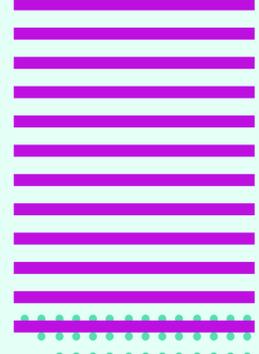
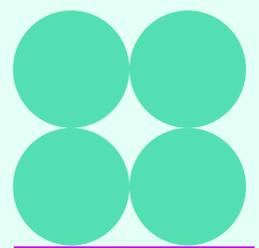
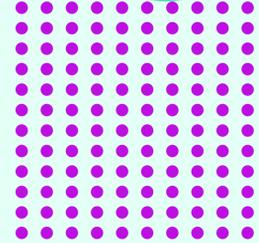
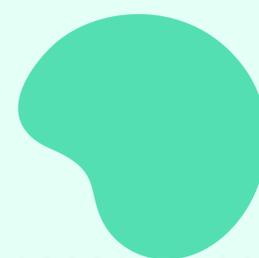
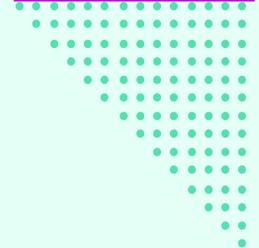
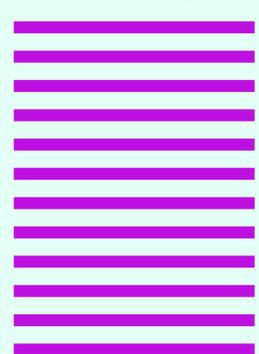
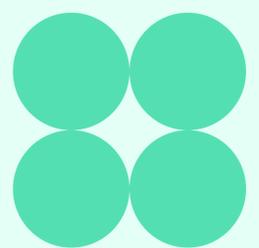
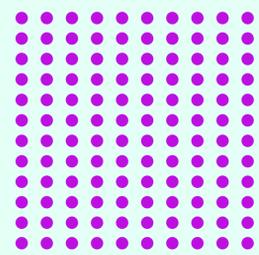
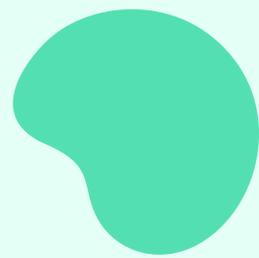


# Outil réflexif

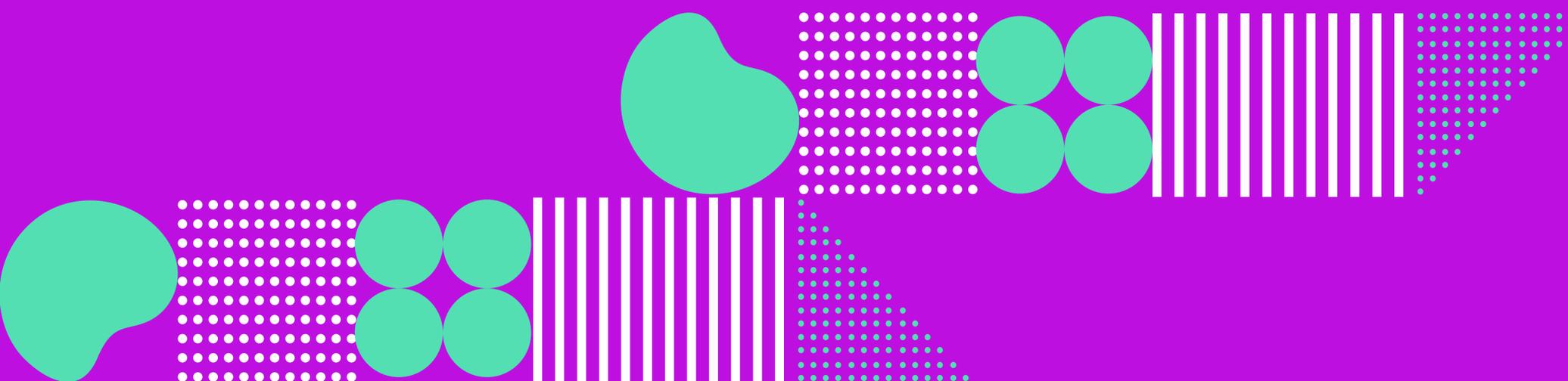
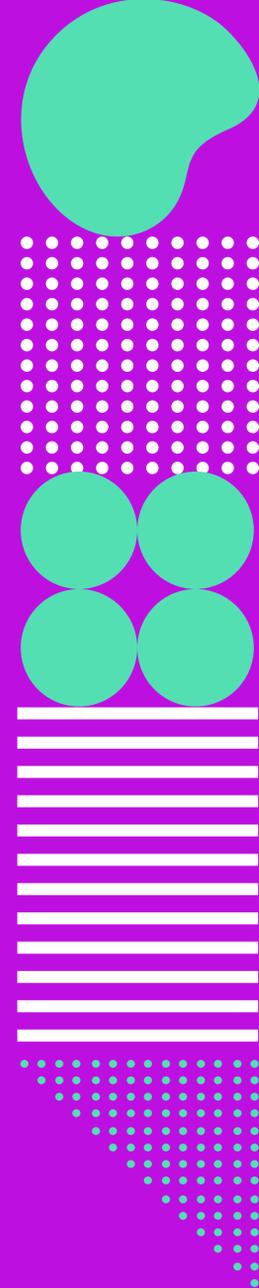
sur l'intervention bientraitante

destiné aux travailleurs sociaux du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)



# 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 bientraitance 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 bientraitant 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 bientraitante sont abordées en présentant les **préalables** qui sont les conditions optimales pour actualiser les principes d'intervention bientraitante. 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 bientraitance

« **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. <sup>(14)</sup>

## 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.



## 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]

## 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.« Surintervenir » 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]

## 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 bientraitance 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 bientraitance

[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 bientraitance.<sup>[11, 14, 15, 16]</sup>
- Utiliser l'outil réflexif portant sur la bientraitance.
- 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]

## 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.

**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]

## 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]

## 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]

## 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)

<b>Jugements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Personne aidée</b> : être insatisfaite et critiquer la PPA;</li> <li>▪ <b>Entourage</b> : juger ce que fait la PPA et sa relation avec l'aidé;</li> <li>▪ <b>Institutions</b> : blâmer ou faire des reproches ou des remarques déplacées, manquer d'empathie et de considération;</li> <li>▪ <b>PPA</b> : se sentir incompétente dans son rôle.</li> </ul>
<b>Normalisation du rôle et de la maltraitance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Entourage</b> : tolérer les mauvais comportements de l'aidé, ne pas reconnaître les symptômes, les problèmes, la maltraitance;</li> <li>▪ <b>Entourage, institutions, personne aidée et PPA</b> : excuser la maltraitance et l'expliquer par la maladie ou l'âge de l'aidé.</li> </ul>
<b>Dénégation de l'expertise et de la contribution familiale et sociale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Entourage, personne aidée et PPA</b> : 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;</li> <li>▪ <b>Institutions</b> : minimiser l'expertise de la PPA, l'écarter des décisions, remettre en question ses décisions, ne pas reconnaître la contribution sociale de ce rôle.</li> </ul>
<b>Dénégation des besoins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Institutions</b> : mettre à l'écart certains besoins de la PPA au profit de ceux de l'aidé ou par manque de ressources;</li> <li>▪ <b>PPA</b> : ne pas considérer ses propres besoins, ne pas consulter de médecin pour soi, garder le silence sur les situations difficiles, se négliger;</li> <li>▪ <b>Personne aidée</b> : ne pas se rendre compte des besoins de la PPA.</li> </ul>
<b>Utilisation de violence psychologique, physique ou sexuelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Personne aidée</b> : 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;</li> <li>▪ <b>Institutions</b> : 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 (épuisement, maltraitance);</li> <li>▪ <b>PPA</b> : se culpabiliser, se sentir responsable de tout, tolérer de la violence psychologique, physique ou sexuelle.</li> </ul>
<b>Contribution à l'appauvrissement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Personne aidée, entourage</b> : 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;</li> <li>▪ <b>PPA</b> : accepter de payer certains frais pour l'aidé;</li> <li>▪ <b>Institutions</b> : exiger des frais pour certains services de soutien ou de répit nécessaires à la poursuite d'un rôle assumé bénévolement.</li> </ul>
<b>Imposition du rôle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Personne aidée</b> : s'attendre à ce que la PPA soit toujours disponible, fasse bien les choses, ne fasse pas d'erreur;</li> <li>▪ <b>Entourage</b> : s'attendre à ce qu'une personne s'occupe de son conjoint, de sa mère;</li> <li>▪ <b>Institutions</b> : 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;</li> <li>▪ <b>PPA</b> : s'imposer des standards élevés et irréalistes dans son rôle.</li> </ul>

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.

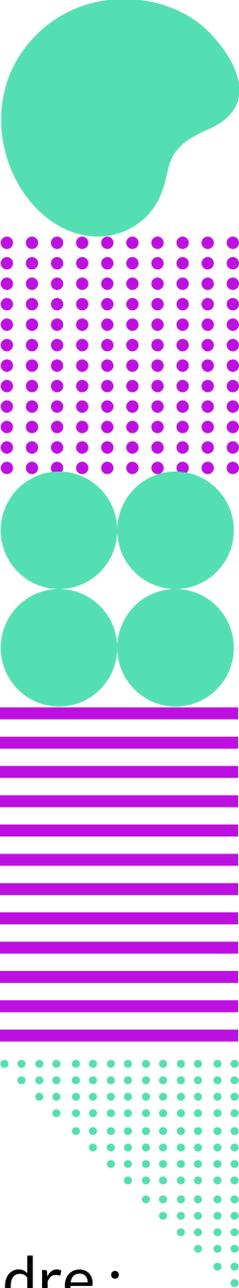
## Porter une attention à notre non-verbal !



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**





Description de la situation :



Dimensions à réfléchir:



Stratégies à essayer :

Contexte de travail bienveillant:

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](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet.pdf)
2. Beaulieu, M. et Crevier, M. (2010). Contrer 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](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](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](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](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 traitant, 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. Moulias, R., Moulias, 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://maltraitecedesaines.com/wp-content/uploads/2019/11/2019\\_Pomar-Chiquette\\_Essai.pdf](http://maltraitecedesaines.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.