Ministère de la famille, 2017).

2.1.2. Définition de la bientraitance

Tel que mentionné en introduction, il existe autant de définitions qu'il y a d'auteurs travaillant sur le sujet de la bientraitance. Parmi celles-ci, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a produit une définition de la bientraitance qui se veut plus complète, et qui est fréquemment citée :

« La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance. Elle ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. La bientraitance se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle ne peut se construire au sein d'une structure donnée qu'au terme d'échanges continus entre tous ». (ANESM – Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, 2008, p. 1, dans Gouvernement du Québec (2016)).

Voici donc les notions qui reviennent le plus souvent dans les diverses définitions de bientraitance.

La bientraitance s'inscrit dans un contexte spécifique caractérisé par des perspectives socioculturelle et historique (Beaulieu et Crevier, 2010) et une culture d'établissement (Gouvernement du Québec, 2016). Elle présente une posture d'intervention tel qu'un objectif à atteindre (Moulias et al., 2012), une manière de poser l'action, un processus, une approche pluridisciplinaire (Péoc'h, 2011) ou une démarche volontaire et

continue (Longneaux, 2010). Elle inclut une relation à l'autre soit par l'établissement d'un lien thérapeutique, un souci de l'autre, de la sollicitude ou une marque d'attachement (Péoc'h, 2011). Elle présente une notion de respect des cultures, valeurs, croyances, parcours de vie, droits et libertés et de la dignité humaine. Elle permet d'améliorer la qualité de vie (Ruault, Aquino, Doutreligne, 2010; Thomas, Robichaud et Hazif-Thomas, 2011), le bien-être, l'épanouissement, l'estime de soi, l'inclusion, la sécurité des bénéficiaires (Chiquette et Beaulieu, 2019). Par ailleurs, les définitions incluent souvent quelques exemples de bonnes pratiques comme faire un aller-retour continu entre penser et agir (Pain, 2010), avoir une volonté de bonnes pratiques et de bonnes habitudes (Beaulieu et Crevier, 2010), offrir des services personnalisés (Gouvernement du Québec, 2016), assurer un équilibre entre sécurité et autonomie (Thomas et al., 2011) et offrir une réponse aux besoins (Péoc'h, 2011) tout en favorisant l'autonomie (Lefebvre, 2013).

À cela, s'ajoute le concept de la double bientraitance qui est aussi un préalable à la mise en place d'intervention bientraitante dans les milieux de travail. Selon Chiquette et Beaulieu, la double bientraitance se définit ainsi: « La bientraitance des personnes en situation de dépendance exige de “bien-traiter” ceux qui les assistent, professionnels et aidants familiaux (Moulias, 2012). Les équipes soignantes doivent ainsi travailler dans des environnements bientraitants pour adopter des pratiques bientraitantes » (Benscri-Piet, 2012, tiré de Chiquette et Beaulieu, 2019, p. 106).

2.1.3. *Intervention bientraitante*

La recension des écrits portait aussi sur l'intervention bientraitante afin de concrétiser les interventions à préconiser. Une multitude de principes d'intervention plus ou moins concrets sont ressortis des articles. Il est possible de les regrouper en sept catégories principales.

Tout d'abord, il y a des interventions à réaliser afin d'avoir un contexte de travail favorisant la bientraitance. Notamment, avoir une charge de cas réaliste (Gonin et al., 2013), une stabilité du personnel (Beaulieu et Crevier, 2010), travailler en équipe interdisciplinaire, assurer une bonne coordination des services et soins (Chiquette et Beaulieu, 2019), réfléchir sur la bientraitance (Ruault et al., 2012), avoir du soutien pour la mise en place de démarches

bientraitantes (Gouvernement du Québec, 2016) et pour humaniser les soins (Beaulieu et Crevier, 2010).

Deuxièmement, il faut des employés avec de bonnes compétences professionnelles. C'est-à-dire, des employés qui respectent leur cadre déontologique (Bonamy, Desert, Frighi et al., 2012), qui ont une bonne formation de base et continue (Chiquette et Beaulieu, 2019), qui savent respecter leurs limites, se remettre en cause avant d'agir ou de ne pas agir, qui tiennent compte de leur propre emprise sur les usagers, qui s'interrogent constamment sur leurs croyances (Moulias et al., 2012) et qui reconnaissent lorsque l'intervention est difficile (Longneaux, 2010).

Troisièmement, il faut axer sur la création d'un bon lien thérapeutique en adaptant son mode de communication, en évitant les postures « maternalistes/paternalistes » et en évitant le favoritisme dans nos charges de cas (Gonin et al., 2013).

Quatrièmement, il faut impliquer l'utilisateur (ainé) et son entourage. On entend par implication de tenir compte des capacités résiduelles (Moulias et al., 2010), impliquer l'ainé dans sa prise en charge et ses décisions, s'assurer que l'ainé contribue à son plan d'intervention, respecter les valeurs de l'ainé et son entourage (Gouvernement du Québec, 2016), informer l'utilisateur de son état (Longneaux, 2010) et promouvoir sa citoyenneté en l'aidant à maintenir ses rôles sociaux (parent, locataire, propriétaire, bénévole, etc.) et ses devoirs de citoyen, comme l'exercice du droit de vote (Gonin et al., 2013).

Cinquièmement, en plus des processus d'intervention spécifiques aux différentes professions, il faut avoir un bon processus d'intervention lorsque des difficultés émergent. Par exemple, repérer les différents acteurs et le référentiel de chacun (valeurs, idées). Nommer les différents conflits émergents ou potentiels. Essayer d'expliquer ces conflits en les reliant au référentiel de l'acteur concerné. Imaginer et critiquer toutes les solutions en cherchant les limites dans le contexte pratique, choisir la meilleure solution applicable et réévaluer au besoin (Ruault et al., 2010).

Sixièmement, il faut tenir compte de l'unicité des interventions. Ainsi, il faut analyser le contexte d'intervention, reconnaître la souffrance (Bonamy et al., 2012), prendre compte de la subjectivité de l'utilisateur (Longneaux, 2010), ne pas trop axer sur la responsabilité individuelle (Gonin et al., 2013), ne pas faire une évaluation négative de la situation, ne pas

juger de la dignité ou indignité d'une vie (Pain, 2010) et porter une attention à la réaction de l'ainé (Péoc'h, 2011).

Finalement, il est important d'assurer adéquatement notre mandat de protection. Pour ce faire, il est nécessaire d'équilibrer la notion de sécurité versus celle de l'autonomie dans la compensation des besoins en se référant aux limites et exigences du cadre législatif (Thomas et al., 2011)

2.1.4. Bientraitance et soutien à domicile

Considérant que le projet d'innovation se déroule dans un contexte d'intervention de soutien à domicile, nous avons tenté de trouver des articles portant sur la bientraitance à domicile. Il n'y avait malheureusement qu'un seul résultat pertinent. L'article de Bonamy, Desert, Frighi, et al. (2012) met de l'avant la notion de respect de la vie privée de l'utilisateur. Il rappelle l'importance de ne pas transformer le domicile en simple lieu de soins. « Dans l'aide à domicile, le professionnel intervient dans la sphère privée, voire intime, des personnes aidées. Cet espace est « leur repère (histoire, souvenirs, objets personnels, meubles) et leur repaire (elles se sentent protégées contre les agressions) » (p.67). Les auteurs conseillent de se rappeler que nous faisons une intrusion qui a une influence sur le lien professionnel-bénéficiaire (Bonamy et al., 2012).

2.2. Outils pour soutenir l'intervention bientraitante

À l'automne 2020, une nouvelle recension des écrits fut entamée dans les banques de données scientifiques et la littérature grise afin de colliger des données sur les différents outils d'intervention existant sur la bientraitance. La grande majorité des documents trouvés provenaient de la littérature grise, et un seul fut repéré dans la littérature scientifique. Cette démarche a permis de recenser 12 outils provenant du Québec ou de la France. L'analyse des outils permet de les classer en 4 catégories.

2.2.1. Outils portant sur la bientraitance

Il y a tout d'abord des outils de sensibilisation à la bientraitance s'adressant à la population et aux intervenants, tel que « Faire fleurir la bientraitance » (AQDR Alma, 2019), « Agissons ensemble POUR la bientraitance » (Habitations Nouvelles Avenues, 2017), la « Charte de la bientraitance envers les personnes âgées lesbiennes, gaies, bisexuelles et trans » (Fondation Émergence, 2020) et la « Charte de la bientraitance des personnes âgées de l'Estrie » (La Patrie, 2019). L'adhésion à ces outils ou chartes est une action symbolique importante car cela permet à l'établissement de rappeler qu'il adhère aux valeurs de la bientraitance.

Puis, il y a les outils réflexifs portant sur les valeurs et pratiques, destinés aux employés et gestionnaires des établissements de santé et services sociaux ou résidences privées, tel que le jeu « Sur le chemin de la bientraitance » (Réseau Qualité des Établissements de Santé, 2020), « Les principes de la bientraitance : déclinaison d'une charte » (Haute Autorité de Santé, 2012d), « La bientraitance en situation de vie » (Haute Autorité de Santé, 2012c), « Mobiquat : trousse bientraitance en établissement » (MobiQual, 2015). Ces outils sont constitués de mises en situation présentant des interventions qui pourraient être améliorées sur le plan de la bientraitance. Cela permet aussi d'identifier des leviers de changement dans les pratiques.

Il y a également les outils d'évaluation pour les établissements et intervenants. Nous retrouvons par exemple, « Regards croisé sur la bientraitance : Auto-évaluation établissement » (Haute Autorité de Santé, 2012e) ou « Questionnaire d'évaluation professionnelle de l'établissement » (Haute Autorité de Santé, 2012f), le « Tableau de bord de la bientraitance : cartographie des risques » (Haute Autorité de Santé, 2012b), « Amélioration des pratiques de bientraitance : outil d'évaluation » (Haute Autorité de Santé, 2012a). Ces différents outils visent à identifier et valider si les meilleures pratiques sont actualisées à toutes les étapes du processus de prise en charge de l'utilisateur. Ces questionnaires permettent de cibler où apporter des améliorations.

Finalement, le « Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées » (Gouvernement du Québec, 2016) se veut un outil d'intervention qui propose quelques moyens plus concrets sans être exhaustif. Par exemple, prendre le temps

de bien connaître la personne, acquérir des stratégies de communication efficace pour les personnes avec déficit sensoriel ou remettre constamment en question ses pratiques.

En somme, bien que quelques pistes réflexives et d'intervention soient nommées dans ces différents outils, aucun n'aborde plus spécifiquement l'intervention psychosociale au soutien à domicile.

CHAPITRE 3. OBJECTIFS

Ce chapitre présente l'objectif général du projet d'innovation ainsi que les objectifs spécifiques qui en découlent.

3.1. L'objectif général

Le projet vise à proposer un outil adapté au contexte du soutien à domicile afin de soutenir les travailleurs sociaux du CIUSSS-CHUSE RLS Memphrémagog dans leur intervention bienveillante auprès des usagers.

3.2. Les objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques du projet consistent à :

1. Sélectionner et adapter un outil portant sur la bienveillance pour qu'il soit applicable dans le contexte du soutien à domicile.
2. Évaluer l'acceptabilité prospective et l'applicabilité de l'outil adapté

Voici les grandes étapes réalisées afin d'élaborer l'outil :



Figure 1 : Processus d'élaboration de l'outil

Puisque certaines étapes méthodologiques se sont chevauchées dans l'élaboration de l'outil et les consultations auprès des futurs utilisateurs afin d'obtenir des pistes d'amélioration, les deux prochains chapitres présenteront la méthodologie et les résultats de chacune des étapes de façon combinée.

CHAPITRE 4. MÉTHODES

4.1. Première étape : Analyse des outils recensés

4.1.1. *Méthodologie d'analyse du contenu et de la forme des outils*

La recension des écrits a permis d'identifier 12 outils qui étaient tous différents dans leur forme et contenu. Un outil était défini comme tout document ou support qui vise à soutenir ou faire réfléchir les intervenants dans la mise en place d'interventions bienveillantes auprès d'une clientèle adulte ou aînée. Afin de les comparer, nous avons créé une grille d'extraction sur la forme et le contenu des outils, en consignnant les données suivantes: origine, disponibilité, autorisation d'utilisation, type d'outil, public cible, forme, contenu en lien avec l'intervention bienveillante et l'applicabilité dans un contexte d'intervention au SAPA (annexe 1). Il était entendu par « applicabilité pour les travailleurs sociaux au SAPA » que l'outil présentait soit des questions, des stratégies ou du contenu théorique applicable plus spécifiquement dans le contexte d'intervention du soutien à domicile. La cueillette et l'analyse de ces informations permettait de déterminer quels outils pouvaient potentiellement être adaptés afin de soutenir les travailleurs sociaux dans l'actualisation des principes de l'intervention bienveillante, soit le premier objectif du projet d'innovation.

4.1.2. *Résultats de l'analyse*

Les outils ont été classifiés dans l'une des quatre catégories identifiées dans la recension des écrits en fonction de leurs caractéristiques dominantes : les outils de sensibilisation, les outils réflexifs, les outils évaluatifs et les outils d'intervention.

Quatre des outils de sensibilisation étaient des chartes dans lesquelles on retrouvait des grands principes de la bienveillance avec quelques balises d'intervention générales. Elles ne permettaient toutefois pas d'approfondir les connaissances sur l'intervention bienveillante au SAPA.

Les outils réflexifs étaient sous des formes diversifiées : un jeu, une charte à compléter en équipe de travail et un document avec des mises en situations et quelques questions réflexives. Bien que l'outil « Sur le chemin de la bienveillance: jeu pédagogique »

(Réseau Qualité des Établissements de Santé, 2020) fut composé de mises en situation et des stratégies d'intervention intéressantes, il s'avérait complexe à adapter puisqu'il était composé d'une maquette de jeu qui aurait nécessité une plus grande expertise en graphisme et des coûts de production. De plus, ce jeu d'origine française aurait nécessité beaucoup d'adaptation compte-tenu d'une organisation différente des services de santé et de services sociaux et de législation. Il n'était pas non plus possible d'accéder aux questions et mises en situation sans procéder à l'achat du jeu. Quant à l'outil « Les principes de la bientraitance : déclinaison d'une charte » (Haute Autorité de Santé, 2012d), il était plutôt conçu pour les infirmiers en contexte hospitalier. Il était donc difficile de l'adapter sans avoir défini préalablement ce qu'est une intervention bientraitante en soutien à domicile. Finalement, l'outil « La bientraitance en situation de vie » (Haute Autorité de Santé, 2012c) semblait prometteur sur le plan de la forme qui était simple à adapter. Il était composé de cinq vignettes cliniques décrivant des situations à analyser à partir de questions ouvertes. Le contenu des vignettes pourrait être adapté avec des thématiques plus spécifiques aux travailleurs sociaux du SAPA.

Il y avait aussi 4 outils évaluatifs qui étaient présentés sous forme de document écrits avec une liste de principes allant de la prise en charge du patient à son départ de l'établissement. Cependant, la plupart des affirmations ne s'appliquaient pas au SAPA et ils se rapprochaient davantage d'une évaluation d'agrément que d'une réflexion sur les interventions. Ces outils apportaient peu de connaissances sur l'intervention bientraitante.

Finalement, la « section 2.6 Favoriser la bientraitance » du Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (Gouvernement du Québec, 2016) était un outil intéressant, car il présentait une définition de la bientraitance et expliquait brièvement le concept avant de présenter quelques moyens, défis et stratégies d'intervention bientraitante. Bien que le contenu n'était pas spécifique au contexte d'intervention SAPA et qu'il était difficile de comprendre la distinction entre la section sur les moyens et celle des stratégies d'intervention, il s'avérait une source d'inspiration intéressante sur le plan de la forme et du contenu.

En somme, bien qu'aucun outil ne soit parfait pour répondre à l'objectif d'adaptation d'un outil, « La bientraitance en situation de vie » (Haute Autorité de Santé, 2012c) et la

section 2.6 « Favoriser la bienveillance » du Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (Gouvernement du Québec, 2016) présentent un potentiel en lien avec certaines caractéristiques liées au contenu ou format. Afin d'élaborer un outil utile pour la pratique, il s'avérait donc important à ce stade du projet de sonder les futurs utilisateurs sur leurs besoins et caractéristiques importantes que devait comporter l'outil.

4.2. Deuxième étape : Sondage des besoins des travailleurs sociaux du SAPA

4.2.1. Méthodologie du sondage

Selon Dagenais (2006), trois critères sont à prendre en considération lors d'un transfert de connaissances de la part des chercheurs vers les travailleurs sociaux. Tout d'abord, il faut tenir compte des besoins, des valeurs et des croyances du milieu de pratique. Puis, considérer la réalité du milieu de pratique en termes de temps disponible, de ressources humaines et matérielles. Finalement, des interactions entre les chercheurs et des futurs utilisateurs tout au long du processus de création et de diffusion des connaissances est une méthode favorisant l'utilisation de nouvelles connaissances. Ainsi, pour favoriser l'utilisation de l'outil par les travailleurs sociaux, nous avons élaboré un sondage en ligne afin de recueillir leurs besoins quant au type de contenu et au format de l'outil.

Le sondage était en deux sections et abordait les thématiques suivantes : la forme, le contenu, le mode d'utilisation souhaité de l'outil, et les données sociodémographiques des participants (voir annexe 2). Le questionnaire était composé de questions fermées à choix de réponse, d'échelles de Likert à 4 niveaux et de classification en ordre d'importance. Il y avait aussi une question ouverte à court développement et une section commentaire. Les questions et les choix de réponses étaient basés sur la recension et l'analyse des outils réalisées préalablement.

Afin de compléter le sondage, les participants devaient détenir le titre de travailleur social au programme SAPA. La collecte de données fut donc réalisée auprès des 22 travailleurs sociaux actifs à ce moment (décembre 2020-janvier 2021). Il fut distribué par courriel avec une courte vidéo explicative du projet d'innovation. Un mois plus tard, un rappel verbal invitant à compléter le questionnaire a été fait lors d'une rencontre d'équipe.

Le temps de complétion prévu était d'une quinzaine de minutes. La participation était sur une base volontaire et anonyme.

Lors de la compilation des résultats, les données quantitatives et les données sociodémographiques ont été analysées au moyen de statistiques descriptives. Les réponses des questions ouvertes ont été analysées en regroupant les réponses similaires et en les synthétisant. Une double validation de ces résultats a été réalisée avec notre mentor.

4.2.2. Résultats du sondage

Le taux de participation au questionnaire en ligne fut de 45%, soit 10 répondants sur les 22 envois. Les données sociodémographiques des participantes ayant répondu au questionnaire en ligne sont présentées dans le tableau suivant. L'ensemble des répondants étaient des femmes. L'étendue d'âge était de 20-30 à 51-60 ans, avec une concentration entre 31-50 ans. Le nombre d'années d'expérience en tant que travailleuses sociales dans l'équipe SAPA était majoritairement entre 1 à 10 ans, avec une étendue de 1-10 à 11-20 ans (tableau 1). Tableau 1 : Caractéristiques des répondants

Caractéristiques des répondantes (n=10)		
Genre	Femme	10
	Homme	0
Âge	21 à 30 ans	1
	31 à 40 ans	5
	41 à 50 ans	3
	51 à 60 ans	1
Années d'expérience comme travailleur social au SAPA	1 à 10	6
	11 à 20	4
	21 à 30	0

Afin de cibler l'objectif principal de l'outil, le sondage comportait une question de classification en ordre de préférence basée sur les quatre catégories d'objectif ressorties dans la recension des écrits. Les réponses ont été pondérées en accordant quatre points au premier choix, trois points au deuxième choix et ainsi de suite, et en additionnant le nombre de points obtenu par chaque outil pour l'ensemble des répondants (figure 2). Cette analyse a permis de cibler deux objectifs auxquels l'outil devait principalement répondre soit : informer sur des stratégies d'intervention bienveillante et aider les intervenants à réfléchir à leurs interventions sous l'angle de la bienveillance.

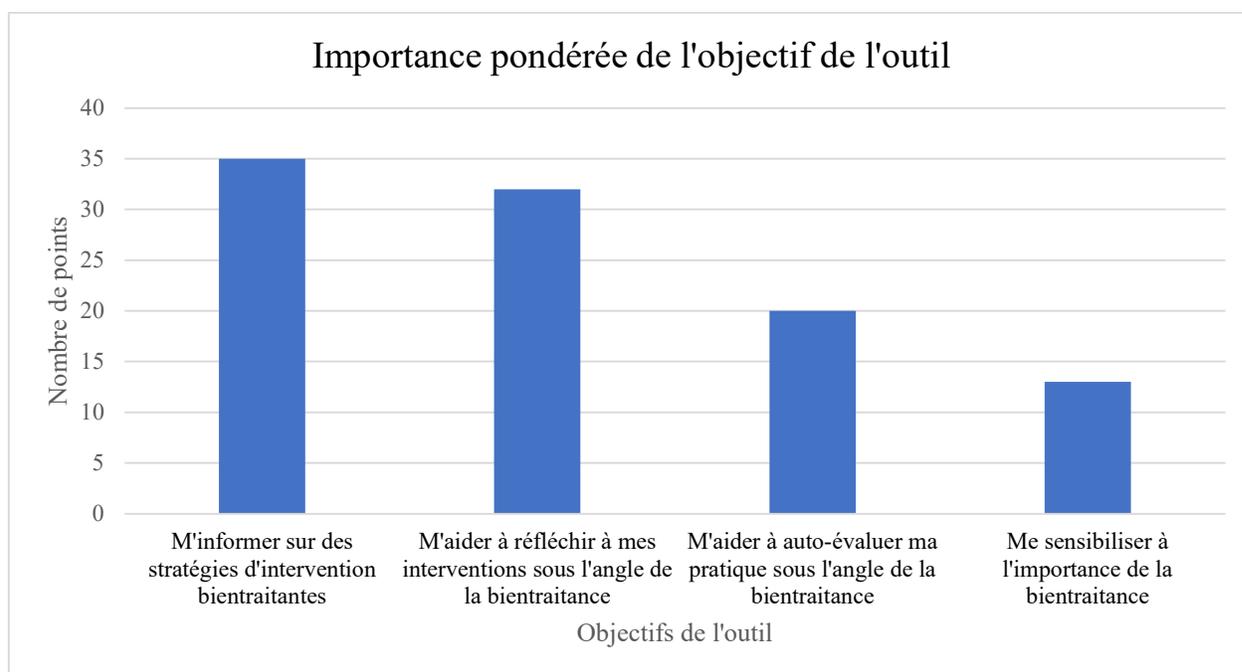


Figure 2 : Importance pondérée de l'objectif de l'outil

Sur le plan du type d'outil, le premier choix était une fiche synthèse présentant des principes, des défis et des stratégies d'intervention bienveillantes spécifiques au SAPA. Le second choix était un outil réflexif proposant des questions permettant d'analyser (individuellement ou en groupe) une situation d'intervention vécue en tenant compte des principes d'intervention bienveillante.

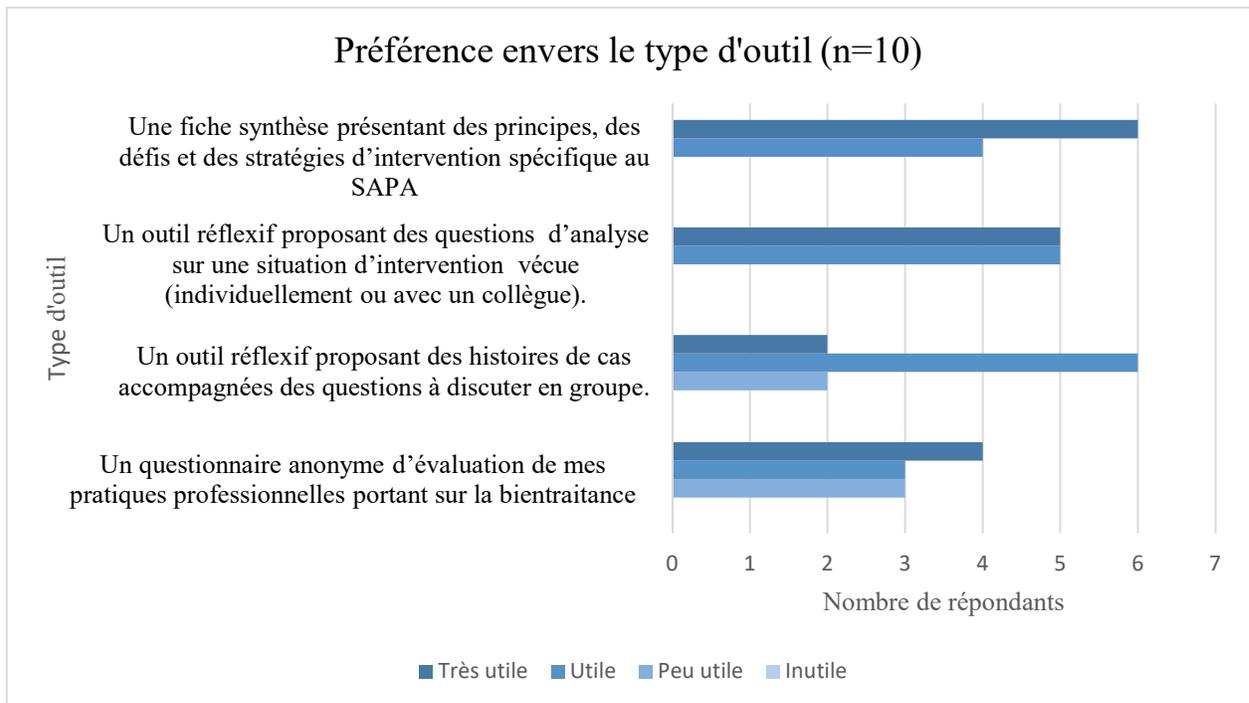


Figure 3 : Préférence envers le type d'outil

Sur le plan du format, l'outil devait préférablement être utilisé seul.

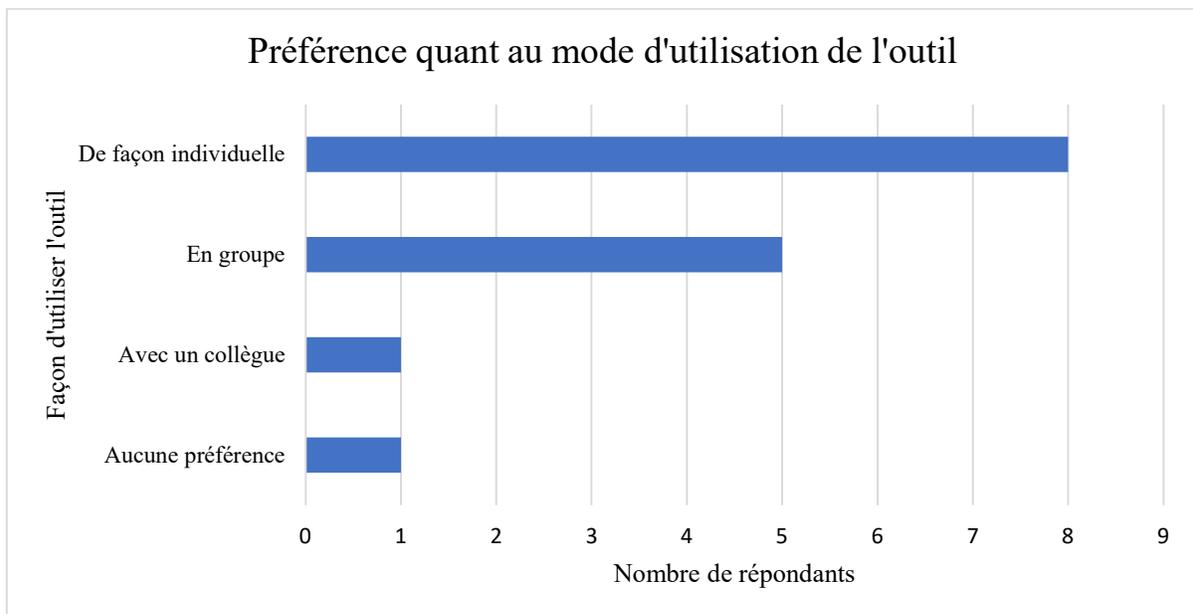


Figure 4 : Préférence quant au mode d'utilisation de l'outil

Finalement, la question ouverte a fait ressortir cinq caractéristiques clés pour la création de l'outil. En ordre d'importance, l'outil devait être: court, applicable sur le terrain, simple, précis et basé sur des données scientifiques (annexe 3).

4.3. Comparaison des résultats de l'analyse des outils et des résultats du sondage

4.3.1. Méthodologie de comparaison

Les résultats du questionnaire ont entraîné une seconde analyse des outils existants afin d'examiner leur adéquation avec les besoins prioritaires des travailleurs sociaux du SAPA. Une nouvelle grille d'analyse a été créée, permettant d'évaluer sur une échelle à trois niveaux (+, -, +/-) si les outils correspondaient aux objectifs, au type et au format jugés prioritaires pour les répondants du sondage (annexe 4).

4.3.2. Outils retenus

À la lumière de cette analyse, trois outils auraient permis de répondre en partie aux deux objectifs retenus qui était d'outiller les intervenants sur des stratégies d'intervention bientraitante ou de les aider à réfléchir à leurs interventions sous l'angle de la bientraitance : « Sur le chemin de la bientraitance : jeu pédagogique » (Réseau Qualité des Établissements de Santé, 2020), « La bientraitance en situation de vie » (Haute Autorité de Santé, 2012c) et le « Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées » (Gouvernement du Québec, 2016). Le premier a dû être éliminé pour son format trop complexe à adapter et les coûts d'achat. Le deuxième présentait des vignettes cliniques à analyser avec quelques exemples de questions qui étaient assez générales. Cela n'aurait pas favorisé la réflexion plus profonde sur ce qu'est une intervention bientraitante. Ils n'ont donc pas été retenus pour être adaptés. Bien qu'il n'était pas possible de prendre un seul outil existant et de simplement l'adapter au contexte SAPA, le troisième outil présentait un format intéressant pour présenter des stratégies d'intervention. Il a donc été convenu de créer un outil, en s'inspirant de la section « défis et stratégies d'intervention » du Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (Gouvernement du Québec, 2016) et de lui ajouter une partie plus réflexive. Cette partie réflexive serait tirée de l'analyse de contenu des autres outils et de la recension des écrits sur l'intervention bientraitante.

4.4. Création de l'outil

La création de l'outil s'est déroulée en plusieurs étapes compte tenu des consultations des futurs utilisateurs qui ont entraîné des modifications tout au long du processus. Il y a eu la création du contenu qui fut soumis à un premier *focus group*, puis la création du format de l'outil qui fut soumis à un deuxième *focus group*.

4.4.1. Contenu de l'outil

Afin de créer le contenu de l'outil, un retour aux résultats de la recension des écrits portant sur l'intervention bientraitante a permis d'identifier les connaissances à transmettre aux travailleurs sociaux du SAPA grâce aux sept dimensions identifiées, correspondant aux caractéristiques de l'intervention bientraitante: contexte de travail bientraitant, avoir de bonnes pratiques professionnelles, créer un bon lien thérapeutique, impliquer le patient et son entourage, l'unicité des interventions, avoir un bon processus d'intervention lorsque des conflits émergent et assurer adéquatement notre mandat de protection. Un retour dans le contenu de la « section 2.6 Favoriser la bientraitance » du Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (Gouvernement du Québec, 2016) fut réalisé afin de ressortir le contenu adaptable au contexte du SAPA, mais aussi comme source d'inspiration pour la création des sections « défis » et « stratégies d'intervention ». Puis, pour répondre à la volonté des intervenants d'avoir un outil permettant de réfléchir à leurs interventions sous l'angle de la bientraitance, une section « questions réflexives » fut ajoutée. Finalement, une section sur les préalables à chaque dimension vient compléter le contenu afin de bien ancrer la théorie dans le contexte de pratique actuel.

Bien que de la théorie provenant de plusieurs articles figurant dans la recension des écrits alimente le contenu de l'outil, deux documents furent davantage utilisés soit : « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Les attentes de la personne et le projet personnalisé » (ANESM, 2008) et l'essai : « Bientraitance des aînés : nouveau paradigme à conjuguer à la lutte contre la maltraitance » (Pomar-Chiquette, 2019). Le croisement du contenu pour les quatre sections (préalables, défis, questions réflexives et stratégies d'intervention) et des sept dimensions fut réalisé grâce à un tableau d'extraction

des données (voir annexe 5). Une fois le contenu amalgamé, la dimension : unicité des interventions fut redistribuée dans les autres dimensions, laissant finalement six dimensions : contexte de travail bientraitant, avoir de bonnes pratiques professionnelles, créer un bon lien thérapeutique, impliquer le patient et son entourage, avoir un bon processus d'intervention lorsque des conflits émergent et assurer adéquatement notre mandat de protection.

Dans un second temps, le contenu fut analysé par un *focus group* afin de sélectionner les préalables, les défis, les questions réflexives et les stratégies d'intervention les plus utiles pour les intervenants du SAPA et devant figurer au cœur de la version finale de l'outil (voir chapitre 5).

4.4.2. *Mise en forme préliminaire de l'outil*

Trois propositions de visuel pour l'outil ont été élaborées en prévision du premier *focus group* afin de nous orienter dans la création du format de l'outil. Une approche semblable au à la « section 2.6 Favoriser la bientraitance » Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées » (Gouvernement du Québec, 2016) fut la source d'inspiration principale. Le guide présente les informations « moyens, défis et stratégies d'intervention » dans des encadrés séparés ayant un fond de couleur différent. Bien qu'audacieux, le choix de la couleur mauve comme couleur accent fut proposé puisque c'est la couleur officielle de la campagne du ruban mauve qui se tient chaque année dans le cadre de la Journée mondiale de la lutte à la maltraitance envers les aînés et de la promotion de la bientraitance.

CHAPITRE 5. Validation du contenu de l’outil auprès de collègues

5.1. Préparation et tenue d’un *focus group*

5.1.1. Guide d’entrevue

Un guide d’entrevue a été créé pour s’assurer de la bonne compréhension du contenu proposé et de son adéquation en lien avec le contexte de pratique. Le guide d’entrevue (annexe 6) comportait six questions ouvertes abordant la clarté du contenu, son utilité et la pertinence des défis, questions, stratégies et annexes et explorait les préférences de format à l’aide de trois prototypes (annexe 7). Deux semaines avant la tenue du *focus group*, les participantes ont reçu via courriel le formulaire de consentement (annexe 8), le « tableau de contenu des dimensions de l’intervention bientraitante » présentant le contenu potentiel pour la création de l’outil et les questions du guide d’entrevue afin de bien se préparer.

5.1.2. Participants

Le recrutement des participants pour le *focus group* a été fait en deux temps. Une première invitation figurait à la fin du sondage avec les coordonnées pour nous joindre. Ayant seulement eu deux candidatures, une relance fut effectuée lors d’une rencontre d’équipe des travailleurs sociaux du programme SAPA. Une troisième candidate s’était alors manifestée. Toutefois, deux jours avant la tenue du *focus group* un imprévu a entraîné un désistement. Deux participantes ont finalement participé au *focus group*.

5.2. Analyse qualitative du contenu du *focus group*

La rencontre du *focus group* d’une durée de 50 minutes fut enregistrée. Les données qualitatives furent analysées à l’aide d’un tableau regroupant les données sur la clarté de la formulation, l’utilité des différentes sections et du contenu de l’outil, et les pistes d’amélioration à apporter au contenu ou format de l’outil.

5.3. Résultats de l'analyse

De façon générale, les participantes ont rapporté que le contenu proposé dans l'outil était intéressant, pertinent, complet et adapté à la réalité du SAPA. Elles trouvaient intéressant qu'il y ait trois sections (défis, questions et stratégies) et des préalables pour certaines dimensions, car cela permet de rejoindre les différentes manières de réfléchir des intervenants, et permet d'analyser les situations d'intervention complexes sous des angles différents.

Une participante considérait que la section des défis était importante à présenter alors que l'autre considérait qu'elle n'était pas essentielle. Après discussion, il fut proposé de la garder, mais de redistribuer les défis en une section au début de chacune des dimensions afin d'alléger le format.

Avant d'intégrer le contenu à l'outil, certaines formulations étaient aussi à retravailler dans les sections défis, questions et stratégies d'intervention, car les termes utilisés étaient trop européens ou difficiles à comprendre pour un intervenant n'ayant pas lu l'article s'y rattachant. Quatre ajouts ont été proposés pour la section stratégies d'intervention. Il fut aussi recommandé de s'assurer d'écrire à la positive et de déplacer le schéma de questionnement éthique (Ruault et al., 2010) en annexe, ainsi que le modèle « D.E.S.C. » (Clavier, 2016), car bien qu'ils soient jugés intéressants, leur positionnement directement dans le cœur du texte alourdissait la lecture.

Les participantes considéraient qu'il était important de laisser au complet le tableau: « Exemples de manifestations de la maltraitance envers les personnes proches aidantes selon la provenance » présenté en annexe. Il permet de réfléchir à la maltraitance organisationnelle, sujet auquel nous ne prenons pas assez le temps de réfléchir dans notre pratique.

L'annexe 2 : « Balancier de l'autonomie » était complexe à comprendre pour les participantes. Elles trouvaient que le principe de négociation était une piste intéressante, mais trop difficile à utiliser sans une explication supplémentaire. Elles suggéraient de le retravailler ou tout simplement l'éliminer, car plusieurs autres stratégies intéressantes sont présentées.

Le prototype « section 2.6 Favoriser la bientraitance » du Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (Gouvernement du Québec, 2016) était l'option favorite. Les recommandations quant au format de l'outil étaient de ne pas essayer trop le raccourcir, car beaucoup de contenu intéressant serait perdu. L'ajout d'une table des matières référant aux différentes sections serait un moyen de contourner la longueur de l'outil, en facilitant la navigation dans l'outil. Les participantes considéraient aussi qu'il était important de ne pas alourdir le contenu et le format avec des références bibliographiques tout au long de l'outil. La numérotation au cœur du texte référant à la bibliographie en fin de document était souhaitée. La dernière recommandation était d'ajouter une page qui permettrait de prendre des notes au fil de la réflexion. Par exemple, une page avec une section pour mettre une brève description de la situation et les 6 dimensions avec un espace pour écrire.

En somme, les participantes considéraient le projet comme intéressant pour la pratique et ont exprimé un intérêt envers l'utilisation de ce nouvel outil.

5.4. Modifications à l'outil

Suite aux recommandations du *focus group*, tous les changements proposés ont été apportés: -Reformulation de certains contenus et ajout de 4 stratégies proposées par les participantes.

-Regroupement des défis d'une même dimension en un seul bloc.

-Modifications des annexes (retrait de l'annexe 2 : Balancier de l'autonomie et création des annexes : D.E.S.C. et le schéma de questionnement éthique.

-Ajout d'une fiche réflexive pour prendre des notes.

-Numérotation des références dans le texte.

Une fois le contenu sélectionné, nous avons créé le visuel de l'outil sur le logiciel Piktochart (PIKTOCHART, 2021). L'outil comportait la page titre, la page de présentation de l'outil, la table des matières, une page par thématiques, la fiche réflexive, la section des annexes et les références bibliographiques. L'utilisation d'un logiciel infographique tel que Piktochart permettait de créer des sections de couleurs différentes pour faciliter le repérage entre les « préalables, défis, questions réflexives et stratégies d'intervention ». Afin d'alléger

le visuel, les « questions réflexives et stratégies d'intervention » étaient présentées ensemble pour chacune des sous-dimensions. De plus, l'utilisation d'icônes pour représenter les catégories défis, questions réflexives et stratégies d'intervention permet un repérage facile dans l'outil. L'ajout d'hyperliens dans la dimension : « Mandat de protection appliqué adéquatement » facilite aussi la consultation des textes de loi qui sont cités en préalable. Finalement, des images provenant de Piktochart ont permis d'illustrer la thématique de l'intervention au SAPA et les usagers. Ce visuel fut soumis au deuxième *focus group* afin d'obtenir les commentaires d'amélioration.

CHAPITRE 6. Évaluation de l'acceptabilité prospective et l'applicabilité de l'outil

La version modifiée de l'outil fut présentée à un deuxième *focus group* afin de valider si la forme et le contenu de l'outil répondaient effectivement aux besoins des intervenants du SAPA, s'ils avaient l'intention de l'intégrer à leur pratique et s'il serait applicable à leur contexte de travail. En d'autres mots, il s'agissait d'évaluer l'acceptabilité prospective et l'applicabilité de l'outil, ce qui rejoint le deuxième objectif spécifique de ce projet d'innovation. Ces concepts sont définis ci-dessous, suivis de la présentation de la méthodologie et des résultats du *focus group*.

6.1. Concepts évalués

Selon Sekhon, Cartwright et Francis (2017), il est incontournable d'évaluer l'acceptabilité prospective d'une nouvelle intervention auprès des futurs utilisateurs avant de l'implanter en milieu de travail. Et ce, afin d'identifier les obstacles et les résistances permettant ainsi d'ajuster l'intervention au contexte et favoriser son adoption par les utilisateurs. Par extension, il en est donc de même pour l'utilisation d'un nouvel outil à intégrer à la pratique des travailleurs sociaux du SAPA. L'acceptabilité prospective d'une intervention est un concept multidimensionnel qui prend en considération les réactions émotionnelles et l'expérience cognitives des gens qui feront ou recevront l'intervention. Sept composantes permettent d'évaluer l'acceptabilité prospective d'une l'intervention, soit : l'éthique, le sentiment de fardeau, l'attitude affective, l'équilibre entre coût et opportunité, l'auto-efficacité de l'intervenant, l'efficacité perçue de l'outil et la cohérence avec le milieu de travail (Sekhon et al., 2017).

Le deuxième élément important à valider avant de présenter le nouvel outil était en lien avec son applicabilité en milieu de travail. Selon la collaboration ADAPTE (ADAPTE, 2010), il est important d'obtenir les rétroactions des futurs utilisateurs de l'outil avant de le considérer comme terminé. Les points à sonder pour évaluer l'applicabilité sont : les forces et faiblesses, les pistes d'amélioration, l'intention des futurs utilisateurs d'utiliser l'outil, les

changements que cela pourrait apporter à leur pratique et son adéquation avec le contexte de pratique anticipé (ADAPTE, 2010).

6.2. Préparation et tenue du *focus group*

6.2.1. Guide d'entrevue

Un guide d'entrevue fut créé (annexe 9). Il contenait douze questions permettant d'analyser la forme et le contenu de l'outil sous l'angle de l'acceptabilité prospective et l'applicabilité de ce dernier. Les questions furent basées sur les critères qui définissaient les deux concepts nommés précédemment. Les participantes ont reçu le formulaire de consentement et l'outil la semaine précédente à la rencontre. À ce stade, l'outil était composé de quinze pages soit : la page titre, la page explicative de l'outil, la table des matières, les six dimensions (sept pages), les quatre pages de compléments, la fiche réflexive et la bibliographie.

6.2.2. Participants

Le *focus group* était composé de 4 participantes qui étaient regroupées dans le cadre d'une rencontre de codéveloppement (lieu d'échange pour discuter des interventions difficiles et obtenir des conseils cliniques de la part des pairs). Les participantes occupent des fonctions de gestionnaires de cas et de spécialiste d'activités cliniques au sein de l'équipe du SAPA. Trois d'entre elles avaient une formation initiale en travail social, et l'autre en ergothérapie.

6.2.3. Analyse qualitative du contenu du focus group

La rencontre du *focus group* d'une durée de 40 minutes fut enregistrée. Les données qualitatives furent analysées à l'aide d'un tableau composé des critères définissant l'acceptabilité prospective et l'applicabilité (ADAPTE, 2010; Sekhon et al., 2017).

6.3. Résultats de l'analyse

Les résultats reflètent une attitude affective positive envers l'outil et une bonne intention de l'utiliser. Les questions et stratégies sont jugées intéressantes. Les participantes

considèrent l'outil comme efficace puisque le contenu répond bien à l'objectif réflexif de l'outil. Il y a toutefois des modifications à apporter afin d'améliorer l'acceptabilité prospective sur le plan du format. Plusieurs participantes le trouvaient trop long (15 pages) dans sa forme actuelle pour l'intégrer dans leur pratique quotidienne ce qui pourrait contribuer au sentiment de fardeau. Un risque de sentiment de fardeau est évoqué compte tenu de la surcharge de travail quotidien des intervenants. Le point positif est qu'il est toutefois possible de s'attarder à une seule dimension de l'intervention bientraitante ou plusieurs de à la fois, ce qui pourrait diminuer l'impression de longueur de l'outil. Toutefois, des suggestions telles que l'ajout d'un schéma présentant les dimensions et sous-dimensions de l'intervention bientraitante et une fiche résumant quelques questions ou stratégies ont été émises. Les intervenants pourraient par la suite aller plus dans le détail au besoin. Ces résultats démontrent donc une acceptabilité prospective positive.

La version actuelle de l'outil obtient aussi un aval positif en ce qui a trait à l'applicabilité du contenu « préalables, questions de réflexion et stratégies d'intervention » dans le contexte d'intervention au SAPA. De plus, les défis liés à l'intervention bientraitante sont en lien avec la réalité terrain. Le contenu semble complet et crédible puisqu'appuyé par plusieurs références. Finalement, les participantes estiment que l'intégration de cet outil serait utile et pourrait apporter des changements positifs à la pratique. Une participante du premier *focus group* a rapporté que son utilisation a été utile pour analyser une situation d'intervention complexe en équipe. Grâce à l'outil, l'équipe a réfléchi au contexte de pratique et ses impacts sur leurs interventions et analysé cette situation complexe sous un nouvel angle, soit celui de la maltraitance institutionnelle et de la pression mise sur les proches aidants. L'outil pourrait aussi être une bonne amorce sur le sujet pour les stagiaires.

Modifications à l'outil

Suite aux recommandations du *focus group*, tous les changements proposés ont été apportés : -Ajout d'un schéma présentant les six dimensions de l'intervention bientraitante et les sous-dimensions s'y rattachant.

-Ajout d'une fiche « stratégies en rafale » présentant les principales stratégies à utiliser à différents moments du processus d'intervention.

Les nouveaux documents créés furent envoyés par courriel au *focus group* afin d'obtenir leur approbation donnant l'outil en version finale (annexe 10). Les participantes trouvaient que le schéma clarifiait bien le concept et que la fiche « Stratégies en rafales » était concise.

CHAPITRE 7. DISCUSSION

Ce chapitre présentera les principaux constats découlant du projet d'innovation. Il présentera ensuite les forces et limites du processus méthodologique ayant permis de créer l'outil réflexif. Finalement, il explicitera les retombées anticipées pour la pratique des travailleurs sociaux au SAPA et les perspectives futures de recherche.

7.1. Principaux constats

L'objectif principal du projet d'innovation était de proposer un outil adapté au contexte du soutien à domicile afin de soutenir les travailleurs sociaux du CIUSSSE-CHUS RLS Memphrémagog dans leur intervention bienveillante auprès des usagers.

La recension des outils a révélé qu'il existe tout de même plusieurs outils qui traitent de la thématique de la bienveillance sous différents angles (sensibilisation, évaluation, réflexion et intervention), démontrant que c'est un sujet en pleine effervescence au Québec. D'ailleurs, un nouvel outil intitulé : « La bienveillance des personnes proches aidantes une responsabilité partagée! » (RANQ, 2018) est sorti au courant des dernières semaines aborde la question de la bienveillance envers les proches aidants, et de nouveaux outils sont à venir (RANQ, 2018).

Toutefois, pour une utilisation dans le contexte de pratique visé, les outils actuellement disponibles présentaient deux limites. La première étant qu'ils étaient conçus afin d'être utilisés dans des milieux de soins encadrés tels que les centres hospitaliers, résidences pour personnes âgées ou centre de soins de longue durée. Ils sont donc surtout axés sur les soins infirmiers et ceux octroyés par les préposés aux bénéficiaires. La recension n'a pas permis d'en trouver un spécifiquement conçu pour outiller les travailleurs sociaux qui œuvrent dans un contexte hors établissement comme les soins à domicile. Par exemple, les outils évaluatifs questionnent sur la prise en charge en milieu hospitalier ou sur l'unité de soins, les pratiques d'isolement, l'évaluation des besoins nutritionnels ou d'évaluation de la douleur qui ne relèvent pas spécifiquement des travailleurs sociaux (Haute Autorité de Santé, 2012e, 2012f). Ainsi, la création d'un outil spécifique pour les travailleurs sociaux du SAPA se révélait nécessaire afin de clarifier ce concept qui peut sembler simple au premier abord

et en permettre son actualisation en milieu de pratique. D'ailleurs, devant la popularité de la bientraitance, Pomar-Chiquette (2019) émet une mise en garde quant à une appropriation trop rapide du concept qui pourrait entraîner une mauvaise compréhension et modifier son sens profond.

La deuxième limite était due au fait que la plupart des outils recensés étaient d'origine française. Bien que notre langue soit commune, des différences dans le sens donné à certains termes et la manière de formuler les documents complexifiaient la compréhension de certaines idées. Cela impliquait donc une adaptation culturelle des concepts. Par exemple, l'outil « Sur le chemin de la bientraitance : jeu pédagogique » (Réseau Qualité des Établissements de Santé, 2020) semblait avoir du contenu intéressant, mais utilisait beaucoup de référents en lien avec le système de santé et les politiques françaises. En effet, Beaton et al., (2000), recommandent de procéder à une adaptation culturelle des documents lorsque le langage est commun, mais qu'il sera diffusé dans un autre pays. Des adaptations de termes peuvent être nécessaires puisqu'une signification différente peut être accordée à un même mot. Il est important de soumettre le contenu à un groupe test de futurs utilisateurs pour relever les différences de compréhension et en faire une bonne adaptation culturelle (Beaton et al., 2000). Cette adaptation culturelle fut réalisée suite aux recommandations des participantes du premier *focus group* qui avait ciblé les termes difficiles à comprendre.

Par ailleurs, les résultats du sondage auprès des travailleurs sociaux du SAPA ont révélé l'importance de créer un outil proposant des stratégies concrètes et des pistes de réflexion pouvant être utilisées de manière individuelle ou en groupe. La proposition de faire un outil évaluatif fut écartée par les répondantes. Le choix de créer un outil à caractère réflexif plutôt qu'évaluatif s'avère donc judicieux dans le contexte de pratique actuel, et ce, afin de prévenir l'impression d'inadéquation ou de surcharge auprès des travailleurs sociaux qui serait une forme de maltraitance envers ces derniers. Moulias, Moulias et Busby (2012) rappellent qu'une dérive possible de la promotion de la bientraitance est d'engendrer un sentiment de culpabilité pouvant entraîner un risque de démobilité si les intervenants perçoivent qu'ils n'en font pas assez. C'est pourquoi l'outil présente les préalables et les défis liés à la mise en place d'intervention bientraitante dans le contexte de travail actuel des travailleurs sociaux du SAPA. En effet, tel que relevé par Pomar-Chiquette (2019), la culture

organisationnelle actuelle dans le réseau de la santé et des services sociaux ne permet pas aux intervenants sociaux de toujours actualiser les principes de l'intervention bientraitante compte tenu des contraintes inhérentes à l'organisation de leur milieu de travail. Selon d'autres auteurs cités par Pomar-Chiquette (2019), il y aurait toutefois des avantages à utiliser des outils évaluatifs incluant une auto-évaluation de la part des professionnel et une évaluation externe. Cela permettrait d'évaluer l'état des pratiques actuelles, les axes d'amélioration et ainsi avoir un impact réel sur le changement de culture organisationnelle. Cependant, cette dimension n'est pas prioritaire présentement pour les destinataires de l'outil, et les participants aux *focus groups* ont confirmé la pertinence d'un outil de type réflexif dans le contexte actuel.

7.2. Forces et limites du projet d'innovation

7.2.1. Forces

Le processus méthodologique utilisé afin d'en arriver à la création de l'outil final présente plusieurs forces. Sur le plan de la fiabilité, des efforts ont été déployés afin de collecter et analyser les données de la recension des écrits, des caractéristiques des outils, du sondage et des *focus groups* dans des tableaux d'analyse pouvant être reproduits de façon systématique. Les critères d'analyse ont été discutés avec un mentor afin d'en assurer la crédibilité et la validité. Puis, une double validation du sens accordé aux données qualitatives du sondage fut réalisée avec notre mentor afin de s'assurer d'une compréhension commune des différents termes regroupés dans la question ouverte. Finalement, afin d'assurer une bonne crédibilité, les rencontres de *focus groups* furent enregistrées, permettant ainsi de revenir aux données brutes au besoin. Les recommandations identifiées ont été revalidées auprès des participants des *focus groups* en leur envoyant par courriel le résultat de ces modifications en vue d'obtenir leur approbation avant de finaliser l'outil. Ces allers-retours fréquents entre les travailleurs sociaux et l'étudiante allaient dans le sens des recommandations de Dagenais (2006) qui stipule que le contact direct et personnel entre les futurs utilisateurs et la personne en charge de transmettre les connaissances favorise l'utilisation de nouvelles connaissances en milieu de pratique.

La version finale de l'outil présente aussi plusieurs forces. Le contenu de l'outil s'appuie sur une recension des écrits ayant inclus 14 articles portant sur l'intervention bientraitante et sur 12 outils visant à soutenir la bientraitance. L'outil fut adapté à la réalité des futurs utilisateurs et tient compte de leur contexte de pratique, notamment en présentant les préalables nécessaires à l'actualisation d'une intervention bientraitante. L'ajout de questions réflexives à l'outil est une force importante puisque la base de l'intervention bientraitante est de questionner ses pratiques afin de les améliorer et être à sa juste place comme intervenant (Bonamy et al., 2012). L'inclusion de stratégies d'intervention concrètes au SAPA répond à un des besoins prioritaires ciblés par les futurs utilisateurs. Finalement, une attention particulière fut aussi portée au format et à l'esthétisme de l'outil afin de donner le goût aux travailleurs sociaux de l'utiliser. Tel que le mentionne Dagenais (2006), il est important de présenter les résultats des recherches sous une forme appropriée pour l'utilisateur visé. Cela diminue les coûts et augmente la rapidité d'implantation. De plus, l'outil répond à plusieurs caractéristiques identifiées par Greenhalgh et al. (2007) comme étant importantes afin de favoriser l'adoption d'innovations en santé (Greenhalgh et al., 2007). Par exemple, il est compatible avec les valeurs des travailleurs sociaux, il est assez facile d'utilisation et il a obtenu un aval sur le plan de l'acceptabilité prospective.

7.2.2. *Limites*

Le processus méthodologique tout au long du projet d'innovation a aussi comporté certaines limites. D'abord, la recension des écrits n'a pas permis de repérer d'outils portant sur la bientraitance provenant de pays non francophones, compte tenu qu'il n'existe actuellement pas de mot équivalant à la bientraitance en anglais. Cela a donc limité la possibilité de trouver des outils portant sur ce sujet du côté anglo-saxon. De plus, la recension des outils portant sur la bientraitance fut réalisée dans la littérature grise faute d'études sur le sujet dans la littérature scientifique. Seule la « Trousse de bientraitance du programme national MobiQual » (Ruault et al., 2010) avait été étudiée dans le cadre d'une recherche scientifique, mais elle n'est plus disponible depuis 2016.

Une autre limite fut le faible taux de réponse au sondage. En effet, la méthode de distribution retenue, soit l'envoi par courriel, pourrait avoir eu un impact négatif sur le taux

de réponse. Les intervenants recevaient déjà beaucoup de courriels compte tenu du contexte pandémique. De plus, le moment choisi, soit deux semaines avant les vacances de Noël, n'était probablement pas idéal. Un rappel verbal fut toutefois fait au retour des fêtes, mais n'a pas engendré de réponses supplémentaires. La distribution du questionnaire version papier aurait possiblement été une meilleure option.

Bien qu'un maximum d'effort fut déployé pour réduire les risques de biais tout au long du projet d'innovation, certains demeurent possibles. En effet, les collectes de données lors des deux *focus groups* se sont tenues auprès de collègues de travail. Cela peut donc induire un biais de désirabilité sociale en s'abstenant de faire certains commentaires plus négatifs afin de bien paraître. Or, ce biais peut être compensé par le fait que les contacts personnels et les liens créés dans un processus interactif continu peuvent faciliter la transmission de nouvelles connaissances (Dagenais, 2006).

Le biais de volontariat est aussi un risque vu le faible taux de participation aux *focus groups* (respectivement 2 et 4 participants). Ainsi, il est difficile de savoir si les non-participants auraient eu une vision différente de l'outil, de son acceptabilité prospective et de son applicabilité. Les résultats de ces consultations auront tout de même permis d'identifier certains points à améliorer qui n'auraient pas été relevés si aucune consultation des futurs utilisateurs n'avait été réalisée. La surcharge de travail dans le contexte de la pandémie et le taux d'épuisement élevé des travailleurs sociaux sont probablement des facteurs ayant contribué au faible taux de participation.

Considérant que l'outil fut créé pour des travailleurs sociaux et que les données ont été validées auprès d'un petit nombre ($n=6$), la transférabilité des résultats à d'autres professionnels ou secteurs est vraisemblablement limitée. En effet, le but de l'outil était d'être spécifique à une profession et un milieu de pratique précis, ce qui limite de fait la capacité de le généraliser à d'autres contextes.

7.3. Retombées pour la pratique

L'outil permettra aux intervenants de parfaire leurs connaissances sur les caractéristiques d'une intervention bientraitante. Il leur donnera l'opportunité de prendre des moments d'arrêt pour réfléchir aux critères de bientraitance lors de leur intervention et

identifier des stratégies d'intervention permettant d'optimiser leur pratique. Le partage de ces réflexions lors de discussions de cas complexes en équipes multidisciplinaires pourrait aussi avoir un impact positif sur les autres professionnels du SAPA. Ultimement, il est espéré que l'utilisation de l'outil réflexif sur l'intervention bientraitante par les travailleurs sociaux du SAPA aura finalement un impact positif sur la qualité des interventions prodiguées auprès des usagers et de leurs aidants.

À moyen terme, il est aussi souhaité que les réflexions au sujet de la maltraitance organisationnelle, les défis et les obstacles à l'intervention bientraitante dans le contexte du SAPA soient présentés aux gestionnaires lors des rencontres statutaires afin de trouver des solutions globales permettant de créer un milieu de pratique bientraitant. Ainsi, il pourrait en découler une amélioration de la culture organisationnelle favorisant la double bientraitance.

7.4. Perspectives futures

L'outil sera diffusé à l'équipe de travailleurs sociaux et gestionnaires de cas de l'équipe du SAPA du CIUSSSE-CHUS RLS Memphrémagog le 15 juin 2021 dans le cadre de la Journée mondiale de lutte contre la maltraitance des aînés. Un volet de cette campagne consiste à faire la promotion de la bientraitance (Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec, 2021). Cet outil pourra ensuite être utilisé de façon individuelle par les intervenants ou aider aux réflexions collectives lors des codéveloppements.

Quelques mois après le déploiement de l'outil, il serait intéressant de procéder à l'évaluation de son acceptabilité rétrospective (Sekhon et al., 2017) et son utilisation réelle en contexte de pratique. Cela permettrait de valider son utilité réelle et les impacts sur les interventions des travailleurs sociaux. Des recommandations et pistes d'amélioration pourraient être apportées afin d'en bonifier le contenu ou le format.

Finalement, le contexte de la pandémie de COVID -19 a apporté son lot de changements dans les méthodes d'intervention des travailleurs sociaux, tels que préconiser les appels plutôt que les visites, garder une distanciation de plus de deux mètres lors des interventions et faire des évaluations de l'autonomie par simple collecte téléphonique. Il serait donc important que les chercheurs se penchent sur les stratégies permettant de

maintenir des interventions bientraitantes en contexte pandémique. Cela permettrait de mettre à jour l’outil au fil de l’évolution des connaissances à ce sujet.

CONCLUSION

Depuis quelques années, le concept de la bienveillance prend de l'ampleur au Québec et une volonté d'améliorer la prestation des services en ce sens transparait dans les politiques gouvernementales. Toutefois, le concept demeure flou pour les travailleurs sociaux qui désirent optimiser leurs interventions en termes de bienveillance.

Ce projet d'innovation a permis de répondre à l'objectif de créer un outil réflexif permettant d'informer et soutenir les travailleurs sociaux du SAPA dans l'actualisation d'intervention bienveillante. L'outil permet de réfléchir sous différents angles « préalables, défis, questions réflexives et stratégies d'intervention » aux six dimensions de l'intervention bienveillante identifiées dans la littérature. Il se veut un outil pouvant être utilisé individuellement ou en groupe, sur une base quotidienne ou pour prendre un moment d'arrêt réflexif sur sa pratique.

L'élaboration de cet outil a comporté plusieurs étapes afin de créer un outil concret, adapté à la réalité du SAPA et basé sur des données probantes. Ainsi, une recension des écrits portant sur l'intervention bienveillante et les outils existants sur la bienveillance fut réalisée, suivie d'un sondage auprès des futurs utilisateurs afin de connaître leurs besoins et s'assurer d'y répondre par la création de l'outil. L'utilisation de *focus groups* a permis de valider le format et le contenu de l'outil en plus d'évaluer son acceptabilité prospective et son applicabilité. Finalement, les modifications furent soumises aux participants pour assurer que la version finale était adéquate.

L'outil sera diffusé prochainement à l'ensemble des travailleurs sociaux afin qu'ils l'intègrent à leur pratique. Une évaluation de l'acceptabilité rétrospective de l'outil permettra de lui apporter de nouvelles modifications après quelques mois d'utilisation afin de bien l'ancrer dans la pratique. L'utilisation de cet outil permettra aux travailleurs sociaux de prendre du recul sur leurs habitudes d'intervention et d'identifier certains points à améliorer dans l'optique d'offrir des suivis psychosociaux optimaux en termes de bienveillance. Il est également souhaité que l'outil permette de sensibiliser l'organisation sur les freins à la bienveillance en vue de favoriser la mise en place des préalables à l'intervention bienveillante et d'un contexte de travail favorisant la bienveillance.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ADAPTE. (2010). *Guideline Adaptation : A Resource Toolkit*.
https://www.ghdonline.org/uploads/ADAPTE_Resource_toolkit_V2_Secured_Marc_h_2010.pdf
- ANESM. (2008, décembre). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet.pdf
- AQDR Alma. (2019). *Faire fleurir la bientraitance*. <http://aqdralma.com/portfolio/faire-fleurir-la-bientraitance/>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., et Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures: *Spine*, 25(24), 3186-3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Beaulieu, M., et Crevier, M. (2010). Contrer la maltraitance et promouvoir la bientraitance des personnes âgées. *Gerontologie et société*, 2(2), 69-87.
- Benoît, M., et Perron, L. (2018). Aging ``At Home`` in a Era of Austerity : Home Care Sevices Under Pressure. *Pluralages*, 8(1), 20-23.
- Bonamy, P., Desert, M., Frighi, S., Monzérian, C., Montfort, M., Vernazobre, I., et Marchand, P. (2012). Les freins à la bientraitance dans l'aide à domicile. *VST - Vie sociale et traitements*, 116(4), 66-72.
- Boudreau, C. (2020). *REA324- Thématique spéciale (Travail 3)*. Université de Sherbrooke.
- Chiquette, S. P., et Beaulieu, M. (2019). Bientraitance des aînés : Une nouvelle approche d'intérêt pour les travailleurs sociaux. *Revue Intervention*, 150, 101-111.

- Chouinard, T. (2019, octobre 14). Maltraitance envers les aînés : 866 dossiers en un an. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2019-10-14/maltraitance-envers-les-aines-866-dossiers-en-un-an>
- CIUSSS de l'Estrie-CHUS. (2015). *Faits saillants concernant la santé de la population Memphrémagog*.
https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Sante-publique/Portrait-population/Faits-saillants-2016/DxLocaux_MMagog_MAJdec2016.pdf
- Clavier, H. (2016). *REA336-Négociation en réadaptation (notes de cours), Programme de 2e cycle en Pratiques de la réadaptation*. Université de Sherbrooke.
- Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec. (2021). *Journée mondiale de sensibilisation à la maltraitance des personnes âgées*. Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec.
<http://conferencedestables.org/fr/nouvelles/journee-mondiale-de-sensibilisation-a-la-maltraitance-des-personnes-agees>
- Dagenais, C. (2006). Vers une utilisation accrue des résultats issus de la recherche par les intervenants sociaux. Quels modèles de transfert de connaissances privilégier ? *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 39(3), 23-35.
- Fleury, É. (2018, février 13). Maltraitance organisationnelle : Enquête de la Protectrice du citoyen réclamée. *Le Soleil*. <https://www.lesoleil.com/actualite/sante/maltraitance-organisationnelle-enquete-de-la-protectrice-du-citoyen-reclamee-48acdeb962730703af4bb4324c1fef4e>

Fondation Émergence. (2020). *Pour que vieillir soit gai*.

<https://www.fondationemergence.org/pourquevieillirsoitgai>

Fonds de recherche société et culture Québec (FRSCQ). (2020). *La bientraitance envers les personnes âgées : Mieux comprendre le concept et les particularités au Québec*.

<http://www.frqsc.gouv.qc.ca/en/bourses-et-subventions/consulter-les-programmes-remplir-une-demande/bourse/la-bientraitance-envers-les-personnes-ainees-mieux-comprendre-le-concept-et-les-particularites-au-quebec-czez3jvt1525801570624>

Gonin, A., Lapierre, J.-A., et Grenier, J. (2013). La souffrance éthique au travail : L'éthique du care comme cadre d'analyse critique et comme prospective dans le champ de la santé et des services sociaux. *Reflète*, 19(2), 85-110.

<https://doi.org/10.7202/1021181ar>

Gouvernement du Québec. (2016). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées, 2016* (LeCentre d'expertise en santé de Sherbrooke).

<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2689058>

Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., Macfarlane, F., et Kyriakidou, O. (2007). Diffusion of Innovations in Health Service Organisations : A Systematic Literature Review.

Diffusion of Innovations in Health Service Organisations: A Systematic Literature Review, 1-316. <https://doi.org/10.1002/9780470987407>

Habitations Nouvelles Avenues. (2017). *Projet 2018-2019 : Agissons ensemble POUR la*

bientraitance. <http://www.habitations-nouvelles-avenues.com/nos-services/agissons-ensemble-pour-la-bientraitance/>

- Haute Autorité de Santé. (2012a). *Auto-évaluation : Évaluation de la promotion de la bientraitance*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_epp.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2012b). *Guide de l'animateur pour la mise en œuvre de la cartographie des risques de maltraitance*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_guide_carto_risques.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2012c). *La bientraitance en situation de vie*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_outilcceca.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2012d). *Les principes de la bientraitance : Déclinaison d'une charte*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_charte_guide.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2012e, octobre). *Regards croisés sur la bientraitance : Auto-évaluation établissement*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_questionnaire_v2.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2012f, octobre). *Regards croisés sur la bientraitance Questionnaire d'évaluation professionnel de l'établissement*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_questionnaire_v2.pdf
- La Patrie. (2019). *Charte de la bientraitance des personnes âgées de l'Estrie*. <https://www.lapatrie.ca/fr/organisme-divers/charte-de-la-bientraitance-des-personnes-aines-de-estrie>
- Lefebvre, M. (2013). *Dynamique de la bientraitance*. ADICE-édition; WorldCat.org. <http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb43872699r>

- Longneaux, J. M. (2010). On ne naît pas bien traitant, mais on peut le devenir. *On ne naît pas bien traitant, mais on peut le devenir*, 133, 33-41.
- Ministère de la famille et secrétariat aux aînés. (2017). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/F-5212-MSSS-17.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2003). *Chez soi : Le premier choix*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-704-01.pdf>
- MobiQual. (2015). *Bienveillances des personnes âgées dépendantes*.
<http://www.mobiqua.org/bienveillance/Etablissements/index.php>
- Moulias, R., Moulias, S., et Busby, F. (2010). Edito. La « bienveillance » : Qu'est-ce que c'est?. *Gérontologie et société*, 33(2), 10-21.
- Moulias, R., Moulias, S., et Busby, F. (2012). Éthique et le concept de bienveillance. *Éthique et le concept de bienveillance*, 37(10), 829-835.
- Pain, B. (2010). Les incertitudes de la bienveillance. Ou comment prendre soin de la personne âgée démente ? *Les incertitudes de la bienveillance. Ou comment prendre soin de la personne âgée démente ?*, 7, 153-170.
- Péoc'h, N. (2011). Bienveillance et éthique du care... Similitudes et différences autour d'une recension des écrits scientifiques. *Bienveillance et éthique du care... Similitudes et différences autour d'une recension des écrits scientifiques*, 105, 4-13.
- Perron, L., et Benoît, M. (2019). Les effets des réformes managériales sur le street-level bureaucrates dans la prestation du soutien à domicile aux personnes âgées. *Revue d'études en actions publiques*, 1(1), 26-35.

- PIKTOCHART. (2021). *Create Infographics, Presentations et Reports*. Piktochart.
<https://piktochart.com/>
- Pomar-Chiquette, S. (2019). *Bienveillance des aînés : Nouveau paradigme à conjuguer à la lutte contre la maltraitance* [Essai, Université de Sherbrooke].
http://maltraitecedesaines.com/wp-content/uploads/2019/11/2019_Pomar-Chiquette_Essai.pdf
- Publications Québec. (2020, décembre 10). - *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*. Légis Québec. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/L-6.3>
- RANQ. (2018). La maltraitance envers les personnes proches aidantes. *Regroupement des aidants naturels du Québec*. <http://ranq.qc.ca/recherche-maltraitance-proche-aidant/>
- Réseau Qualité des Établissements de Santé. (2020). *Sur le chemin de la bienveillance : Jeu pédagogique*. <https://www.requa.fr/sanitaire/100/sur-le-chemin-de-la-bienveillance-jeu-pedagogique-requa.html?action=afficherPetidA=3etidP=406>
- Ruault, G., Aquino, J.-P., et Doutreligne, S. (2010). Bienveillance des personnes âgées dépendantes : La trousse de bienveillance du programme national MobiQual. *Gérontologie et société*, 2(133), 159. WorldCat.org.
<https://doi.org/10.3917/gs.133.0159>
- Ruault, G., Doutreligne, S., et Ferry, M. (2012). Présentation de l’outil bienveillance : MALTRAITANCE. *La Revue de gériatrie*, 37(5), 349-352.
- Saint-Amour, N., Bourque, M., et Grenier, J. (2018). Austerity : The Restructuring of Social Services and Its Impact on Social Work. *Pluralages*, 8(1), 16-19.

Sekhon, M., Cartwright, M., et Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions : An overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 88.
<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8>

Thomas, P., Robichaud, A., et Hazif-Thomas, C. (2011). Autodétermination et vieillissement : Principes pour une bientraitance. *La Revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, *18*(179), 438-444.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Extrait du tableau comparatif des outils thématique sur la bientraitance

Nom de l'outil	Origine	Disponible	Autorisation d'utilisation	Type d'outil	Public cible	Forme	Contenu intéressant	Applicabilité T.S. SAD
Faire fleurir la bientraitance (AQDR Alma, 2019)	QC	X		Sensibilisation	Population générale	Charte	Valeurs de base : respect, écoute, dignité, sollicitude	Très général. Plus un outil pour sensibiliser le public que les intervenants.
Charte Agissons ensemble POUR la bientraitance (Habitations Nouvelles Avenues, 2017)	QC	X		Sensibilisation	Employés de la résidence, résidents et leur famille, intervenant	Charte + document pour la politique	Politique qui soutient la résidence dans le type d'intervention à réaliser en cas de maltraitance. Pourrait être un bon exemple de politique pour les résidences du territoire Memphrémagog (résidences privées sont considérées comme des milieux de vie du SAD).	Pourrait être intéressant dans une seconde étape
Charte de la bientraitance envers les personnes âgées lesbiennes, gaies, bisexuelles et trans (Fondation Émergence, 2020)	QC	X	Demande envoyée	Sensibilisation	Population générale, Employés des organisations adhérentes, intervenant	Charte	Faire attention lors de la complétion de l'OEMC ou l'admission en RPA la question du genre et de l'identité : -Respecter le choix d'une personne âgée de divulguer ou non son orientation sexuelle ou sa transidentité. - Inclure la lutte contre l'homophobie et la transphobie dans les programmes de formation destinés aux personnes œuvrant auprès des personnes âgées. - Soutenir dans leurs démarches les personnes âgées victimes d'homophobie et de transphobie	Il serait intéressant d'inclure une section portant sur la notion d'identité et de genre dans l'outil. Sujet parfois tabou lorsque nous accompagnons des gens de la communauté LGBTQ+ dans la recherche d'une résidence privée.

ANNEXE 2 : Questionnaire du sondage

Outil portant sur la bientraitance

Dans le cadre de mon projet de Maîtrise en pratiques de la réadaptation, nous nous intéressons au concept de l'intervention bientraitante en soutien à domicile. Nous désirons adapter un outil pour soutenir les travailleurs sociaux dans l'actualisation des principes de la bientraitance auprès des usagers. Puisqu'il n'y a actuellement pas d'outils spécifiques à ce contexte, nous aimerions connaître vos besoins et le type d'outils qui serait le plus utile à la pratique. Le questionnaire prend environ x minutes à remplir et les réponses seront traitées de manière anonyme et confidentielle.

La bientraitance se définit comme suit : « La bientraitance vise le bien-être, le respect de la dignité, l'épanouissement, l'estime de soi, l'inclusion et la sécurité de la personne. Elle s'exprime par des attentions, des attitudes, des actions et des pratiques respectueuses des valeurs, de la culture, des croyances, du parcours de vie, de la singularité et des droits et libertés de la personne aînée. » (Ministère de la famille et secrétariat aux aînés, 2017, p. 38)

* Obligatoire

1. Quel(s) objectif(s) devrait viser l'outil pour soutenir votre pratique bientraitante en soutien à domicile? S.v.p. classer en ordre d'importance les objectifs ci-dessous, 1 étant le plus important et 4, le moins important. *

Marquez un seul ovale par ligne.

	Choix 1	Choix 2	Choix 3	Choix 4
Me sensibiliser à l'importance de la bientraitance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M'aider à réfléchir à mes interventions sous l'angle de la bientraitance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M'aider à auto-évaluer ma pratique sous l'angle de la bientraitance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M'informer sur des stratégies d'intervention bientraitantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Il serait utile de compléter un questionnaire anonyme d'évaluation de mes pratiques professionnelles afin d'identifier les moments où la bientraitance n'est pas optimale. Par exemple : *

Lors de la prise en charge de l'usager...	Toujours	Très souvent	Souvent	Rarement	Jamais	Non applicable
Je recueille l'accord de l'usager pour tout acte le concernant						
Je connais les habitudes de vie et la culture de l'usager						
Je respecte l'autonomie fonctionnelle du patient						

Marquez un seul ovale.

	1	2	3	4	
Inutile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Très utile

3. Il serait utile d'avoir un outil réflexif proposant des histoires de cas accompagnées des questions à discuter en groupe (HAS, 2012). Par exemple : -Que pensez-vous de cette situation?-Qu'auriez-vous fait dans cette situation?-Est-ce que le principe d'autonomie a été respecté ? *

Marquez un seul ovale.

	1	2	3	4	
Inutile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Très utile

4. Il serait utile d'avoir un outil réflexif proposant des questions permettant d'analyser une situation d'intervention que vous avez vécue, de façon individuelle ou avec un collègue. Par exemple : -Est-ce que le principe d'autonomie a été respecté ?-Est-ce que mon lien significatif est suffisamment créé pour aborder le sujet X? *

Marquez un seul ovale.

	1	2	3	4	
Inutile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Très utile

5. Il serait utile d'avoir une fiche synthèse présentant des principes, des défis et des stratégies d'intervention spécifique au soutien à domicile qui serait complémentaire au Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (Gouvernement du Québec, 2016). *

<p style="text-align: center;">DÉFIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Composer avec des effectifs de personnel parfois réduits. • Pour les mêmes soins ou services, avoir une approche qui tient compte de la singularité de la personne en étant sensible à ses réactions au moment où ils sont offerts. • S'assurer de l'adhésion de toute l'équipe de travail aux principes de bientraitance.
<p style="text-align: center;">STRATÉGIES D'INTERVENTION</p> <p>Individuellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • prendre le temps de bien connaître la personne au début, ce sera plus satisfaisant et efficace à long terme; • connaître le vécu de l'aidé et avoir des outils pour que le personnel adapte son approche; • acquies des stratégies de communication pour les personnes ayant un déficit sensoriel; • remettre constamment ses pratiques en question. <p>Collectivement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rassembler le travail auprès des autres chez les offertes: corps de métier (infirmières, médiateurs, travailleur social, etc.); • développer le réflexe aide dans nos services et approches. Se mettre à la place de la personne pour bien comprendre sa condition et mieux la servir et l'accompagner; • créer un environnement propice à la prise de parole individuelle ou collective dans les établissements.

Marquez un seul ovale.

	1	2	3	4	
Inutile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Très utile

6. Nommez 2 caractéristiques importantes qu'un outil doit avoir pour que vous l'utilisiez. *

7. De quelle façon préférez-vous utiliser un outil pour soutenir la pratique bienveillante? (maximum de 2 choix) *

Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- De façon individuelle
 En groupe avec d'autres travailleurs sociaux
 Avec un(e) collègue
 Aucune préférence

8. Autres commentaires

Données
sociodémographiques

Afin d'assurer l'anonymat et la confidentialité, les questions sociodémographiques seront traitées de façon agrégée.

9. Identité de genre (cochez toutes les réponses applicables) : *

Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Femme
 Homme
 Trans
 Je ne souhaite pas le préciser

Autre : _____

10. À quelle catégorie d'âge appartenez-vous ? *

Marquez un seul ovale.

- 20-30 ans
 31 à 40 ans
 41 à 50 ans
 51 à 60 ans
 60 ans et plus

11. Combien d'années d'expérience au SAPA cumulez-vous ? *

Marquez un seul ovale.

- 1 à 10 ans
 11 à 20 ans
 21 à 30 ans
 31 ans et plus

Suite...

Afin de poursuivre mon projet, j'aimerais rencontrer 4 travailleurs sociaux pour tester et commenter l'outil avant de le diffuser. Cela impliquerait 2 rencontres de groupe par TEAMS vers la fin de l'hiver 2021. Si vous êtes intéressé à y participer, svp communiquer avec moi par courriel à catherine.boudreau@usherbrooke.ca ou par téléphone au 819-349-1937. Merci!

Références
bibliographiques

Gouvernement du Québec (2016). Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (2e éd.). Sherbrooke, Québec : Le centre d'expertise en santé de Sherbrooke.

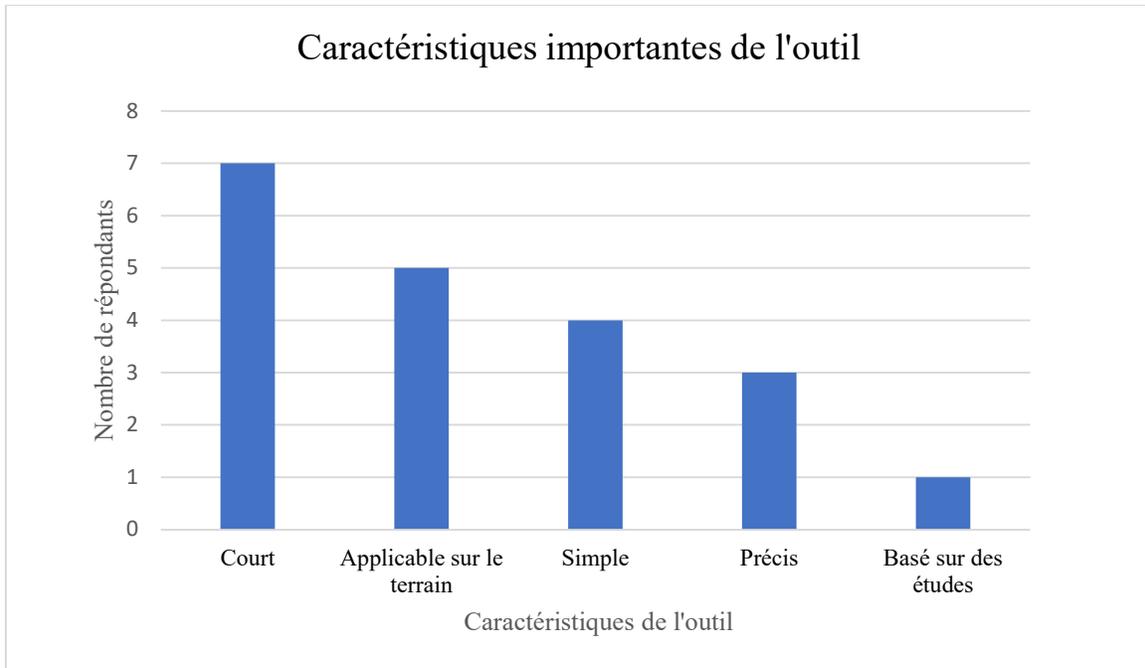
Haute Autorité de Santé (HAS) (octobre 2012). La prévention de la maltraitance, grille d'autocontrôle de mes pratiques professionnelles [En ligne], https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bienveillance_-_protocole_grille_cepral.pdf (page consultée le 13 août 2020).

Haute Autorité de Santé (2012). Regards croisés sur la bienveillance. [En ligne], https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bienveillance_-_support_de_presentation.pdf (page consultée le 13 août 2020).

Ministère de la famille et secrétariat aux aînés, (2017). Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022. [En ligne], <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/F-5212-MSSS-17.pdf> (page consultée le 17 septembre 2020).

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Formulaires

ANNEXE 3 : Caractéristiques importantes de l'outil

ANNEXE 4 : Extrait du tableau comparatif des outils en fonction des critères des travailleurs sociaux

Tableau comparatif des outils en fonction des critères des travailleurs sociaux (résultats du questionnaire)											
Nom de l'outil	Objectif de l'outil		Type d'outil		Caractéristiques de l'outil						Outil retenu
	Informé sur des stratégies d'intervention bientraitante	Aider les intervenants à réfléchir à leurs interventions sous l'angle de la bientraitance	Fiche synthèse présentant des principes, des défis et des stratégies d'intervention bientraitantes spécifiques au SAPA	Un outil réflexif proposant des questions permettant d'analyser (individuellement ou en groupe) une situation d'intervention vécue en tenant compte des principes d'intervention bientraitante	Mode d'utilisation individuel	Court	Applicable sur le terrain SAPA	Simple	Précis	Basé sur des données scientifiques	
Faire fleurir la bientraitance (AQDR Alma, 2019)	+/-	-	-	-	+	+	+	+	-	-	<u>non</u>
Charte Agissons ensemble POUR la bientraitance (Habitations Nouvelles Avenues, 2017)	+/-	-	-	-	+	+	+	+	+	+/-	<u>non</u>
Charte de la	+/-	-	-	-	+	+	+	+	-	+	<u>non</u>

ANNEXE 5 : Extrait du tableau de contenu des dimensions de l'intervention bientraitante

Intervention bientraitante :

Contexte de travail bientraitant :

Préalable de la part de l'employeur : charge de cas réaliste, stabilité dans le personnel et remplacements, politique de bientraitance au sein de l'établissement

Critères	Défis	Questions	Stratégies /Exemples SAD	Théorie
Assurer une bonne coordination des services et soins en équipe interdisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> -S'assurer que la parole de l'utilisateur ne perde pas son importance lorsqu'il y a plusieurs acteurs au dossier. -Éviter le dédoublement de collecte de données et d'interventions. -Ne pas en arriver à une compréhension hâtive de la situation. -Ne pas diminuer le confort de vie en étant trop interventionniste. 	<ul style="list-style-type: none"> Comment obtenir un maximum d'information nécessaire de la part de l'utilisateur sans la faire répéter ? Est-ce que le discours de tous les professionnels au dossier est cohérent ? Est-ce que l'utilisateur semble gêné de nommer ses besoins compte-tenu du nombre important d'intervenants au dossier ? Est-ce que la parole de l'utilisateur a bien ressortie au travers de celle des professionnels ? Est-ce que nous avons généralisé un comportement, une difficulté de la personne alors que nous avons accès qu'à une infime partie de son histoire de vie ? Si la personne semble repliée, butée ou peut investir, est-ce que ce pourrait être dû à un accompagnement trop intensif qui ne lui permet pas de prendre des initiatives par peur de faire des erreurs ? 	<ul style="list-style-type: none"> Essayer de colliger l'information auprès des collègues avant de compléter OEMC afin d'éviter à l'ainé de répéter son histoire médicale et fonctionnelle en peu de temps. Améliorer le protocole interdisciplinaire de prise en charge des demandes. Faire appel aux concertations cliniques lorsque plusieurs intervenants impliqués. Prendre un moment pour rappeler les attentes de l'utilisateur après le tour de parole des professionnels. Ne pas «<u>sur-intervenir</u>» car cela pourrait créer un repli, un sentiment d'envahissement ou une tendance à tout déléguer aux professionnels brimant ainsi le concept d'autonomie. 	ANESM, 2008, p.18, p.22 p.35 <u>Moulias, Moulias.</u> Busby, 2010, p.18
Avoir du soutien pour la mise en place de démarches bientraitantes et pour humaniser les soins	-Offrir des services bientraitants dans un contexte de travail non optimal	<ul style="list-style-type: none"> Quelles conditions de travail ont eu pour effet de diminuer ma capacité à offrir une intervention bientraitante ? Qui puis-je informer de la situation afin d'améliorer les pratiques bientraitantes au sein de l'établissement ? 	<ul style="list-style-type: none"> Faire le bilan global des attentes non satisfaites. Échanges sur la bientraitance avec la SAC ou le comité d'éthique pour avoir ou partager des pistes d'amélioration. 	<u>ANESM (</u> 2008, p.35)

ANNEXE 6 : Guide d'entrevue du premier *focus group*

- Est-ce que les **questions** sont claires et pertinentes? Est-ce qu'elles favorisent une réflexion utile?
- Est-ce que les **stratégies** sont claires, utiles et suffisamment concrètes ?
- Est-ce que la section des **défis** est utile et nécessaire?
- Par souci de répondre aux attentes évoquées dans le sondage, l'outil doit être court, simple, basé sur des données probantes et applicable. Dans cette optique, quels éléments de contenu vous semblent prioritaires, et quels éléments pourraient être retirés?
- Est-ce que vous aimeriez avoir tout le contenu de l'Annexe 1 : tableau présentant la maltraitance chez les aidants ou je devrais simplement donner quelques exemples dans l'outil avec la référence ?
- Avez-vous des commentaires et suggestions sur le format de l'outil? (ex. apparence visuelle, nombre de pages maximal, numérique vs. Papier, place des références et des annexes, etc.)

Merci de m'aider dans mon projet !

ANNEXE 7: Prototypes pour la création de l'outil



Les composantes des Interventions bienveillantes

01 Avoir un contexte de travail bienveillant

Le concept de la double bienveillance est un préalable à la mise en place d'intervention bienveillante dans les milieux de travail. Selon Chiquette et Beaulieu, la double bienveillance se définit ainsi: « La bienveillance des personnes en situation de dépendance exige de "bien-traiter" ceux qui les assistent, professionnels et aidants familiaux (Moulin, 2012). Les équipes soignantes doivent ainsi travailler dans des environnements bienveillants pour adopter

des pratiques bienveillantes » (Benacri-Diet, 2012, tiré de Chiquette et Beaulieu, 2019, p. 106).

Il est donc nécessaire d'avoir des charges de cas réalistes permettant ainsi aux travailleurs sociaux de répondre aux besoins des usagers tout en ayant le temps nécessaire pour réaliser leurs tâches cléricales. Ils ont aussi besoin du soutien de l'organisation pour humaniser les soins et soutenir des pratiques bienveillantes.

Pistes de réflexion

Comment obtenir un maximum d'information nécessaire de la part de l'usager sans la faire répéter ?
 Est-ce que le discours de tous les professionnels au dossier est cohérent ?
 Est-ce que l'usager semble gêné de nommer ses besoins compte-tenu du nombre important d'intervenants au dossier ?
 Est-ce que la parole de l'usager a bien ressorti au travers de celle des professionnels ?
 Est-ce que nous avons généralisé un comportement, une difficulté de la personne alors que nous avons accès qu'à une infime partie de son histoire de vie ?
 Si la personne semble repliée, butée ou peut être, est-ce que ce pourrait être dû à un accompagnement trop intensif qui ne lui permet pas de prendre des initiatives par peur de faire des erreurs ?

Stratégies d'intervention

Colliger l'information auprès des collègues avant de compléter OEMC afin d'éviter à l'aine de répéter son histoire médicale et fonctionnelle en peu de temps.
 Améliorer le protocole interdisciplinaire de prise en charge des demandes.
 Faire appel aux concertations cliniques lorsque plusieurs intervenants impliqués.
 Prendre un moment pour rappeler les attentes de l'usager après le tour de parole des professionnels.
 Ne pas « sur-intervenir » car cela pourrait créer un repli, un sentiment d'envahissement ou une tendance à tout déléguer aux professionnels brimant ainsi le concept d'autonomie.
 Faire le bilan global des attentes non satisfaites.

Français (Canada)



Extrait de la section 2.6 : « Favoriser la bientraitance » du Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (Gouvernement du Québec, 2016)

DÉFIS

- Composer avec des effectifs de personnel parfois réduits;
- Pour les mêmes soins ou services, avoir une approche qui tient compte de la singularité de la personne en étant sensible à ses réactions au moment où ils sont offerts;
- S'assurer de l'adhésion de toute l'équipe de travail aux principes de bientraitance.

STRATÉGIES D'INTERVENTION

Individuellement :

- prendre le temps de bien connaître la personne au début; ce sera plus satisfaisant et efficace à long terme;
- connaître le vécu de l'ainé et avoir des outils pour que le personnel adapte son approche;
- acquérir des stratégies de communication pour les personnes ayant un déficit sensoriel;
- remettre constamment ses pratiques en question.

Collectivement :

- valoriser le travail auprès des aînés chez les différents corps de métier (infirmière, médecin, travailleur social, etc.);
- développer le réflexe aîné dans nos services et approches. Se mettre à la place de la personne pour bien comprendre sa condition et mieux la servir et l'accompagner;
- créer un environnement propice à la prise de parole individuelle ou collective dans les établissements;
- mettre en place des lieux d'échanges où professionnels, familles ou proches et personnes âgées peuvent partager leurs visions.

ANNEXE 8 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Projet dans le cadre de la maîtrise en pratiques de la réadaptation

Cours REA 106 – Essai synthèse

Université de Sherbrooke

Étudiant(e) à la maîtrise : Catherine Boudreau

Professeur responsable du cours : Chantal Sylvain

Mentor : Marie-Hélène Raymond

Dans le cadre de ma maîtrise en pratiques de la réadaptation à l'université de Sherbrooke, je réalise actuellement un projet sur *l'intervention bientraitante par les travailleurs sociaux du programme SAPA*. Mon projet vise à créer un *outil réflexif* portant sur l'intervention bientraitante.

Ce projet comporte quatre grandes phases :

1. Effectuer une analyse comparative des différents outils existants en lien avec la bientraitance.
2. Sonder les travailleurs sociaux du SAD sur les critères importants pour l'adaptation de l'outil (forme et type de contenu).
3. Adapter l'outil portant sur la bientraitance.
4. Évaluer l'outil en contexte de pratique à l'aide d'un *focus group*.
5. Diffuser l'outil aux travailleurs sociaux de l'équipe du SAPA Memphrémagog.

Ce projet a une durée de 9 mois, allant de l'analyse des outils à la diffusion au sein de l'équipe. Votre participation comporterait une phase de prise de connaissance de l'outil et à une rencontre du *focus group* d'une heure pendant un codéveloppement. La rencontre se déroulera par Teams et sera enregistrée pour faciliter la prise de note. L'enregistrement ne sera pas partagé et sera détruit lorsque les données auront été retranscrites.

Les données de ce projet seront intégrées dans un essai synthèse et seront partagées à d'autres personnes lors de la présentation finale du projet le 12 juin 2021. Une présentation des résultats est également prévue pour les participants au projet. Tous les renseignements recueillis au cours de ce projet demeureront strictement confidentiels. Aucune publication ne renfermera quoi que ce soit qui peut permettre de vous identifier puisque les résultats de ce

projet seront publiés pour l'ensemble des participants et que les données du *focus group* sont anonymes.

Votre collaboration au *focus group* est volontaire. Vous êtes libre de refuser de participer à ce projet.

DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ DE L'ÉTUDIANTE À LA MAÎTRISE

En collaboration avec ma mentore, je demeure responsable du déroulement du projet de maîtrise et je m'engage à respecter les obligations énoncées dans ce document.

Je m'engage également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature de l'étudiant(e) à la maîtrise : _____

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

Je déclare avoir eu suffisamment d'explications sur la nature et le motif de ma participation au projet de maîtrise. J'ai lu et compris les termes du présent formulaire de consentement et j'en ai reçu un exemplaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. J'accepte de participer à ce projet.

Signature du participant: _____

DÉCLARATION DU RESPONSABLE DE L'OBTENTION DU CONSENTEMENT

Je soussigné(e) _____, certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; lui avoir clairement indiqué qu'il demeure, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de maîtrise décrit ci-dessus.

Signature du responsable de l'obtention du consentement: _____

Signé à _____, _____ le

Ville

Date

ANNEXE 9 : Guide d'entrevue du deuxième *focus group*

Introduction :

De façon générale, que pensez-vous de l'outil ? (attitude affective)

En terme de **format** :

Est-ce que l'aspect visuel est assez simple pour bien trouver les informations ?

Est-ce que la longueur est adéquate?

Est-ce qu'il vous semble facile à utiliser de façon individuelle ?

En terme de **contenu** :

Est-ce que cet outil vous aidera à réfléchir à vos interventions sous l'angle de la bientraitance? (utilité)

Est-ce que la mise en contexte et la présentation de l'objectif de l'outil vous permettent de comprendre comment l'utiliser?

Est-ce que le contenu (défi, questions et stratégies) est applicable à la réalité du SAPA? (applicabilité)

Est-ce que le contenu vous semble suffisamment basé sur des données probantes ? (crédibilité)

Est-ce que cet outil serait intéressant à intégrer dans votre pratique ? (intention)

Qu'est qui pourrait faire obstacle à son utilisation ? (fardeau)

Si pas nommé précédemment : Est-ce que l'utilisation cet outil vous apparaît comme une surcharge de travail ? (fardeau)

Quels changements apporteriez-vous pour augmenter son utilisation ?

Merci d'avoir contribué à l'amélioration de l'outil.

ANNEXE 10 : version finale de l'outil



Outil réflexif
sur l'intervention bienveillante
destiné aux travailleurs sociaux du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)



The cover features a light green background with a purple and green header bar. The title 'Outil réflexif' is in large purple font, followed by 'sur l'intervention bienveillante' in smaller purple font and 'destiné aux travailleurs sociaux du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)' in green font. A photograph of an elderly man in a black apron is positioned in the lower half. The right side is decorated with a vertical column of geometric patterns: a green circle, a purple grid, four green circles, purple horizontal lines, a purple dotted triangle, a green circle, a purple grid, four green circles, purple horizontal lines, and a purple dotted triangle.

Table des matières

Présentation de l'outil	p.2
Les dimensions de l'intervention bientraitante	p.3
Stratégies en rafale	p.4
Contexte de travail bientraitant	p.5
Bonnes pratiques professionnelles	p.6
Lien thérapeutique positif	p.7
Usager et son entourage impliqués	p.8
Processus d'intervention efficace lors de difficultés	p.10
Mandat de protection appliqué adéquatement	p.11
Compléments :	
Exemples de manifestations de la maltraitance	p.12
Schéma de questionnement éthique	p.13
Modèle D.E.S.C.	p.14
Fiche réflexive	p.15
Références	p.16

Contexte

Cet outil a été créé dans le cadre du parcours de **Maîtrise en pratiques de la réadaptation à l'Université de Sherbrooke**. Il est le fruit d'une recension des écrits portant sur la bienveillance et de l'analyse d'outils abordant cette thématique.

Objectif de l'outil

Cet outil a été conçu afin de **susciter la réflexion sur le caractère bienveillant des interventions** réalisées par les travailleurs sociaux travaillant au cœur du programme de Soutien à l'autonomie des personnes âgées. Il peut être **utilisé seul ou en groupe** afin de partager les réflexions sur ce sujet.

Une fiche de **stratégies en rafale** permet de rappeler quelques stratégies à adopter au quotidien dans le processus d'intervention psychosociale. Puis, les **six dimensions** de l'intervention bienveillante sont abordées en présentant les **préalables** qui sont les conditions optimales pour actualiser les principes d'intervention bienveillante. La réflexion est suscitée par la présentation de **défis, pistes réflexives et stratégies d'intervention**. Il est possible d'analyser une situation à l'aide des six dimensions ou de s'attarder à une dimension spécifique.

Définition de la bienveillance

« La bienveillance vise le bien-être, le respect de la dignité, l'épanouissement, l'estime de soi, l'inclusion et la sécurité de la personne. Elle s'exprime par des attentions, des attitudes, des actions et des pratiques respectueuses des valeurs, de la culture, des croyances, du parcours de vie, de la singularité et des droits et libertés de la personne aînée. »

Ministère de la famille et secrétariat aux aînés, 2017, p. 38. ^[14]

Légende:



Défis



Pistes réflexives



Stratégies d'intervention



Copyright: Catherine Boudreau, 2021 [4]
 Crédit photos : Piktochart [21]
 Conception graphique : Piktochart
 Inspiré du Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées. [11]

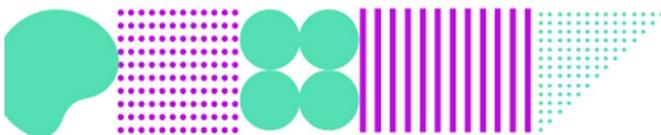
Tous droits réservés. La reproduction est permise à condition d'en citer la source.

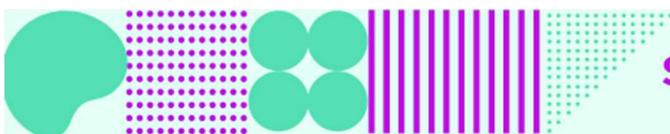


Les dimensions de l'intervention bientraitante



Inspiré des illustrations de : Chapparo, I. C., & Ranka, J. (2012). Perceive, Recall, Plan, Perform (PRPP) System of Task Analysis: Assessment.





Stratégies en rafale



Prise en charge du dossier

- Colliger un maximum d'information au dossier ou verbalement auprès des collègues avant de compléter l'OEMC. Cela évitera à l'utilisateur de répéter son histoire médicale et fonctionnelle en peu de temps.
- Repérer dans le domicile les habitudes des usagers et ce qui a une valeur affective pour eux. [15]
- Se rappeler que leur domicile est « leur repère » (histoire, souvenirs, objets personnels, meubles) et leur « repaire » (elles se sentent protégées contre les agressions). [15]

Création du lien thérapeutique

- Prendre conscience de notre propre emprise sur les usagers. [18]
- Faire attention au choix des mots pour présenter de façon positive la situation. [1]
- Reprendre les mots de l'utilisateur.
- Donner aussi des commentaires positifs à l'utilisateur en lien avec son milieu de vie.
- Donner la chance à l'utilisateur qui est connu comme « difficile » de repartir sur de nouvelles bases lorsqu'il a de nouveaux intervenants. [1]

Élaboration du plan d'intervention

- Faire appel aux concertations cliniques lorsque plusieurs intervenants sont impliqués.
- Prendre un moment lors d'une rencontre interdisciplinaire pour rappeler les attentes de l'utilisateur après le tour de parole des professionnels.
- S'assurer d'une concordance entre les besoins prioritaires de l'utilisateur et ceux des professionnels. [1]
- Assurer une prise de décision partagée. [16]
- Ne pas sacrifier l'autonomie de l'utilisateur pour la sécurité par craintes de poursuites. [16]
- S'assurer de ne pas involontairement exercer une forme de maltraitance envers les aidants ou l'entourage : imposition du rôle, jugements, normalisation du rôle et de la maltraitance, dénégation de l'expertise et de la contribution familiale et sociale, dénégation des besoins, utilisation de violence psychologique et contribution à son appauvrissement (voir p.12). [9]
- Reconnaître que les aidants ont leurs propres besoins et limites. [9]
- Préconiser des rencontres de famille à un moment qui évite l'absentéisme au travail pour les aidants ou leur permettre de se déplacer lorsqu'ils sont de l'extérieur. [9]
- Faire des périodes d'essai lors de désaccord entre l'aidé, l'aidant et l'équipe professionnelle. Cela permet de mieux comprendre les réticences et de se confronter à la réalité de part et d'autre. Ex. congé de fin de semaine. [1]
- Retenir des objectifs qui permettent aussi d'augmenter l'estime de soi, le sentiment de compétence et la prise d'initiative. [1]
- Respecter la volonté de poursuivre ou non certains soins. [28]
- Arrimer les horaires de services, comme pour les soins d'hygiène, avec les sorties ou visites afin que l'utilisateur se sente fier et ait le goût de socialiser. [29]

Suivi:

- Doser le nombre d'interventions nécessaire afin de favoriser l'autonomie. « Surintervenir » peut créer un repli, un sentiment d'envahissement ou une tendance à tout déléguer aux professionnels. [1]
- Reconnaître lorsqu'une intervention est difficile. [16]
- Savoir nommer et respecter ses limites. [2]
- Questionner l'utilisateur sur les façons de l'aider à actualiser davantage ses rôles sociaux. [10]
- Porter une attention au sentiment d'abandon qui peut être vécu lorsque certaines interventions ou soins répétés sont cessés (sortie d'hospitalisation, épuisement de l'aidant). [15]

Fin de l'intervention

- Faire le bilan global des attentes de l'utilisateur non satisfaites. [1]
- Solliciter des échanges sur la bientraitance avec le spécialiste d'activité clinique (SAC) ou le comité d'éthique pour avoir ou partager des pistes d'amélioration. [1]

Contexte de travail bientraitant

Préalables:

Le concept de la **double bientraitance** est un préalable à la mise en place d'intervention bientraitante dans les milieux de travail. Cela signifie que : « **La bientraitance des personnes en situation de dépendance exige de "bien-traiter" ceux qui les assistent, professionnels et aidants familiaux. [18] Les équipes soignantes doivent ainsi travailler dans des environnements bientraitants pour adopter des pratiques bientraitantes** ».

(Chiquette et Beaulieu, 2019, p. 106).

Il est donc nécessaire d'avoir des charges de cas réalistes permettant ainsi aux travailleurs sociaux de répondre aux besoins des usagers tout en ayant le temps nécessaire pour réaliser leurs tâches cléricales. Ils ont aussi besoin du soutien de l'organisation pour humaniser les soins et soutenir des pratiques bientraitantes. [2, 5, 10, 11, 12, 14]



- S'assurer que la parole de l'utilisateur ne perde pas son importance lorsqu'il y a plusieurs acteurs au dossier. [1, 11]
- Penser au risque de dédoublement de collecte de données et d'interventions.
- Maintenir la qualité de vie lors des multiples interventions à domicile. [2]
- Offrir des services bientraitants dans un contexte de travail non optimal. [5, 10]

Assurer une bonne coordination des services en équipe interdisciplinaire

[5, 11, 12, 19]



- Comment obtenir un maximum d'informations à propos de l'utilisateur sans le faire répéter ? [12]
- Est-ce que le discours de tous les professionnels au dossier est cohérent ? [1, 11]
- Est-ce que la parole de l'utilisateur a bien ressorti au travers de celle des professionnels ? [1, 11]
- Est-ce que nous avons généralisé un comportement, une difficulté de l'utilisateur alors que nous n'avons accès qu'à une infime partie de son histoire de vie ? [1]
- Est-ce que ce notre accompagnement est trop intensif et empêche l'utilisateur de prendre des initiatives par peur de faire des erreurs ? [1]



- Colliger un maximum d'informations au dossier ou verbalement auprès des collègues avant de compléter l'OEMC. Cela évitera à l'utilisateur de répéter son histoire médicale et fonctionnelle en peu de temps.
- Faire appel aux concertations cliniques lorsque plusieurs intervenants sont impliqués.
- Prendre un moment lors d'une rencontre interdisciplinaire pour rappeler les attentes de l'utilisateur après le tour de parole des professionnels.
- Doser le nombre d'interventions afin de favoriser l'autonomie. « Sur-intervenir » peut créer un repli, un sentiment d'envahissement ou une tendance à tout déléguer aux professionnels. [1]

Avoir du soutien pour la mise en place de démarches bientraitantes et pour humaniser les soins

[2, 11]



- Dans cette situation, quelles conditions de travail ont eu pour effet de diminuer ma capacité à offrir une intervention bientraitante ? [14]
- Qui puis-je informer de la situation afin d'améliorer les pratiques bientraitantes au sein de l'établissement ? [1, 14]



- Faire le bilan global des attentes de l'utilisateur non satisfaites. [1]
- Solliciter des échanges sur la bientraitance avec le spécialiste d'activité clinique (SAC) ou le comité d'éthique pour avoir ou partager des pistes d'amélioration. [1, 11]

Bonnes pratiques professionnelles

Préalables:

Avoir une bonne formation de base, une bonne orientation dans notre nouveau secteur d'activités, une bonne connaissance de notre code déontologique, nos rôles et responsabilités et un milieu de travail favorisant la formation continue. [5,22]



- Rester au courant des bonnes pratiques après plusieurs années en intervention.
- Prendre du recul sur ses interventions sous l'angle de la bienveillance sans se culpabiliser.

Avoir une bonne formation continue

[3, 5, 12, 23]



- Est-ce que je manque de connaissances spécifiques sur la problématique vécue par l'utilisateur ?
- Ai-je accès à des guides de pratiques ou à une revue de la littérature sur le sujet ?



- Consulter des guides regroupant les meilleures pratiques ou des articles scientifiques présentant des données probantes.
- S'abonner à des veilles scientifiques pour rester à l'affût des bonnes pratiques.
- Utiliser le co-développement pour partager de nouvelles connaissances basées sur les données probantes.

Réfléchir sur la bienveillance

[5, 11, 14, 16, 15]



- Quelles sont mes forces et mes limites en intervention ?
- Est-ce que ces forces et limites ont un impact dans certaines interventions ?
- Comment puis-je composer avec mes limites ?



- Prendre des moments d'arrêt quelques fois par année pour réfléchir à nos interventions sous l'angle de la bienveillance.^[11, 14, 15, 16]
- Utiliser l'outil réflexif portant sur la bienveillance.
- Savoir nommer et respecter ses limites. [16]
- Se questionner sur les formes de maltraitance qui peuvent exister au sein de nos pratiques. Voir page 10. [9]

Lien thérapeutique positif

Préalables :

Avoir une charge de cas permettant aux intervenants de prendre le temps de connaître la personne et de s'intéresser à son vécu. [10]



- Être conscient de la tendance à adopter une posture «maternaliste/paternaliste». [10]
- Trouver un équilibre entre aider et préserver l'autonomie. [29]
- Trouver quelques aspects positifs dans les dossiers difficiles.
- Faire attention de ne pas considérer le domicile comme un simple lieu de soins. [3]

Réfléchir à notre posture d'intervention

[10]



- Est-ce que mon titre professionnel peut avoir un aspect intimidant pour l'utilisateur ? [1]
- Est-ce que je donne l'impression de mieux savoir que l'utilisateur ce dont il a besoin pour demeurer à domicile ? [1]
- Est-ce que je fais des démarches qui pourraient être réalisées par l'utilisateur ou l'aidant?
- Est-ce que l'utilisateur adhère au plan d'intervention seulement pour faire plaisir ou répondre aux attentes de l'équipe ? [1]
- Avons-nous mobilisé les bonnes sources de motivation (intrinsèque) ? [1]
- Est-ce que nos objectifs d'intervention tiennent compte des habitudes de vie antérieures de l'utilisateur ? [1]



- Prendre conscience de notre propre emprise sur les usagers. [1, 10]
- S'assurer d'une concordance entre les besoins prioritaires de l'utilisateur et ceux des professionnels. [1]

Réfléchir au risque de favoritisme dans notre charge de cas

[10]



- Est-ce que je repousse les démarches ou les rencontres dans certains dossiers car je vis un malaise ?



- Reconnaître lorsqu'une intervention est difficile. [16]
- Se donner le droit de reconnaître que ce ne sont pas tous les usagers avec qui le lien est agréable. [16]
- Intervenir sans favoritisme entre les usagers avec qui nous avons un meilleur lien versus ceux avec qui le lien est plus difficile. [10]

Considérer le domicile comme un milieu de vie

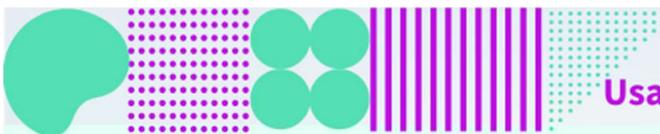
[3]



- Est-ce que je prends conscience, quand j'entre dans la maison d'un usager, que je fais une incursion dans sa vie privée ? [3]
- Est-ce que je prends le temps de regarder les côtés positifs du domicile avant d'observer tous les risques ?
- Est-ce que je considère l'importance du lien affectif entre la personne et son domicile ? [1, 3]



- Repérer dans le domicile les habitudes des usagers et ce qui a une valeur affective. [1]
- Se rappeler que leur domicile est leur « repère » (histoire, souvenirs, objets personnels, meubles) et leur « repaire » (un refuge contre les agressions). [1, 3]
- Donner aussi des commentaires positifs à l'utilisateur en lien avec son milieu de vie.



Usager et entourage impliqués

Préalables: Avoir l'autorisation de communiquer avec l'entourage de l'usager. [12, 13, 23]



- Communiquer simplement avec les usagers ayant un faible niveau de littératie.
- Réunir tous les acteurs pour des rencontres.
- Représenter justement les volontés de l'usager lorsqu'il a des troubles neurocognitifs. [16]
- Respecter les habitudes de l'usager.
- Composer avec la pression découlant du travail en concertation.
- Maintenir un filet de sécurité à domicile en respectant les limites des aidants et en composant avec des ressources publiques limitées.
- Trouver comment accompagner l'usager à réaliser des rôles sociaux malgré les pertes d'autonomie importantes. [10, 18]

Adapter son mode de communication

[1, 11, 12, 16]



- Est-ce que la présentation du plan d'intervention donne le goût à l'usager de s'engager? [1]
- Est-ce que nous avons choisi le meilleur moment et la bonne manière de transmettre les informations à l'usager et ses proches? [1]
- Est-ce que nous avons tenté de nous rendre disponible à un moment propice pour l'usager et ses proches? [9]



- Faire attention au choix des mots pour présenter la situation de façon positive. [1]
- Reprendre les mots de l'usager. [12]
- Préconiser des rencontres de famille à un moment qui évite l'absentéisme au travail pour les aidants ou qui leur permet de se déplacer lorsqu'ils sont de l'extérieur. [9, 12]
- Utiliser la technologie telle que « Teams/Zoom » pour faciliter la participation.

Impliquer l'ainé dans sa prise en charge et ses décisions

[5, 11, 13, 16]



- Est-ce que le choix de révéler ou non certaines informations aux proches est respecté? [8]
- Est-ce que la convalescence ou la relocalisation est imposée à l'usager ou à son aidant? [12]
- Est-ce que j'effectue toutes les demandes de services que l'usager veut vraiment? [10]
- Est-ce que, pour me protéger du sentiment d'impuissance, j'ai tendance à aborder davantage les problématiques pour lesquelles nous pouvons offrir des services? [10]
- Est-ce que je propose des périodes d'essai pour faire cheminer l'usager sur son état, et la possibilité de poursuivre le maintien à domicile? [1]



- Informer l'usager de son état. [8, 13, 16]
- Respecter la volonté de poursuivre ou non certains soins. [11, 13, 16, 19]
- Faire aussi ressortir l'autonomie résiduelle lors de la présentation du SMAF.
- Faire des périodes d'essai lors d'un désaccord entre l'usager, l'aidant et l'équipe professionnelle. Cela permet de mieux comprendre les réticences et de se confronter à la réalité de part et d'autre. Ex. congé de fin de semaine. [1]
- Retenir des objectifs qui permettent aussi d'augmenter l'estime de soi, le sentiment de compétence et la prise d'initiative. [1, 11]

Usager et entourage impliqués suite

Respecter les valeurs de l'aîné et de son entourage

[1, 5, 11, 13]

-  • Est-ce que le plan d'intervention proposé est cohérent avec les valeurs de l'usager et ses proches? [1, 11, 13, 17]
-  • Est-ce que nous avons aussi pris en compte les forces qui peuvent émaner de certains modes de vie marginaux? [1]
-  • Continuer à faire exister la personne en respectant son identité, tout en acceptant qu'il y a un risque de se tromper dans l'interprétation des désirs et réactions. [16]
-  • En présence de personnes plus marginales, respecter les habitudes de vie dont les manifestations ne portent ni préjudice à la personne elle-même, ni à son environnement, afin de favoriser la création du lien de confiance, et ensuite accompagner la personne vers un mode de vie plus sain. [1]

Respecter le niveau d'implication désiré par l'entourage

[9, 11, 17]

-  • Est-ce que tous les enjeux et limites de l'entourage ont été pris en compte avant de définir qui assumera les tâches? [9, 12]
-  • Est-ce que nos attentes de prise en charge (soins) sont trop élevées ou au-dessus des capacités des aidants ou de leurs habitudes de vie antérieures? [1, 9]
-  • Est-ce que le proche subira des impacts financiers ou sur son emploi en assumant certaines tâches? Est-il en accord? [9]
-  • S'assurer de ne pas involontairement exercer une forme de maltraitance envers les aidants ou l'entourage : imposition du rôle, jugements, normalisation du rôle et de la maltraitance, dénégation de l'expertise et de la contribution familiale et sociale, dénégation des besoins, utilisation de violence psychologique ou contribution à son appauvrissement (voir page 12). [9]
-  • Reconnaître que les aidants ont leurs propres besoins et limites. [9, 11, 17]

Promouvoir le maintien des rôles sociaux et des devoirs de citoyen

[1, 10, 11, 16, 23]

-  • Quels sont les droits de l'usager? [1, 11, 23]
-  • Quelles sont actuellement les activités qui lui permettent de maintenir quelques rôles sociaux? [10, 11, 16]
-  • Questionner l'usager sur les façons de l'aider à actualiser davantage ses rôles sociaux. [10, 16]
-  • Vérifier les mesures alternatives à l'ouverture d'un régime de protection. [1, 7]
-  • Sensibiliser les proches à maintenir de petites tâches que l'usager peut encore faire. [1, 11]
-  • Arrimer les horaires de services, comme pour les soins d'hygiène, avec les sorties ou visites afin que l'usager se sente fier et ait le goût de socialiser. [29]

Processus d'intervention efficace lors de difficultés

Préalables:

Être prêt à agir sur le climat de tension ou les conflits entre différents acteurs au dossier.



- Identifier pourquoi la personne donne l'impression d'être peu collaborative ou peu motivée. [1]
- Décoder les valeurs qui semblent se confronter. [28, 29]
- Intervenir dans un contexte de maltraitance qui n'est pas reconnu par l'utilisateur ou l'aidant. [11-15]
- Assurer un maintien à domicile avec un partage des rôles et responsabilités bien équilibré entre l'utilisateur, les aidants et les services de santé et services sociaux. [1, 11]
- Bien interpréter les réactions de l'utilisateur lorsqu'il a un trouble neurocognitif. [16]

Repérer les différents acteurs et leur référentiel

[28]



- Est-ce que l'analyse médicale et psychosociale tiennent compte de la subjectivité du patient ? [16]
- Quelle est l'expérience de vie de l'utilisateur en lien avec la maltraitance qui pourrait lui faire croire que cela est normal ou acceptable ? [15]



- Utiliser le schéma de questionnement éthique (voir page 13). [28]
- Questionner l'utilisateur sur ses valeurs ou les croyances sur lesquelles il se base pour prendre des décisions. [11, 29]
- Se rappeler qu'avec le temps et la répétition de certains actes maltraitants, la personne finit par considérer cela normal. Cette faculté d'adaptation peut donc rendre difficile la reconnaissance d'actes maltraitants subis. Accompagner l'utilisateur dans ses réflexions afin de l'aider à reconnaître les actes maltraitants subis. [15]

Favoriser la responsabilité partagée

[1, 11, 12, 16, 28]



- Est-ce que le fait de déléguer certaines tâches ou soins aux intervenants peut être perçu par l'aidant comme étant un manque de compétence de sa part, un abandon envers l'utilisateur ou une intrusion dans son intimité? [1, 9, 10]
- Est-ce que nous avons aussi recueilli des informations laissant ressortir les forces de l'utilisateur de l'aidant, de leur entourage et de leur mode de vie ? [1]



- Faire attention à la manière de présenter les choix retenus « faute de mieux » afin que ce ne soit pas vécu comme un échec de la part de l'utilisateur ou de son aidant, ou comme une faute de la part des professionnels. [1]
- Se rappeler que l'utilisateur ou l'aidant peuvent vivre un sentiment de honte à demander de l'aide car ils ne croient plus répondre au standard social de productivité et d'autonomie. [10]
- Donner la chance à l'utilisateur qui est connu comme « difficile » de repartir sur de nouvelles bases lorsqu'il a de nouveaux intervenants. [10]

Porter une attention à la réaction de l'utilisateur

[1, 11, 15, 16, , 20]



- Est-ce que certains comportements (dénis, fuite, agressivité) suggèrent un besoin d'accompagnement pour accepter ou composer avec ses pertes d'autonomie? [16]



- Porter une attention au sentiment d'abandon qui peut être vécu lorsque certaines interventions ou soins répétés sont cessés. [15]
- Porter une attention au sentiment de vulnérabilité engendré par la perte d'autonomie car chaque geste peut avoir pour effet de l'augmenter ou le diminuer. [15]

Mandat de protection appliqué adéquatement

Préalables:

Avoir pris connaissance de l'aptitude de la personne et sa capacité à consentir aux soins [17], du Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec [23], la Charte des droits et libertés de la personne [24], la Loi sur la santé et les services sociaux [27], la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité [26], la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui [25].



- Connaître et comprendre le cadre législatif entourant la pratique au SAPA.
- Travailler en contexte d'intervention volontaire. [27]
- Composer avec une offre de services de maintien à domicile limitée.
- Déterminer si la limite du maintien à domicile est atteinte.

Équilibrer la notion de sécurité versus celle d'autonomie

[2, 29]



- Est-ce que je crains d'être poursuivi(e) pour ne pas avoir été assez interventionniste? [16]
- Est-ce que les risques ont bien été exposés? [7, 12]
- Est-ce que la personne a exprimé clairement ce qu'elle voulait ou refusait? [23]
- Est-ce que le choix va dans le sens des valeurs antérieures de la personne? [22, 23]
- Est-ce que l'aidant est en accord avec la décision? [1, 9]
- Est-ce que la décision permet de maintenir certaines capacités résiduelles de l'utilisateur?
- Est-ce que la personne a eu le temps de réfléchir à sa situation, de vivre certains deuils de ses capacités? [1, 11]
- Est-ce que des essais de mise en place de certains services ont été faits? [1]



- Assurer une prise de décision partagée. [1, 11, 16]
- Ne pas sacrifier l'autonomie de l'utilisateur pour la sécurité par crainte de poursuites. [16]
- Expliquer clairement à la personne et ses proches pourquoi certaines décisions judiciaires ont été prises dans l'intérêt de la personne. [1]
- Définir clairement le cadre et le rôle de chacun. [1, 23]
- Si des demandes sont impossibles à atteindre totalement, essayer de s'ajuster. Sinon, expliquer clairement pourquoi c'est impossible. [1]
- Utiliser le modèle D.E.S.C. pour donner de la rétroaction (voir page 14). [6]

Exemples de manifestations de la maltraitance envers les personnes proches aidantes (PPA) selon la provenance.

(Éthier et al., 2020)

Jugements	<ul style="list-style-type: none"> • Personne aidée : être insatisfaite et critiquer la PPA; • Entourage : juger ce que fait la PPA et sa relation avec l'aidé; • Institutions : blâmer ou faire des reproches ou des remarques déplacées, manquer d'empathie et de considération; • PPA : se sentir incompétente dans son rôle.
Normalisation du rôle et de la maltraitance	<ul style="list-style-type: none"> • Entourage : tolérer les mauvais comportements de l'aidé, ne pas reconnaître les symptômes, les problèmes, la maltraitance; • Entourage, institutions, personne aidée et PPA : excuser la maltraitance et l'expliquer par la maladie ou l'âge de l'aidé.
Dénégation de l'expertise et de la contribution familiale et sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Entourage, personne aidée et PPA : ne pas reconnaître l'ampleur du rôle de la PPA et son importance, les conséquences de ce rôle et la diversité des connaissances et compétences nécessaires à son exercice; • Institutions : minimiser l'expertise de la PPA, l'écartier des décisions, remettre en question ses décisions, ne pas reconnaître la contribution sociale de ce rôle.
Dénégation des besoins	<ul style="list-style-type: none"> • Institutions : mettre à l'écart certains besoins de la PPA au profit de ceux de l'aidé ou par manque de ressources; • PPA : ne pas considérer ses propres besoins, ne pas consulter de médecin pour soi, garder le silence sur les situations difficiles, se négliger; • Personne aidée : ne pas se rendre compte des besoins de la PPA.
Utilisation de violence psychologique, physique ou sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Personne aidée : lancer des objets, donner des coups, infliger des blessures, obliger à des rapports sexuels ou s'en servir comme outil de chantage, intimider, injurier, menacer la PPA; • Institutions : intimider la PPA, la menacer, lui parler avec condescendance, la médicamenter pour des problèmes de sommeil ou d'anxiété au lieu de tenir compte de la cause de ses problèmes (épousement, maltraitance); • PPA : se culpabiliser, se sentir responsable de tout, tolérer de la violence psychologique, physique ou sexuelle.
Contribution à l'appauvrissement	<ul style="list-style-type: none"> • Personne aidée, entourage : ne pas reconnaître l'impact financier de la proche aidance, ne pas rembourser un prêt octroyé par la PPA, refuser de payer certaines dépenses assumées par la PPA; • PPA : accepter de payer certains frais pour l'aidé; • Institutions : exiger des frais pour certains services de soutien ou de répit nécessaires à la poursuite d'un rôle assumé bénévolement.
Imposition du rôle	<ul style="list-style-type: none"> • Personne aidée : s'attendre à ce que la PPA soit toujours disponible, fasse bien les choses, ne fasse pas d'erreur; • Entourage : s'attendre à ce qu'une personne s'occupe de son conjoint, de sa mère; • Institutions : s'attendre à ce qu'un proche devienne la PPA sans lui demander, ne pas lui offrir suffisamment de soutien ou l'offrir trop tard; • PPA : s'imposer des standards élevés et irréalistes dans son rôle.

Source: Éthier, S., Beaulieu, M., Perroux, M., Andrianova, A., Fortier, M., Boisclair, F., & Guay, M. C. (2020). Favoriser la bientraitance pour que proche aidance ne rime plus avec maltraitance. *Revue Intervention* 2020, 151, 33-56.

Schéma de questionnement éthique

(Ruault, G., Aquino, J. P. et Doutreligne, S., 2010)

1. Repérer les différents acteurs mis en jeu dans le cas clinique (famille, patient, soignants, autres).
2. Repérer le référentiel de chacun : en référence à quelles valeurs, à quelles idées, chaque acteur peut-il intervenir ?
3. Repérer les différents conflits émergents ou potentiels du cas clinique, quels acteurs impliqués dans ces conflits ?
4. Essayer d'expliquer ces conflits en les reliant au référentiel de l'acteur concerné.
5. Imaginer toutes les solutions théoriques possibles.
6. Faire la critique de toutes ces solutions théoriques en en cherchant les limites dans le contexte de la vie pratique.
7. Essayer de faire émerger la meilleure des solutions théoriques qui pourrait être appliquée dans la pratique.
8. S'attacher à prévoir les conditions d'une réévaluation régulière de cette solution après sa mise en pratique.

Source: Ruault, G., Aquino, J. P. et Doutreligne, S. (2010). Bienveillance des personnes âgées dépendantes : la trousse de bienveillance du programme national MobiQual. *Gérontologie et société*, 33(133), 159-169.

Le modèle D.E.S.C

(Clavier, H., 2016)

D : **Décrire** le comportement de la personne en termes concrets et objectifs. Utiliser des exemples précis. Ne pas émettre de jugement de valeur sur ce qu'elle fait.

E : **Exprimer** l'effet du comportement sur vous/ aidant/ équipe du SAPA...

S : **Spécifier** le comportement que vous souhaitez.

C : Expliquer les **conséquences** auxquelles la personne peut s'attendre :
-si le comportement change
-si le comportement ne change pas

Terminer sur une note positive !

Source : Clavier, H. (2016). REA 336-Négociation en réadaptation (notes de cours). Programme de 2e cycle en pratiques de la réadaptation. Université de Sherbrooke.

Porter une attention à notre non-verbal !



- 7% de l'attention est portée sur le **contenu**
- 38% de l'attention est portée sur la **tonalité**
- 55% de l'attention est portée sur le **non-verbal**

Source: Clavier, H. (2016). REA 336-Négociation en réadaptation (notes de cours). Programme de 2e cycle en pratiques de la réadaptation. Université de Sherbrooke.





Fiche réflexive



Description de la situation :



Dimensions à réfléchir:



Stratégies à essayer :

Contexte de travail bientraitant:

Bonnes pratiques professionnelles:

Lien thérapeutique positif:

Usager et son entourage impliqué:

Processus d'intervention efficace:

Mandat de protection adéquatement appliqué:

Références

1. ANESM (2008, décembre). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet.pdf
2. Beaulieu, M. et Crevier, M. (2010). Contre la maltraitance et promouvoir la bientraitance des personnes âgées: Regard analytique sur les politiques publiques au Québec. *Gérontologie et société*, 133(33), 69-87.
3. Bonamy, P., Desert, M., Frighi, S. et al. (2012). Les freins à la bientraitance dans l'aide à domicile. *VST - Vie sociale et traitements*, 116(4), 66-72.
4. Boudreau, Catherine (2021). *Élaboration d'un outil réflexif sur l'intervention bientraitante destiné aux travailleurs sociaux du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées en CLSC*. [essai de maîtrise en préparation]. Université de Sherbrooke.
5. Chiquette, S. P., et Beaulieu, M. (2019). Bientraitance des aînés: une nouvelle approche d'intérêt pour les travailleurs sociaux. *Revue Intervention*, (150), 101-111.
6. Clavier, H. (2016). *REA 336-Négociation en réadaptation* [note de cours]. Programmes de 2e cycle en pratiques de la réadaptation, cycle Université de Sherbrooke.
7. Curateur public du Québec (s.d.). *Module 3: Aptitude et consentement aux soins*. Curateur public du Québec. https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/publications/reseau_de_la_sante/mod03.pdf
8. Desprès, C. (2018, mai). Dissimuler ou mentir ?. *Anthropologie & Santé*, (16). <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2974>
9. Éthier, S., Beaulieu, M., Perroux, M., Andrianova, A., Fortier, M., Boisclair, F., & Guay, M. C. (2020). Favoriser la bientraitance pour que proche aidance ne rime plus avec maltraitance. *Revue Intervention* 2020, 151, 33-56.
10. Gonin, A., Grenier, J. et Lapierre, J. A. (2013). La souffrance éthique au travail: L'éthique du care comme cadre d'analyse critique et comme prospective dans le champ de la santé et des services sociaux. *Reflets: revue d'intervention sociale et communautaire*, 19(2), 85-110.
11. Gouvernement du Québec. (2016). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*, 2016 (publication no 13- 830-10F) (Le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke). <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2689058>
12. Haute Autorité de Santé-FORAP (2012). Guide de l'animateur pour la mise en œuvre de la cartographie des risques de maltraitance. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_guide_carto_risques.pdf
13. Haute Autorité de Santé-FORAP (2012). Regards croisés sur la bientraitance : Questionnaire d'évaluation professionnel de l'établissement. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_questionnaire_v2.pdf
14. Haute Autorité de Santé-FORAP (2012). Regards croisés sur la bientraitance: Auto-évaluation établissement. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_questionnaire_v1.pdf
15. Lefebvre, M. (2013). *Dynamique de la bientraitance*. ADICE-édition
16. Longneaux, J. M. (2010). On ne naît pas bien traité, mais on peut le devenir. *Gérontologie et société*, 33(2), 33-41.
17. Ministère de la famille et secrétariat aux aînés. (2017). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*. (publication F-5212-MSSS-17). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/F-5212-MSSS-17.pdf>
18. Moulia, R., Moulia, S. et Busby, F. (2010). Edito. La « bientraitance »: qu'est-ce que c'est?. *Gérontologie et société*, 33(2), 10-21.
19. Pain, B. (2010). Les incertitudes de la bientraitance. Ou comment prendre soin de la personne âgée démente ?. *Esprit*, (7), 153-170.
20. Péoc'h, Nadia. (2011). Bientraitance et éthique du care... Similitudes et différences autour d'une recension des écrits scientifiques. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 4-13.
21. Piktochart. (2021). *Create Infographics, Presentations & Reports*. Piktochart. <https://piktochart.com/>
22. Pomar-Chiquette, S. (2019). *Bientraitance des aînés : Nouveau paradigme à conjuguer à la lutte contre la maltraitance* [essai de maîtrise, Université de Sherbrooke]. http://maltraitancedesaines.com/wp-content/uploads/2019/11/2019_Pomar-Chiquette_Essai.pdf
23. Publications Québec. (2020, 10 novembre). *Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*. Légis Québec. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20286/>
24. Publications Québec. (10 décembre 2020a). - *Charte des droits et libertés de la personne*. Légis Québec. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-12>
25. Publications Québec. (10 décembre 2020b). - *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Légis Québec. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/p-38.001>
26. Publications Québec. (10 décembre 2020c). - *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*. Légis Québec. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/L-6.3>
27. Publications Québec. (10 décembre 2020d). - *S-4.2—Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Légis Québec. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-4.2>
28. Ruault, G., Aquino, J. P. et Doutreligne, S. (2010). Bientraitance des personnes âgées dépendantes : la trousse de bientraitance du programme national MobiQual. *Gérontologie et société*, 33(133), 159-169.
29. Thomas, P., Robichaud, A. et Hazif-Thomas, C. (2011). Autodétermination et vieillissement: principes pour une bientraitance. *La Revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 18(179), 438-444.