



Université du Québec
à Rimouski

**L'approche de la bientraitance : un concept transversal pour
soutenir les personnes professionnelles en travail social dans
l'accompagnement des personnes ainées en soutien à domicile**

Mémoire présenté
dans le cadre du programme de maîtrise en travail social
en vue de l'obtention du grade de maître ès arts

PAR
© NICOLE HÉON

Mai 2025

Composition du jury :

Véronique Gauthier, présidente du jury, Université du Québec à Rimouski (Lévis)

Marie-Hélène Morin, directrice de recherche, Université du Québec à Rimouski

Nathalie Delli-Celli, examinatrice externe, Université de Sherbrooke

Dépôt initial le 26 février 2025

Dépôt final le 28 mai 2025

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'auteur, autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteur conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.

À la mémoire de ma mère et de mon père qui m'ont transmis le courage et la détermination. Et surtout de toujours croire que lorsqu'il y a un problème, il y a aussi une solution.

REMERCIEMENTS

Mon entourage n'était pas complètement surpris de me voir entreprendre une maîtrise à l'aube de la retraite. Cependant, je vous assure que faire une maîtrise n'est pas la moindre de mes aventures. Faire entièrement mes cours en virtuel, en grande partie en raison de la pandémie de la Covid-19, a été tout un défi. Durant ce long processus, il y a eu des moments d'enthousiasme et de doute. Dans le dernier sprint, quand le manque de motivation a commencé à pointer, j'ai eu la chance d'être entourée de personnes extraordinaires qui ont su m'encourager.

Je remercie Marie-Hélène Morin, ma directrice de maîtrise. Ta présence et ta disponibilité pour répondre rapidement à mes questions, tes propositions, tes conseils précieux et constructifs m'ont permis de pousser plus loin ma réflexion et, ainsi, mieux développer mon sujet de recherche et la rédaction de ce mémoire. J'en suis énormément reconnaissante. Je remercie également Nathalie Delli-Colli, examinatrice externe, et Véronique Gauthier, présidente du jury, d'avoir pris le temps de lire ma recherche. Vos commentaires judicieux sont grandement appréciés.

Mes remerciements s'adressent aussi à un professeur-chercheur inspirant qui m'a donné le goût de faire de la recherche en me donnant mes premières chances, autant pour faire de la recherche que pour enseigner. Merci Marc Boily! Je remercie également la Chaire interdisciplinaire sur la santé et les services sociaux pour les populations rurales (CIRUSSS) pour son soutien.

Je ne peux pas passer à côté de l'appui de Mélanie Mercure, coordonnatrice du continuum SAD secteur Ouest et Steeve Bélanger, coordonnateur du continuum SAD secteur Est du Programme de soutien aux personnes ainées et aux personnes en perte d'autonomie (SAPA) du Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) du Bas-

Saint-Laurent, ainsi que les chefs de services des différents secteurs du Bas-Saint-Laurent. Sans votre collaboration, le recrutement aurait été plus laborieux. Merci pour le temps que vous avez pris pour mon projet. Reconnaître l'importance d'accorder la parole aux personnes professionnelles sur le terrain est une forme de reconnaissance de leur expertise. Je ne peux passer sous silence la bientraitance que Marco Roy, mon chef de service, a démontrée envers moi. Il a permis que je concilie travail-études sans que cela ne devienne une corvée. Merci pour ta confiance en moi! Tu as fait une grande différence afin que je puisse maintenir le rythme dans cette belle aventure.

Mille fois merci aux personnes participantes à ma recherche. En dépit de ce qu'apporte comme défi de prendre soin des autres, vous le faites jour après jour. De plus, malgré votre charge de travail, vous avez trouvé le temps de me parler de votre réalité avec une grande ouverture. Il y a beaucoup à apprendre de vous, qui avez fait le choix de faire la différence pour assurer le bien-être et la sécurité des personnes ainées. Merci pour votre participation, car sans vous, ma recherche n'aurait pas été possible. Je souhaite qu'on soit bientraitant envers vous autant que vous l'êtes envers votre clientèle.

Tout au long de mon parcours, j'ai fait des rencontres inspirantes. Merci à mes collègues étudiants et étudiantes et au corps professoral. Vous avez été une présence rassurante et vous avez contribué à faciliter mon parcours. Je remercie du fond du cœur, ma précieuse correctrice, Gigi, qui m'accompagne dans mes apprentissages depuis 2005 et Cristel qui a été une aide inestimable dans un « rush » de rédaction.

Sous une note plus personnelle, je ne peux passer sous silence la présence et la compréhension de mes deux fils, Éric et Jérémie, ainsi que ma belle-fille Claudia. Malgré mon manque de disponibilité parfois, j'ai toujours senti votre soutien inconditionnel. De plus, je ne peux oublier mes petits-fils Damien, Nathan, Samaël et Izack, mes diffuseurs de bonheur! C'est avec beaucoup de fierté et d'émotion que je dépose ce mémoire et que je souhaite que le fruit de mon travail puisse apporter une contribution au travail social et à mieux connaître l'approche de la bientraitance. Maintenant arrivée à destination, j'ai le sentiment du devoir accompli.

RÉSUMÉ

Ce mémoire explore l'approche de la bientraitance dans la pratique du travail social auprès des personnes ainées au Bas-Saint-Laurent. L'objectif principal est de comprendre comment les personnes professionnelles de cette discipline perçoivent et appliquent cette approche dans le contexte de la pratique en soutien à domicile. Les thèmes étudiés incluent la compréhension de la bientraitance, les facteurs favorisant ou entravant son application, les stratégies d'intervention associées, l'impact des conditions de travail et l'influence des systèmes (individuel, professionnel, organisationnel et sociétal). La recherche adopte une approche qualitative descriptive, avec des entretiens semi-dirigés réalisés auprès de onze personnes professionnelles en travail social. Les données ont été analysées par une démarche inductive et une analyse thématique, en s'appuyant sur le modèle bioécologique de Bronfenbrenner. Une vignette clinique a été utilisée pour susciter la discussion lors des entretiens. Les principaux résultats démontrent une compréhension nuancée de la bientraitance, souvent limitée par des contraintes organisationnelles et de temps. Bien que les valeurs professionnelles soient valorisées, les difficultés à les appliquer persistent dans un contexte de surcharge de travail et de pénurie de ressources. Des besoins de formations et d'outils sont identifiés pour soutenir l'intégration de la bientraitance. En conclusion, l'étude révèle que la bientraitance est un concept transversal nécessitant une action concertée à tous les niveaux. L'environnement organisationnel et les conditions de travail ont un impact direct sur la capacité des personnes professionnelles à appliquer cette approche. L'importance de la formation et du développement d'outils pour soutenir la pratique est relevée, tout en reconnaissant la complexité des situations rencontrées.

Mots-clés : bientraitance, personne ainée, vieillissement, travail social, soutien à domicile, pratique professionnelle, formation, modèle bioécologique, recherche qualitative descriptive

ABSTRACT

This dissertation explores the well-treatment approach in social work practice with seniors in Bas-Saint-Laurent. The main objective is to understand how professionals in this discipline perceive and apply this approach in the context of home support practice. Subjects studied include understanding of well-treatment, factors promoting or hindering its application, associated intervention strategies, the impact of working conditions and the influence of systems (individual, professional, organizational and societal). The research adopts a descriptive qualitative approach, with semi-structured interviews conducted with eleven professional social workers. Data were analyzed using an inductive approach and thematic analysis, based on Bronfenbrenner's bioecological model. A clinical vignette was used to stimulate discussion during the interviews. The main results show a nuanced understanding of well-treatment, often limited by organizational and time constraints. Although professional values are valued, difficulties in applying them persist in a context of work overload and scarcity of resources. A need for training and tools has been identified to support the integration of good treatment. In conclusion, the study underlines that the concept of well-treatment is a cross-functional issue requiring concerted action at all levels. The organizational environment and working conditions have a direct impact on the ability of professionals to apply this approach. The importance of training and the development of tools to support practice is highlighted, while acknowledging the complexity of the situations encountered.

Key words: well-treatment, older people, aging, social work, home support, professional practice, training, bioecological model, descriptive qualitative approach

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ix
RÉSUMÉ	xii
ABSTRACT.....	xiv
TABLE DES MATIÈRES	xvi
LISTE DES TABLEAUX	xxiii
LISTE DES FIGURES	xxv
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	xxvii
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
CHAPITRE 1 La problématique.....	4
1.1 MISE EN CONTEXTE.....	4
1.2 LA PROBLEMATIQUE.....	5
1.3 LES PERTINENCES DE L'ETUDE	7
1.4 LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	9
1.4.1 Stratégies de recherche documentaire.....	9
1.4.2 L'état des connaissances	10
1.4.2.1 Le vieillissement de la population	11
1.4.2.2 Les mesures de protection politiques et législatives	12
Les politiques et lois favorisant la protection des personnes ainées et le maintien à domicile.....	12
Les politiques et les lois pour lutter contre la maltraitance et promouvoir la bientraitance	14
1.4.3 Le soutien à domicile	15

1.4.3.1	Les rôles et responsabilités des personnes professionnelles en travail social au SAD.....	19
1.4.4	La bientraitance.....	20
1.4.4.1	La définition de la bientraitance	20
1.4.4.2	Les différentes façons de concevoir la bientraitance	21
1.4.4.3	La bientraitance et le travail social auprès des personnes ainées	22
1.4.4.4	Les dimensions de la bientraitance	23
	La bientraitance individuelle	23
	La bientraitance relationnelle	24
	La bientraitance collective.....	25
	La bientraitance organisationnelle	26
	La bientraitance sociétale	26
	La bientraitance éthique	27
1.4.5	Les limites des études actuelles	28
1.5	QUESTION ET OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	29
1.5.1	Question de recherche	29
1.5.2	Objectifs de la recherche	29
1.5.2.1	Objectif général et objectifs spécifiques	29
CHAPITRE 2	Cadre conceptuel	32
CHAPITRE 3	méthodologie.....	37
3.1	TYPE D'ÉTUDE	37
3.1.1	La recherche qualitative descriptive	37
3.2	LA POPULATION À L'ÉTUDE ET L'ÉCHANTILLONNAGE	38
3.2.1	Les critères d'inclusion et d'exclusion à la recherche	39
3.2.2	Site de l'étude	39
3.3	RECRUTEMENT.....	40
3.4	LA MÉTHODE DE PRODUCTION DE DONNÉES	41
3.4.1	Entretiens semi-dirigés.....	41

3.4.2 Vignette clinique	44
3.5 LA METHODE D'ANALYSE DE DONNEES	45
3.5.1 Analyse thématique	45
3.5.1.1 La codification	46
3.5.2 Démarche inductive délibératoire	47
3.6 CRITERES DE SCIENTIFICITE	47
3.7 LIMITES LIEES AU RECRUTEMENT ET A LA COLLECTE DE DONNEES	49
CHAPITRE 4 Résultats	52
4.1 PRESENTATION DES PERSONNES PROFESSIONNELLES EN TRAVAIL SOCIAL : PROFILS, EXPERIENCES ET MOTIVATIONS	53
4.1.1 Expériences en travail social : trajectoires professionnelles	54
4.1.2 Choisir le travail social : l'influence des expériences	55
4.1.2.1 L'influence des expériences personnelles et familiales	55
4.1.2.2 Le désir de faire la différence	56
4.1.3 Les formations et le développement professionnel	57
4.1.3.1 Formations en travail social et gériatrie : un manque de préparation spécifique	58
4.1.3.2 Limites et apports des formations en milieu de travail	60
4.2 LE VIEILLISSEMENT DEMOGRAPHIQUE : ENJEUX ET DEFIS	61
4.2.1 Les changements liés à l'âge	62
4.2.2 La précarité financière : un défi majeur pour les personnes ainées	63
4.2.3 Les multiples facettes de l'isolement social chez les personnes ainées	64
4.2.3.1 Les mesures de confinement liées à la COVID-19	64
4.2.3.2 Les deuils multiples	65
4.2.3.3 La perte du réseau social et la distance avec la famille	66
4.2.3.4 L'auto-isolement et la peur du jugement social	66
4.2.3.5 Les facteurs limitant l'accès aux services	67
4.2.4 Les stéréotypes et les préjugés liés à l'âge	67

4.2.5 La reconnaissance sociale des personnes ainées.....	68
4.2.6 Le rôle indispensable des personnes proches aidantes (PPA)	69
4.2.7 La maltraitance envers les personnes ainées	70
4.3 LE ROLE DES PERSONNES PROFESSIONNELLES EN TRAVAIL SOCIAL AU SOUTIEN A DOMICILE.....	71
4.3.1 Maintien à domicile et transitions vers l'hébergement	72
4.3.2 Évaluation des besoins et coordination des services.....	73
4.3.3 Gestion des situations complexes et soutien aux familles.....	74
4.3.4 Travail d'équipe et interdisciplinarité.....	75
4.3.5 Équilibre entre maintien à domicile et protection de la personne ainée	76
4.3.6 Gestion de la charge de travail et défis inhérents au SAD	77
4.4 L'INTERVENTION SOCIALE AUPRES DES PERSONNES AINEES : CONCILIER INDIVIDUALITE, SOUTIEN FAMILIAL ET SOCIAL	78
4.4.1 L'individualité de chaque personne ainée	79
4.4.1.1 L'approche centrée sur la personne	79
4.4.1.2 La promotion de l'autodétermination.....	81
4.4.2 Le rôle de la famille et du réseau social : défis et leviers pour le maintien à domicile.....	81
4.4.2.1 Collaborations et défis liés à l'implication familiale.....	82
4.4.2.2 Informer et outiller les familles	82
4.4.2.3 Au-delà de la famille : l'importance du réseau social.....	83
4.5 LES ENJEUX ET LES DEFIS RENCONTRES DANS LE MILIEU DE TRAVAIL	83
4.5.1 Concilier temps et charge de travail.....	84
4.5.2 Tâches administratives et bureaucratie	85
4.5.3 Réactions face au système de santé et de services sociaux	85
4.5.4 Pénurie de ressources et de personnel.....	86
4.6 L'ANALYSE DE LA VIGNETTE CLINIQUE : QUAND LA BIENTRAITANCE RENCONTRE LES REALITES DU TERRAIN.....	89
4.6.1 L'autodétermination : un principe de la bientraitance	89
4.6.2 L'évaluation des capacités fonctionnelles et cognitives comme fondement de la bientraitance.....	90
4.6.3 L'approche centrée sur la personne : un pilier de la bientraitance	90
4.6.4 La protection de la personne : un aspect essentiel de la bientraitance	91

4.6.5 L'établissement de collaborations avec la famille et le personnel de la résidence : une nécessité pour une approche bientraitance	92
4.7 COMPREHENSION DE LA BIENTRAITANCE : LE POINT DE VUE DES PERSONNES PARTICIPANTES	93
4.7.1 La bientraitance : une valeur fondamentale du travail social	96
4.7.1.1 Les valeurs et principes de la bientraitance et du travail social.....	97
4.7.1.2 Une approche centrée sur la personne.....	98
4.7.1.3 Un rôle dans la prévention et la promotion de la bientraitance	99
4.7.2 Les défis de l'implantation de la bientraitance au SAD selon les personnes participantes	100
4.7.3 Les avantages de l'implantation de l'approche de la bientraitance au soutien à domicile selon les personnes participantes	103
4.7.4 Les conditions favorables à l'implantation de la bientraitance	106
CHAPITRE 5 Discussion	108
5.1 INTERPRETATION DES RESULTATS.....	109
5.1.1 Le macrosystème : l'influence des normes et des valeurs sociétales sur la perception du vieillissement.....	109
5.1.1.1 Vieillissement et société : entre préjugés et nécessité de sensibilisation	109
5.1.1.2 L'exosystème : les différents aspects qui influencent l'environnement des personnes professionnelles en travail social	110
5.1.1.3 L'influence des lois et des politiques.....	111
5.1.1.4 Les difficultés liées à l'accessibilité des services au soutien à domicile pour les personnes ainées	112
5.1.1.5 Les enjeux rencontrés pour offrir les services au SAD	115
5.1.1.6 Le mésosystème : l'influence de l'environnement organisationnel sur l'approche de la bientraitance	117
5.1.1.7 L'environnement organisationnel du SAD.....	117
5.1.1.8 La communication et la collaboration interprofessionnelle	120
5.1.1.9 Coordination et disponibilité des ressources	122
5.1.1.10 Le microsystème : l'environnement immédiat	123
5.1.1.11 Les enjeux pour l'application de la bientraitance au SAD	124

Les enjeux liés aux conditions de travail	124
Les enjeux liés à la gestion axée sur le contrôle et la productivité.....	126
5.1.5 L'ontosystème : les personnes participantes au centre du processus	127
5.1.5.1 Caractéristiques individuelles des personnes participantes.....	127
5.1.5.2 Comprendre l'engagement des personnes participantes : un regard sur leurs motivations.....	128
5.1.5.3 Formations préparant à intervenir auprès des personnes ainées	129
5.1.5.4 Valeurs, croyances et attitudes des personnes participantes face au vieillissement démographique	130
5.2 LA BIENTRAITANCE : UN CONCEPT TRANSVERSAL.....	131
5.3 APPORTS ET LIMITES DE LA RECHERCHE.....	133
5.4 PERSPECTIVES POUR DES RECHERCHES FUTURES	134
5.5 LES PISTES DE REFLEXION POUR LE TRAVAIL SOCIAL	135
5.5.1 De l'écoute à l'action : un soutien organisationnel centré sur les besoins des personnes professionnelles en travail social	135
5.5.2 Du concept à la pratique de la bientraitance : outiller les personnes professionnelles en travail	136
5.5.3 De la théorie à la pratique : une formation axée sur le vieillissement et la bientraitance	137
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	140
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	143
annexe I : Synopsis de la prise de contact avec les membres de la Direction du SAPA....	158
annexe II : Affiche.....	160
annexe III : Dépliant.....	161
annexe IV : Synopsis du premier contact avec la personne participante	162
annexe V : Formulaire de consentement	163
annexe VI : Données sociodémographiques.....	170
Annexe VII : Vignette clinique.....	171
Annexe VIII : Grille d'entretien.....	173

Annexe IX : Attestation de participation.....	177
Annexe X : Entente de confidentialité pour la transcription des données.....	178
Annexe XI : Grille d'analyse qualitative.....	179
Annexe XII : Codification N'Vivo.....	180

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Population selon le groupe d'âge des 65 ans et plus par région administrative du Bas-Saint-Laurent.....	7
Tableau 2. Synthèse des données sociodémographiques des personnes participantes	53
Tableau 3. Définition de la bientraitance selon les personnes participantes	95
Tableau 4. Les défis de l'implantation de la bientraitance selon les personnes participantes	100
Tableau 5. Les avantages de l'implantation de la bientraitance selon les personnes participantes	104

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Services à domicile rendus par le soutien à domicile du Bas-Saint-Laurent.....	17
Figure 2. Représentation graphique des trois volets du soutien à domicile	18
Figure 3. Modèle de l'approche bioécologique de Bronfenbrenner	33
Figure 4. Les relations entre les dimensions à l'étude	43
Figure 5. Analyse des résultats selon le modèle bioécologique de Bronfenbrenner.....	108
Figure 6. Nombre d'heures de services fournies versus nombre d'heures requises pour répondre aux besoins en services à domicile	116
Figure 7. Les six dimensions de la bientraitance soulevées dans la littérature.....	131

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AAOR	Accueil, analyse, orientation, référence
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
AQRP	Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et des services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux
CIRUSSS	Chaire interdisciplinaire sur la santé et les services sociaux pour les populations rurales
CLSC	Centre local de services communautaires
CNEV	Comité national d'éthique sur le vieillissement
COS	Comité d'orientation de services
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
GMF	Groupe de médecine familiale
HFC	Heure de formation continue
ISQ	Institut de la statistique du Québec

MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCCI	Outil de cheminement clinique informatisé
ONU	Organisation des Nations Unies
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
PPA	Personne proche aidante
RI	Résidence intermédiaire
RPA	Résidence privée pour ainés
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes adultes
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Services aux aînés et aux personnes en perte d'autonomie

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Au Québec, la population de personnes ainées a augmenté de façon significative depuis les années 1970. Au Bas-Saint-Laurent, l'augmentation de la population vieillissante est plus marquée en raison des réalités des régions éloignées, notamment le départ des jeunes vers les centres urbains pour les études ou le travail (Gauthier, 2021b) et l'accroissement naturel négatif (plus de décès que de naissances) depuis 2010 (Simard, 2020). Cette situation engendre une hausse des besoins en soins et services pour les personnes ainées ainsi que des préoccupations pour leur bien-être et leur sécurité. Cette transition démographique soulève des défis importants, dont la maltraitance envers les personnes ainées qui entraîne des répercussions néfastes sur la santé physique et mentale ainsi que sur la qualité de vie (Laforest et Tourigny, 2021). Par conséquent, la promotion de la lutte contre la maltraitance a incité les institutions à s'interroger sur leurs pratiques et à chercher des solutions pour améliorer la qualité des soins et le bien-être des personnes vulnérables.

Pour contrer ce problème social, l'approche de la bientraitance est apparue dans les années 2000 en réaction à la prise de conscience des situations de maltraitance, notamment envers les personnes vulnérables (Grassin et Wanket-Thibault, 2016; Job et Bouchara, 2010). Dans ce contexte spécifique, la bientraitance s'appuie sur une vision positive du vieillissement et reconnaît la valeur et la contribution des personnes ainées en tant que membres à part entière de la société. Les personnes professionnelles en travail social sont en première ligne pour identifier les situations de maltraitance et intervenir de façon à assurer la sécurité et le bien-être de la personne. De plus, elles contribuent à la mise en place de services et de programmes adaptés aux besoins spécifiques des personnes ainées, notamment en matière de soutien à domicile. Le soutien à domicile des personnes ainées représente « un enjeu social et de santé publique majeur, particulièrement face au vieillissement grandissant de la population et aux défis associés à l'isolement social, à l'accessibilité aux soins et à

l'équité dans le financement des services » (Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic (AQRP), 2025a, p. 6). Pour plusieurs, le maintien à domicile est une priorité, car il leur permet de demeurer dans un environnement familier et de conserver leur autonomie le plus longtemps possible.

Ce mémoire débute avec le premier chapitre se concentre sur la problématique. Il introduit le fondement de la recherche en présentant le contexte, la problématique, les pertinences de l'étude, les connaissances existantes, ainsi que la question et les objectifs de recherche. Le deuxième chapitre expose le cadre théorique en présentant le modèle bioécologique de Bronfenbrenner comme outil d'analyse. Ce modèle permet de considérer les différents niveaux d'influence sur la pratique en travail social allant des caractéristiques individuelles des personnes participantes aux contextes organisationnels et sociétaux. Ensuite, le troisième chapitre expose la méthodologie utilisée allant du choix de l'approche qualitative descriptive à la méthode de production et d'analyse des données, en passant par les considérations éthiques. Il fait ressortir la rigueur avec laquelle l'étude a été menée, tout en reconnaissant certaines limites inhérentes à ce type de recherche. Le quatrième chapitre présente les personnes participantes en explorant leurs parcours, leurs motivations ainsi que l'influence de leurs expériences personnelles et professionnelles. Il présente également les résultats de la recherche en explorant les différents aspects liés à la pratique en travail social auprès des personnes ainées, tout en mettant l'accent sur la compréhension et l'application de l'approche de la bientraitance. Il explore les défis, les enjeux et les valeurs qui sous-tendent la pratique des personnes professionnelles en travail social dans ce domaine. La vignette sert de support pour explorer les concepts théoriques et pour mieux comprendre la complexité de l'intervention sur le terrain. Puis, avant de conclure, le cinquième chapitre porte sur la discussion qui vise à interpréter les résultats obtenus en relation avec la littérature existante, et ce, en utilisant le modèle bioécologique de Bronfenbrenner comme fil conducteur. Les six dimensions de la bientraitance sont retenues pour enrichir l'analyse. Finalement, les apports et les limites de la recherche, des propositions de pistes pour des recherches futures ainsi que des pistes de réflexion pour le travail social concluent le chapitre.

CHAPITRE 1

LA PROBLEMATIQUE

Ce premier chapitre situe la problématique de recherche et contient six sections principales. Afin de saisir les préoccupations qui ont inspiré le thème à l'étude, une mise en contexte est suivie par la problématique, les pertinences de l'étude et l'état des connaissances. Une fois ces repères établis, la recension des écrits permet de dégager le portrait actuel des recherches menées sur le sujet de la bientraitance auprès des personnes ainées. Ces jalons ont ensuite amené à formuler la question de recherche et les objectifs liés à l'étude.

1.1 MISE EN CONTEXTE

La promotion de la bientraitance a pris une place plus importante pour contrer la maltraitance dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2022b). En 2020, une campagne de sensibilisation a été instaurée au CISSS du Bas-Saint-Laurent. Intitulée « Portons un regard nouveau sur les personnes ainées », cette campagne régionale avait pour but de souligner l'apport des personnes ainées dans la société (CISSS-BSL, 2020). Malgré les politiques mises en place pour assurer la protection des personnes ainées, force est de constater que le vieillissement de la population engendre des enjeux importants. D'ailleurs, le contexte de la pandémie de la Covid-19 a mis en évidence des lacunes sur le plan des services sociaux et du soutien auprès des personnes les plus vulnérables, notamment les personnes ainées (Laforest et Tourigny, 2021; MSSS, 2020a; MSSS, 2021). Depuis, les gouvernements et la société civile démontrent de l'intérêt à améliorer les conditions de vie des personnes ainées (Van der Vlugt et Audet-Nadeau, 2020).

Le rôle des personnes professionnelles en travail social est prépondérant dans la résolution des situations de maltraitance envers les personnes ainées. Tenant compte de leur expertise dans le domaine et la proximité auprès d'elles, elles sont appelées à intervenir lorsqu'une situation de maltraitance est suspectée (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et

familiaux du Québec (OTSTCFQ, 2021b). Les personnes intervenantes de cette discipline s'assurent de l'équilibre entre la préservation de la sécurité des personnes ainées en contexte de vulnérabilité et le respect de leurs capacités d'autodétermination lorsqu'elles évaluent les situations de maltraitance (OTSTCFQ, 2021a). Dans un contexte de travail caractérisé par un manque de temps et d'effectifs pour fournir des soins et des services, une lourdeur de charge de travail, un épuisement professionnel, des contraintes financières ainsi qu'une mobilité du personnel, les enjeux organisationnels pour mettre en application l'approche de la bientraitance sont nombreux (Lord et al., 2016 ; Pomar-Chiquette et Beaulieu, 2019).

1.2 LA PROBLEMATIQUE

La maltraitance envers les personnes ainées est « un problème complexe et multifactoriel qui s'inscrit dans une dynamique relationnelle » (Beaulieu et al., 2018, p. 170). Elle nécessite une compréhension des divers facteurs en jeu. Il s'avère difficile d'évaluer avec précision la prévalence de cette problématique. En 2019, lors de l'Enquête sur la maltraitance envers les personnes ainées au Québec, la prévalence de la maltraitance chez les personnes de 65 ans et plus vivant à domicile a été établie à 5,9 % (Gingras, 2020), alors qu'une enquête menée auprès des personnes de 55 ans et plus par l'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées indiquait une prévalence de 8,2 % à l'échelle canadienne (INSPQ, 2022). Bien que la problématique soit sous-estimée, car elle est peu dénoncée et peu reconnue, la prévalence estimée pour les mauvais traitements et la négligence envers les personnes ainées varie entre 4 % et 10 % (Hirst et al., 2016) et même jusqu'à 10 % et 15 % (Beaulieu et al., 2013).

Ainsi, au cours des prochaines années, il est possible de croire que de plus en plus de personnes ainées se retrouveront en situation de maltraitance. La croissance de ce groupe de population est susceptible de provoquer une augmentation des besoins de soutien de la part de la clientèle âgée (Maillé, 2018). De plus, selon l'Organisation des Nations Unies (ONU, 2020), des personnes ainées ont été confrontées à des situations de vulnérabilité supplémentaires en raison de la pandémie de la Covid-19. Par exemple, celles qui étaient en quarantaine ou confinées avec des personnes qui s'occupaient d'elles pouvaient « être confrontées à des risques plus élevés de violence, de maltraitance et de négligence » (ONU, 2020, p. 3).

Inspirée par la définition de l’Organisation mondiale de la santé dans la Déclaration de Toronto (2002) et celle contenue à la suite de la modification de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les ainés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (2022), la définition actuelle s’applique à toute personne adulte âgée de plus de 18 ans :

Il y a maltraitance quand une attitude, une parole, un geste ou un défaut d’action appropriée, singulier ou répétitif, se produit dans une relation avec une personne, une collectivité ou une organisation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause, intentionnellement ou non, du tort ou de la détresse chez une personne adulte. (MSSS, 2022b, p. 6)

La dimension de la relation de confiance englobe, entre autres, la prestation de soins et les services professionnels. Elle ne se limite pas uniquement au contexte familial. Elle s’étend à tous les réseaux de l’environnement de la personne et inclut « les relations amicales, les relations de voisinage, les relations développées dans le cadre d’actions bénévoles, les relations entretenues avec des prestataires de services domestiques, des relations avec des professionnels » (MSSS, 2022b, p. 6). La maltraitance peut se produire dans tout lieu ou milieu fréquenté par une personne, que ce soit privé, public ou communautaire et même dans le cyberspace (MSSS, 2022b). Qu’elle soit psychologique, physique, sexuelle, matérielle et financière ou organisationnelle, incluant la violation des droits et l’âgisme, un seul type de maltraitance peut engendrer des conséquences multiples (Beaulieu et Cadieux Genesse, 2021). Des séquelles physiques, l’apparition d’idées suicidaires, l’augmentation de la morbidité et de la mortalité, des pertes financières, le développement d’anxiété, de confusion, de dépression, un repli sur soi-même, un sentiment d’insécurité et une augmentation de la fréquentation des urgences comptent parmi les conséquences qui affectent le quotidien (MSSS, 2016). Qu’importe la forme ou le type de maltraitance, elle peut conduire à une relocalisation prématurée en milieu d’hébergement et, même, jusqu’au décès (Beaulieu, 2019). Laforest et Tourigny (2021) précisent que la maltraitance compromet la qualité de vie et contribue à réduire l’espérance de vie. Ils soulèvent qu’une stratégie de prévention de la maltraitance doit également intégrer des actions qui agissent sur les milieux de vie. Ainsi, ces actions ne reposent pas seulement sur l’implication de la personne elle-même, mais également « de ses proches et des partenaires intersectoriels communautaires, publics et privés, qui, tous ensemble, peuvent contribuer à favoriser un vieillissement en santé et contribuer à prévenir la maltraitance » (p. 5). Selon eux, « la bientraitance est une composante essentielle d’une intervention multifactorielle et systémique pour prévenir la maltraitance [...] et ce concept

contribue à valoriser le vieillissement en santé, car elle est transversale à tous les axes du modèle du vieillissement en santé » (p. 13).

1.3 LES PERTINENCES DE L'ETUDE

Au cours des vingt dernières années, l'évolution de la structure par âge confirme le vieillissement accéléré de la population québécoise. D'ailleurs, selon l'Institut de la statistique du Québec (ISQ, 2023b), en raison de l'avancée en âge des générations du baby-boom des années 1946-1966 et l'augmentation de l'espérance de vie, le vieillissement de la population est appelé à se poursuivre. De 2001 à 2020, la proportion des 65 ans et plus est passée de 15,4 % à 19,7 % (ISQ, 2021) et a augmenté à 20,8 % en 2022 dans l'ensemble du Québec (ISQ, 2023b), ce qui fait qu'actuellement, une personne sur cinq a atteint cet âge. Le Bas-Saint-Laurent, les Iles-de-la-Madeleine et la Mauricie figurent parmi les régions où la population est la plus âgée (ISQ, 2023b). Le tableau 1 indique la proportion des personnes de 65 ans et plus par région administrative du Bas-Saint-Laurent (ISQ, 2023a).

Tableau 1. Population selon le groupe d'âge des 65 ans et plus par région administrative du Bas-Saint-Laurent

MRC du Bas-Saint-Laurent	Total 65 et plus en %
La Matapédia	28,3 %
La Matanie	31,8 %
La Mitis	27,3 %
Rimouski-Neigette	27,0 %
Les Basques	33,6 %
Rivière-du-Loup	21,6 %
Témiscouata	31,0 %
Kamouraska	29,5 %

Au Bas-Saint-Laurent, la proportion des 65 ans et plus représente plus du quart de la population (28,4 %) (ISQ, 2023a). Trois municipalités régionales de comté comptent plus de 30 % de la population dans ce groupe : la MRC Les Basques se démarque avec une proportion de 33,6 %, alors que Rivière-du-Loup représente le taux le moins élevé avec 21,6 %, ce qui, toutefois, est plus élevé que la moyenne provinciale (20,8 %). Selon le Portrait des personnes ainées réalisé par l’Équipe surveillance, Direction de la santé publique, dans le Bas-Saint-Laurent, chez les personnes ainées de 65 ans et plus, 86 % vivent dans un logement unifamilial ou dans un appartement (CISSS-BSL, 2020). Vivre chez soi le plus longtemps possible est le premier choix de la majorité des personnes ainées du Québec (Baraldi, 2016; Dubuc, 2021). Par conséquent, pour demeurer à leur domicile, plusieurs auront recours aux services de soutien à domicile du Centre local de services communautaires (CLSC). D’ailleurs, « la demande de services à domicile est en hausse constante et cette tendance devrait se maintenir dans le contexte du vieillissement accéléré de la population » (Varady- Szabo et Lachance, 2022, p. 1).

La préoccupation à l’égard des conditions de vie de la population vieillissante, qui tient compte des pertes d’autonomie fonctionnelle et la nécessité de recevoir de services adaptés dans une perspective de protection, passe par la lutte contre la maltraitance (Beaulieu et Crevier, 2010). Les données traitant de la bientraitance permettent de constater que cette culture prend davantage de place dans la lutte contre la maltraitance et qu’elle compte parmi les sujets d’étude priorisés par les instances gouvernementales (Ministère de la Famille – Secrétariat aux ainés, 2017). La bientraitance vise toute personne ainée, qu’elle soit en situation de vulnérabilité ou non. La pertinence de l’approche de la bientraitance se justifie « par le contexte social, démographique, économique et politique actuel du Québec, ce qui fait en sorte qu’une part importante de personnes professionnelles en travail social seront sujettes à œuvrer auprès des personnes ainées au cours de leur carrière professionnelle » (Pomar-Chiquette, 2019, p. 80). Les personnes professionnelles de cette discipline auront à s’adapter à la diversité des personnes ainées et les multiples réalités qui l’accompagnent. Celles-ci exercent un rôle prépondérant en matière de promotion de la lutte contre la maltraitance en raison de la proximité qu’elles ont auprès des personnes ainées. Pourtant, peu d’études ont exploré leur rôle auprès d’elles (Masse-Desrosiers, 2017).

Considérant que le concept de bientraitance est relativement émergeant au Québec, il apparaît pertinent de mieux le comprendre afin de l'adapter à notre réalité régionale. Par conséquent, cette étude vise à mieux comprendre les facteurs qui favorisent ou contraignent l'application de l'approche de la bientraitance auprès des personnes ainées dans la pratique des personnes professionnelles en travail social. La collecte de données auprès des personnes professionnelles en travail social permettra d'identifier les concordances entre la théorie liée à cette approche et la façon dont elle est comprise et appliquée sur le terrain. Il est souhaité que les résultats de cette recherche mettent en perspective les compétences (savoirs qui réfèrent aux connaissances théoriques, savoir-faire et savoir-être) déjà acquises par les personnes intervenantes et celles à considérer pour améliorer la pratique en contexte de protection des personnes ainées, le cas échéant. En outre, en tenant compte de la réalité territoriale du Bas-Saint-Laurent, il apparaissait également pertinent de vérifier si les formations liées au vieillissement et à la maltraitance étaient suffisantes et accessibles en région.

1.4 LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

La recension des écrits est une étape qui permet d'explorer les études et les théories existantes sur le sujet traité. Cette section vise à offrir une vue d'ensemble des démarches réalisées qui ont permis de documenter le sujet.

1.4.1 Stratégies de recherche documentaire

Un plan de concepts a d'abord été réalisé à l'aide d'une combinaison de mots-clés en français et en anglais. L'élaboration de ce plan consiste à déterminer les concepts pertinents au sujet de recherche et de dresser une liste des mots-clés ou termes équivalents dans le répertoire des mots et expressions des bases de données (Fortin et Gagnon, 2022). Les mots-clés protection, maltraitance, personne ainée, personne âgée, vieillissement, bientraitance, older people, elderly, well treatment, positive care, travail social, intervention sociale ont été retenus pour répertorier les données scientifiques publiées entre 2010 et 2021. Le choix des concepts visait à documenter le vieillissement de la population, la maltraitance et la bientraitance, ainsi que la pratique en travail social auprès des personnes ainées. Après avoir précisé la question de recherche, la documentation en lien avec les services du soutien à domicile et la législation québécoise s'est ajoutée.

L’outil de recherche Sofia, disponible aux Universités du Québec, a permis de consulter les collections documentaires détenues à travers les bibliothèques universitaires québécoises et celles à travers le monde. Les recherches ont été effectuées dans les banques de données informatisées : *Erudit*, *Academie search complete*, *Repère*, *Proquest*, *Cairn* et *Science direct*, ainsi que des thèses et des mémoires sur les sujets d’intérêt. D’autres recherches ont été réalisées dans les navigateurs de recherche tels que Google, Google Scholar et Microsoft Edge, principalement pour faire ressortir des données de la littérature grise (documentation gouvernementale, données de l’Institut de statistiques du Québec et de Statistiques Canada, des rapports sur les différents concepts, des lois et politiques). Certains articles ont également été demandés directement aux auteurs sur le site de réseautage social *ResearchGate*, qui est utilisé par des chercheurs de toutes disciplines. De plus, pour identifier davantage de textes, plusieurs références bibliographiques des différents articles recensés ont été consultées. Les consultations sur les sites de revues scientifiques telles que *Nouvelles pratiques sociales*, *Intervention*, *Service social* et la *Revue canadienne de service social* ont permis de répertorier plusieurs articles traitant de la réalité des personnes ainées en lien avec la pratique en travail social. Certains articles scientifiques d’années antérieures à 2000 ont été retenus en raison de leur pertinence (ex. : ANESM, 2008; Cardinal et al, 2008; Deslauriers, 1991).

Les écrits qui ont attiré l’intérêt pour le sujet de la bientraitance sont d’abord ceux de Marie Beaulieu. Toutefois, c’est à partir de l’essai de maîtrise de Pomar-Chiquette (2019) que la question de recherche a émergé. Dans son essai, elle démontre l’intérêt et la pertinence de l’approche de la bientraitance dans la pratique des personnes professionnelles en travail social. Considérant l’abondance d’écrits sur les différents thèmes et la préoccupation actuelle de protéger les personnes ainées, plusieurs études sont récentes. De plus, tout au long du processus de recherche, une mise à jour des écrits a permis d’ajouter des données plus récentes et de connaître l’avancement des connaissances sur le sujet.

1.4.2 L’état des connaissances

Pour établir l’état des connaissances, la recherche documentaire permet de cibler les concepts pertinents liés au phénomène à l’étude (Fortin et Gagnon 2022). Pour ce faire, le

vieillissement de la population, les mesures politiques et législatives et le soutien à domicile sont documentés pour situer le contexte de la mise en place de l'approche de la bientraitance.

1.4.2.1 Le vieillissement de la population

À l'échelle internationale, en 2022, selon les Nations-Unies, la proportion des personnes de 65 ans et plus est estimée à 30 % au Japon et entre 22 % et 24 % en Allemagne, en Grèce, en France, au Portugal, en Finlande et en Italie (ISQ, 2022a). Concernant les provinces canadiennes, la part des 65 ans et plus à Terre-Neuve-et-Labrador, au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse (entre 21,8 % et 23,6 %) dépasse celle du Québec (20,8 %) (ISQ, 2022a). Après une période de croissance démographique très faible en 2020-2021, en raison de la pandémie et des mesures sanitaires instaurées pour la contrer, l'accroissement démographique du Québec reprend son rythme prépandémique (ISQ, 2022a, p. 32). Le vieillissement de la population québécoise est lié à la forte natalité de l'après-guerre (baby-boom), la baisse de natalité et la prolongation de la durée de vie moyenne (Cardinal et al., 2008; ISQ, 2022a). Par le passé, la génération des baby-boomers a repoussé le vieillissement en raison de son poids démographique dans les tranches d'âge des 0-19 ans et des 20-64 ans. Actuellement, le passage d'un grand nombre de personnes, autrefois actives vers l'âge de la retraite, a pour effet d'accélérer le vieillissement démographique (ISQ, 2022a ; MSSS, 2023).

L'ISQ (2022a) prévoit que le Québec connaîtra une réduction du principal bassin de main-d'œuvre (20 à 64 ans) au cours des prochaines années, alors que le groupe considéré comme dépendant sera en croissance. D'ici 2041, le nombre de mains-d'œuvre potentielles pourrait décliner dans plusieurs des régions, notamment dans le Bas-Saint-Laurent (-11 %) (ISQ, 2022b). Ce déclin de main-d'œuvre représente un enjeu de taille pour apporter des services auprès des personnes nécessitant des services, d'autant que « le vieillissement de la population demeure plus accentué dans les régions éloignées des grands centres » (ISQ, 2022b, p. 1). Selon des données provisoires, en 2021, l'espérance de vie à la naissance s'établit à 81,1 ans chez les hommes et à 84,9 ans chez les femmes (Fleury et Azeredo, 2022). La proportion de personnes qui ont besoin d'aide augmente avec l'âge (Beaulieu et al., 2013). En estimant les gains en termes d'années de vie et d'années de santé, il est possible d'évaluer si le vieillissement des populations conduit à une diminution, une augmentation ou une stabilisation des problèmes de santé (ISQ, 2020). Ces

données sont pertinentes pour saisir les enjeux liés à la qualité de vie des personnes ainées et, ainsi, adapter les services qui leur sont offerts (Rochman et Tremblay, 2010). Le vieillissement renvoie à des réalités qui se vivent de façon différente selon le genre, le niveau d'autonomie, les conditions socioéconomiques, les générations de personnes âgées, le lieu de résidence et la culture (Cardinal et al., 2008).

1.4.2.2 Les mesures de protection politiques et législatives

Au Québec, plusieurs politiques et lois démontrent différentes actions envisagées pour améliorer leur qualité de vie et promouvoir leur autonomie. D'ailleurs, diverses mesures et dispositions sont mises en place pour assurer la sécurité, la dignité et le bien-être des personnes ainées, notamment à travers des programmes de soutien à domicile, des actions contre la maltraitance et des politiques favorisant le vieillissement actif.

LES POLITIQUES ET LOIS FAVORISANT LA PROTECTION DES PERSONNES AINEES ET LE MAINTIEN A DOMICILE

Le Québec et ses ainés : engagés dans l'action – Engagements et perspectives 2001-2004 est considéré comme « un premier jalon dans une démarche qui allie l'adaptation des services publics au vieillissement et à la protection des ainés les plus vénérables » (Ministère de la Famille et de l'Enfance, 2001, p. 3). Il en va de même pour la *Politique de soutien à domicile, Chez soi : le premier choix* qui priorise le choix individuel de chaque personne de vivre à son domicile dans des conditions satisfaisantes et que les décisions de chacun priment quant aux choix de vie et des ressources qui les soutiennent (MSSS, 2003). Bien que cette politique soit toujours en vigueur, certaines modalités ont été actualisées pour refléter les réalités contemporaines dans un contexte de changements sociaux, démographiques, légaux et organisationnels (MSSS, 2023). L'actualisation visait l'amélioration de l'accès aux soins à domicile, à mettre l'accent sur une offre de services variée et personnalisée, incluant des services de répit, d'aide domestique et de soutien psychosocial pour mieux accompagner les personnes ainées et leurs familles. L'optimisation des ressources et l'intégration des technologies de l'information et des innovations dans les soins à domicile sont également favorisées afin d'améliorer la qualité des services.

Initiée en 2012, la politique *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec* continue d'évoluer pour répondre aux besoins des personnes ainées (Ministère de la Famille et des Aînés, 2012). Cette politique vise à favoriser le vieillissement actif et en santé des personnes ainées, en leur permettant de rester chez elles et de participer pleinement à la vie de leur communauté. Elle repose sur plusieurs axes d'intervention tels que le soutien à domicile, l'adaptation de l'environnement et le renforcement des liens sociaux, et ce, afin d'améliorer la qualité de vie des personnes ainées.

De plus, le *Plan d'action 2005-2010 : Un défi de solidarité : les services aux ainés en perte d'autonomie* représente un changement majeur dans l'organisation des soins et des services afin d'apporter une réponse adaptée aux besoins des personnes ainées et de leurs proches aidants en mettant l'accent sur le soutien à domicile et l'amélioration de la qualité des services (MSSS, 2005). Ce plan a préparé les bases des politiques actuelles en matière de soutien aux personnes ainées en perte d'autonomie au Québec en mettant en place des structures et des ressources pour répondre aux défis posés par le vieillissement de la population. Le *Plan d'action 2018-2023 : Un Québec pour tous les âges* propose des actions pour améliorer les conditions de vie des personnes ainées et soutenir leur maintien à domicile, incluant des mesures pour renforcer les services de soutien et améliorer l'accessibilité aux soins de santé (Ministère de la Famille et des Aînés, 2018). Plus récemment, le *Plan d'action gouvernemental 2024-2029 : La fierté de vieillir* a été élaboré à partir de diverses consultations et il inclut, entre autres, des mesures pour bonifier les programmes existants et créer de nouvelles infrastructures adaptées aux personnes ainées (MSSS, 2024). De plus, le gouvernement du Québec a reconnu l'importance de la bientraitance dans sa *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée* de 2021, la considérant comme l'un des six principes directeurs pour les milieux de vie (MSSS, 2023b).

Par ailleurs, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS, 2024) encadre l'organisation et le fonctionnement des services de santé et de services sociaux au Québec, incluant les services de soutien à domicile pour les personnes ainées. Elle définit les droits des utilisateurs de services et les obligations des établissements de santé et de services sociaux.

LES POLITIQUES ET LES LOIS POUR LUTTER CONTRE LA MALTRAITANCE ET PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE

La Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (chapitre L-6.3) établit des dispositions claires pour prévenir la maltraitance, repérer les victimes potentielles et intervenir pour les protéger. L'objectif de la loi est de faciliter et d'encourager l'identification, le signalement et la prise en charge précoce de toutes les situations de maltraitance, afin de les faire cesser ou de minimiser leurs conséquences néfastes (MSSS, 2020b).

Le premier *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance (PAM) envers les personnes ainées 2010-2015* a proposé des actions pour assurer une meilleure coordination et une harmonisation des initiatives, notamment avec la mise en place de coordonnateurs régionaux spécialisés en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes ainées et le service de la *Ligne nationale d'écoute et de référence Aide Abus Aîné* (Ministère de la Famille – Secrétariat aux ainés, 2010). Cependant, la promotion de la bientraitance pour prévenir la maltraitance n'apparaît que dans le second plan d'action paru en 2017. Il avait comme objectif de développer des connaissances sur la bientraitance. Issu d'une consultation de divers partenaires, le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes ainées 2022 2027- Reconnaître et agir ensemble* bonifie la définition de la bientraitance et inclut la réalisation de projets pour créer des environnements bientraitants dans la communauté, les milieux de vie, le domicile et les milieux de travail (MSSS, 2022b). La politique de lutte contre la maltraitance édicte les orientations, les stratégies et les mesures mises en place pour y parvenir. Plus précisément, elle assure la sécurité, le bien-être et la qualité de vie des personnes ainées par la mise en place de mesures visant à contrer la maltraitance, notamment par l'adoption de la bientraitance (MSSS, 2020b). La politique a pour objectif d'identifier et prendre en charge rapidement les situations de maltraitance dans le but de diminuer les conséquences néfastes et les risques de récidive, de « soutenir l'amélioration continue des pratiques organisationnelles ainsi que la qualité des services » (MSSS, 2020b, p. 7).

Adopté et sanctionné en 2022, le Projet de loi n° 101 (2022, chapitre 6), intitulé *Loi visant à renforcer la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité ainsi que la surveillance de la qualité des services de santé et des services*

sociaux, a introduit plusieurs modifications importantes aux lois existantes pour renforcer la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité. Il a modifié la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les ainés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (chapitre L-6.3), la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) et la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (chapitre S-6.2). Les établissements de santé et de services sociaux doivent promouvoir une culture de bientraitance et prendre les moyens nécessaires pour prévenir et mettre fin à la maltraitance. Il élargit l'obligation de signalement de la maltraitance aux prestataires de services de santé et de services sociaux ainsi qu'aux personnes professionnelles régies par le Code des professions. Cette obligation s'applique à toute situation où elles ont un motif raisonnable de croire qu'une personne est victime de maltraitance. De plus, les modifications incluent de nouvelles catégories de « personnes majeures pour lesquelles un signalement doit être effectué » (Assemblée nationale du Québec, 2022, p. 3). Le projet de loi introduit également des sanctions pénales pour les personnes qui commettent des actes de maltraitance, qui omettent de signaler un cas de maltraitance ou qui ne respectent pas les obligations relatives à la cessation des activités d'une résidence privée pour personnes ainées.

Puis, lorsque nécessaire, pour assurer la protection d'une personne ou celle des autres, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* permet de protéger temporairement la personne en la gardant contre son gré, dans un établissement de santé et de services sociaux (MSSS, 2018).

1.4.3 Le soutien à domicile

Le mandat des *Services aux ainés et aux personnes en perte d'autonomie* (SAPA), qui inclut les soins et services à domicile, est de fournir des services de santé et des services sociaux aux personnes ainées en perte d'autonomie afin de leur permettre de vivre, de façon autonome, le plus longtemps possible dans leur domicile (CISSS-BSL, 2024). Les services sont proposés afin de maintenir ou de restaurer l'autonomie des personnes et de les orienter vers les ressources les mieux adaptées pour répondre à leurs besoins (Comité national d'éthique sur le vieillissement (CNEV), 2022 ; Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), 2023a).

Les résultats de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement* (EQLAV, 2010-2011) indiquent que 59,1 % des personnes de 85 ans et plus présentent une incapacité qualifiée de modérée ou grave (Fournier et Cazale, 2013). Les plus récents résultats de l'*Enquête canadienne sur l'incapacité* de 2022 révèlent que la proportion de personnes ainées dans la population totale a augmenté et qu'elle contribue à la hausse globale du taux d'incapacité au Canada, alors que le taux d'incapacité était de 40 %, soit une augmentation de trois points de pourcentage par rapport à 2017 (Statistique Canada, 2023). Avec l'âge, les incapacités ou les limitations augmentent en nombre et en intensité, car le processus du vieillissement s'accompagne souvent de pertes d'autonomie. Les personnes peuvent éprouver des difficultés de mobilité, des déclins sensoriels tels que la baisse de vision et d'audition, une diminution de la force et de l'endurance ainsi que des maladies chroniques. Baraldi (2016) indique que « l'âge à partir duquel les personnes sont plus susceptibles d'avoir recours à de l'aide à domicile en raison de besoins liés au vieillissement se situe autour de 75 ans » (p. 8). Au Québec, de 2023 à 2040, une augmentation massive des besoins en soutien à l'autonomie est prévue avec l'ajout de près de 69 % de personnes vivant avec des limitations sévères (Michaud et al., 2023). Les besoins en soutien augmenteront dans les années à venir, touchant notamment 59,1 % des personnes nécessitant de l'aide pour les activités de vie domestique, 74,4 % des individus vivant avec des atteintes aux fonctions mentales (incluant les personnes souffrant de troubles neurocognitifs) et 83,2 % des personnes présentant des limitations sévères (Michaud et al., 2023). D'ailleurs, une personne est considérée comme nécessitant un soutien à l'autonomie si elle présente au moins une difficulté dans les activités de la vie quotidienne (Clavet et al., 2021).

Dans une recherche-action pour le maintien à domicile des ainés et la vitalité des communautés du Bas-Saint-Laurent, Varady-Szabo et Lachance (2022) soulignent que la proportion des personnes de 85 ans et plus recevant des services à domicile est plus élevée en se situant à 50 %, comparativement à 19 % dans le groupe des 65 à 74 ans et 31 % dans celui des 75 à 84 ans. Ce taux exclut les services rendus dans les résidences de personnes ainées (RPA). Ces données sont basées sur l'analyse de données quantitatives et qualitatives recueillies dans la région du Bas-Saint-Laurent (données statistiques régionales, enquêtes et entretiens). Les données de la figure 1 sont tirées de la recherche de Varady-Szabo et Lachance (2022).

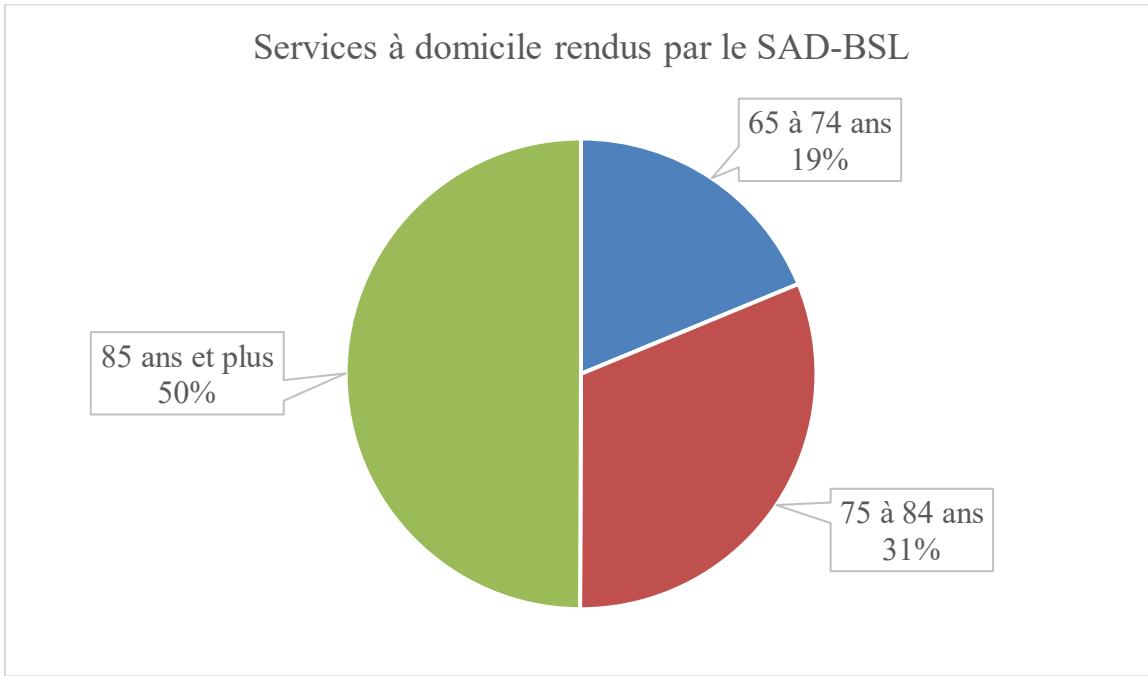


Figure 1. Services à domicile rendus par le soutien à domicile du Bas-Saint-Laurent

D'après les constats recueillis auprès des personnes ainées et de personnes intervenantes, Varady- Szabo et Lachance (2022) soulèvent que les personnes ainées qui reçoivent des services de soutien à domicile reconnaissent la nécessité de les obtenir pour demeurer à leur domicile. Elles révèlent que « les besoins des personnes ainées dépassent la capacité de prestation actuelle des organisations » et que « l'attente pour accéder aux services peut être longue autant avec les organisations communautaires qu'avec le CISSS BSL » (p. 5). Les services d'aide à la vie domestique offerts par les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) sont déployés en milieux urbain et rural sur l'ensemble du territoire du Bas-Saint-Laurent. La recherche dégage également les enjeux de main-d'œuvre comme ayant un impact important sur l'offre de services actuelle. À l'instar des services de soutien à domicile du secteur public, pour pouvoir demeurer à domicile, un grand nombre de personnes ainées ayant besoin d'assistance comptent sur l'apport de leurs proches.

Pour assurer le soutien des personnes à domicile, l'intégration de divers moyens d'actions interdépendantes est donc nécessaire. Un ensemble de mesures, d'interventions, de soins et de services de nature préventive, curative, palliative, de réadaptation ou de fin de vie s'inscrivent dans

un continuum de soins (MSSS, 2023b). Cela implique non seulement de fournir des soins et services à domicile pour soutenir l'autonomie, mais également de permettre l'accès à une variété de services en établissement de santé et de services sociaux et au sein de la communauté. La figure 2 illustre les trois volets qui représentent le SAD et l'ensemble des moyens y contribuant (MSSS, 2023b).

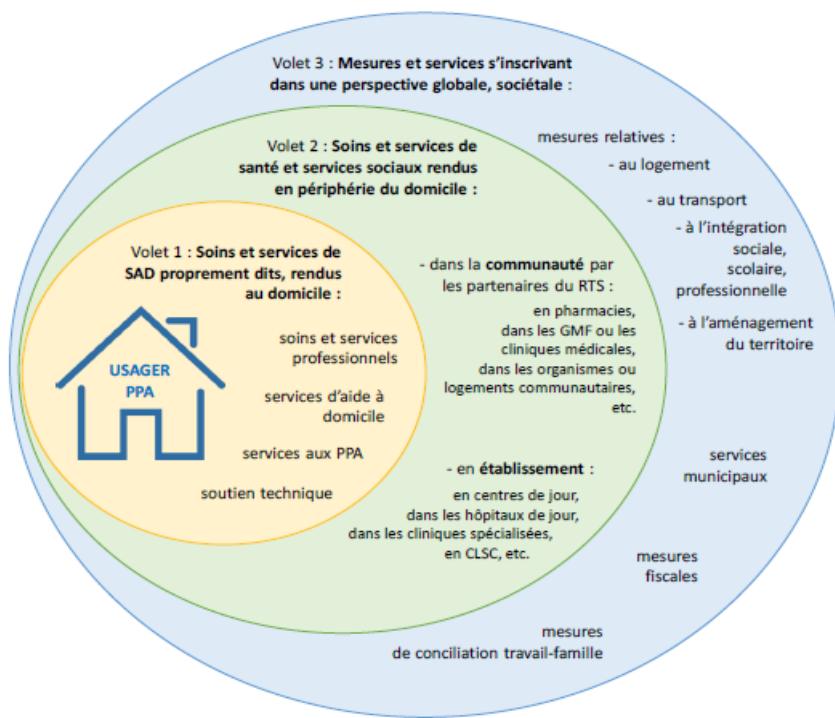


Figure 2. Représentation graphique des trois volets du soutien à domicile

Le volet 1 inclut les soins et services de soutien à domicile offerts directement à l'usager dans son domicile ainsi qu'aux proches aidants qui l'assistent. Ces services sont conçus pour répondre, de façon appropriée, aux besoins spécifiques des bénéficiaires. Le volet 2 inclut les soins et services de santé ainsi que les services sociaux offerts en périphérie du domicile et qui soutiennent le SAD. Le volet 3 adopte une perspective globale et sociétale visant à promouvoir la participation sociale de la personne ainée et des personnes proches aidantes (PPA). Il comprend des mesures et des services provenant non seulement du secteur de la santé et des services sociaux, mais aussi d'autres secteurs, notamment les organismes communautaires, les services municipaux, les milieux d'éducation, les employeurs et les milieux de travail, ainsi que les décideurs et les

prestataires de services publics ou privés (conseillers financiers, services juridiques et ressources offrant des conseils en matière de logement). Ces trois volets ont une portée transversale, s'adressant à toute personne nécessitant du soutien, indépendamment de son âge (MSSS, 2023b). Par conséquent, les différents volets favorisent une approche systémique, globale et multidimensionnelle.

1.4.3.1 Les rôles et responsabilités des personnes professionnelles en travail social au SAD

Dans le cadre du soutien à domicile, les rôles et responsabilités des personnes professionnelles en travail social sont variés. Les dossiers qui leur sont confiés peuvent inclure des situations de cas complexes, des dossiers de maltraitance, un réseau de personnes proches aidantes ayant des besoins, de nombreuses démarches administratives complexes et la réalisation des actes partagés avec les autres disciplines, dont le personnel infirmier et les ergothérapeutes (CISSS de la Côte-Nord, 2020). De plus, lorsque la personne devient inapte à prendre soin d'elle-même et/ou d'administrer ses biens, les personnes professionnelles en travail social détiennent l'exclusivité de l'évaluation psychosociale d'une personne majeure dans le cadre d'une ouverture de tutelle ou d'homologation de mandat de protection (OTSTCFQ, 2022). Concernant le travail social en gérontologie dans les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), Pelletier et Beaulieu (2016) soulèvent que pour une clientèle nécessitant un suivi régulier d'une intensité faible à moyenne, la situation est confiée à une personne intervenante « pivot » du soutien à domicile¹ alors que celles qui n'exigent pas de suivi intensif ou de mesures d'urgence sont généralement attribués aux techniciens et techniciennes en travail social de l'équipe de suivi à intensité variable. Toutefois, les situations qui comportent une dimension psychosociale plus complexe sont orientés vers les personnes professionnelles en travail social. C'est la nature des besoins qui détermine qui assurera le suivi. En revanche, la clientèle présentant une perte d'autonomie fonctionnelle significative et des besoins plus complexes voit leurs dossiers transférés en gestion de cas, nécessitant un suivi de type réseau qui favorise la concertation de plusieurs ressources différentes (organismes communautaires, publics ou privés, médecins, etc.). Les auteures nomment également que les pratiques sont axées sur le potentiel des personnes ainées,

¹ Les critères associés à la personne intervenante « pivot » ou de « gestion de cas » peuvent avoir évolué depuis dans certaines régions.

l'évaluation des facteurs de risque, l'autodétermination et la mise en réseau dans une optique de prévention. Elles précisent, également que les gestionnaires de cas ont plusieurs rôles, incluant l'évaluation globale du client, l'élaboration d'un plan de services individualisés, l'ajustement des services en cours, la coordination des services et la représentation de la personne ainée dans le réseau local de services. Les gestionnaires de cas gèrent environ 40 à 45 dossiers actifs, étant donné l'intensité des services requis. Le suivi se termine lorsque la personne est orientée vers un milieu de vie adapté (ressource intermédiaire ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée) ou après son décès ou déménagement dans une autre région. La clientèle peut aussi être orientée vers des organismes communautaires ou des entreprises d'économie sociale pour répondre à certains besoins spécifiques tels que la pauvreté, l'isolement familial et social et l'accès au logement. Un partenariat se met en place entre les personnes intervenantes de ces ressources et ceux du CISSS ou du CIUSSS (Pelletier et Beaulieu, 2016). La personne professionnelle peut aussi être responsable de l'orientation des mécanismes d'accès à l'hébergement pour la clientèle desservie sur leur territoire. Ce mécanisme coordonne l'accès aux services d'hébergement pour une prise en charge adaptée aux besoins des personnes en perte d'autonomie (MSSS, 2023).

1.4.4 La bientraitance

D'abord utilisé dans les milieux de la petite enfance, le concept de bientraitance est apparu en France dans les services médico-sociaux auprès des personnes ainées en 1990 (Pomar-Chiquette, 2019). Ce n'est toutefois qu'en 2008 que la bientraitance apparaît au premier plan du programme de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM, 2008). Au début des années 2000, la littérature scientifique sur le sujet provient principalement de la France (Laforest et Tourigny, 2018). Depuis, plusieurs chercheurs québécois se sont intéressés à cette approche (Beaulieu et Crevier, 2010; Éthier et al., 2020; Martin, 2022).

1.4.4.1 La définition de la bientraitance

La définition de la bientraitance progresse au rythme des nouvelles connaissances. En 2020, la définition de la bientraitance était similaire à celle de l'*Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux* employée en France par

les auteurs scientifiques (Beaulieu et Cadieux Genesse, 2018). En 2021, à la suite des consultations tenues dans le cadre de l'élaboration du troisième *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées*, plusieurs propositions ont guidé la révision de la définition actuelle (MSSS, 2022b):

La bientraitance est une approche valorisant le respect de toute personne, ses besoins, ses demandes et ses choix, y compris ses refus. Elle s'exprime par des attentions et des attitudes, un savoir-être et un savoir-faire collaboratif, respectueux des valeurs, de la culture, des croyances, du parcours de vie et des droits et libertés des personnes. Elle s'exerce par des individus, des organisations ou des collectivités qui, par leurs actions, placent le bien-être des personnes au cœur de leurs préoccupations. Elle se construit par des interactions et une recherche continue d'adaptation à l'autre et à son environnement. (MSSS, 2022b, p. 26)

Cette définition englobe toutes les personnes et tous les milieux et elle repose sur une culture commune qui valorise la promotion des droits des personnes vulnérables et soutient la qualité de vie au travail des personnes professionnelles. La bientraitance est considérée comme une approche positive qui n'est pas l'absence de la maltraitance (ANESM, 2008). Elle favorise le bien-être de la personne ainée et présume une intervention professionnelle qui détecte rapidement les risques de maltraitance (Pomar-Chiquette, 2019; Roulet-Schwab et Bovet, 2015). Elle est fondée « sur une notion de respect des cultures, valeurs, croyances, parcours de vie, droits et libertés et de la dignité humaine » (Boudreau, 2021a, p. 9).

1.4.4.2 Les différentes façons de concevoir la bientraitance

Il existe différentes écoles de pensée dans la façon de considérer le concept de la bientraitance (Pomar-Chiquette, 2019). Les données recueillies démontrent que le concept de bientraitance ne fait pas l'unanimité dans son adoption. Moulias et Busby (2013) soutiennent que le concept de la bientraitance est fréquemment employé pour dissimuler la maltraitance. Selon Casagrande (2010), l'utilisation du concept de bientraitance peut être perçue comme une forme de déni, car les institutions préfèrent employer ce terme plutôt que celui de maltraitance, qui suscite une réaction défensive de la part des personnes professionnelles. D'ailleurs, la bientraitance peut être interprétée comme une accusation, une suspicion ou une remise en question des pratiques (Bourgès, 2022).

Si, pour certains, cette approche est prometteuse, pour d'autres, elle n'est pas assez connue et documentée pour démontrer son efficacité. Dans son essai de maîtrise, Boudreau (2021a) soulève que, dans son milieu de pratique, le concept est nouveau et qu'il demeure « encore flou et non évalué » dans les interventions (p. 3). Le mémoire de la *Ligne Aide Abus Ainés* présenté dans le cadre de la consultation sur le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes ainées 2017-2022* soulève que la bientraitance ne constitue pas un remède à la maltraitance (Manseau-Young et al., 2016). Pour ces auteures, « il est plus judicieux d'évaluer les concepts et les approches déjà implantées au Québec pour attester de leur efficacité à réduire la maltraitance plutôt que d'entreprendre des démarches en lien avec le concept de bientraitance » (Manseau-Young et al., 2016, p. 11). Ces auteures précisent que les études scientifiques sont encore peu nombreuses et qu'affirmer que la bientraitance est efficace pour prévenir la maltraitance repose sur une preuve scientifique insuffisante. Elles recommandent de concentrer les efforts de prévention sur le concept de l'âgisme dans le but de changer progressivement les normes sociales.

1.4.4.3 La bientraitance et le travail social auprès des personnes ainées

L'OTSTCFQ (2021a) soulève que les approches centrées sur la bientraitance sont étroitement reliées aux conditions de pratique en travail social. Dans le cadre de leur pratique, les personnes professionnelles en travail social sont appelées à intervenir auprès de personnes en besoin de protection. La promotion de la bientraitance nécessite toutefois : « [...] une formation professionnelle adéquate, un travail interdisciplinaire et interprofessionnel, un travail réflexif et introspectif de la part des intervenants » (Laforest et Tourigny, 2021, p. 13).

Pomar-Chiquette et Beaulieu (2019) précisent que les valeurs et les principes qui guident les pratiques bientraitantes sont le respect de la personne et de la dignité, la personne placée au centre des actions, le respect mutuel et le travail d'équipe. S'ajoute le respect des droits, des besoins, de l'intimité, des différences, du rythme, du secret professionnel, des habitudes de vie, des désirs, des choix, des décisions et de l'autonomie. De plus, l'écoute, la disponibilité physique et psychologique, la transparence, l'empathie, la proximité et la communication avec les personnes ainées et leurs proches sont des qualités professionnelles qui favorisent une posture bientraitante.

Le manque de formation est dénoncé et est justifié par le manque de temps et de moyens financiers des institutions (Bonamy et al., 2012; Pomar-Chiquette et Beaulieu, 2019). Dans sa thèse de doctorat, Bourgès (2022) relève que la bientraitance envers les personnes vulnérables ne peut être appliquée que si les personnes professionnelles sont elles-mêmes correctement « bien traitées » par les organismes responsables de la réglementation et de la supervision de leur activité.

1.4.4.4 Les dimensions de la bientraitance

Pour Laforest et Tourigny (2021), « la bientraitance est une composante essentielle d'une intervention multifactorielle et systémique pour prévenir la maltraitance [...] et ce concept contribue à valoriser le vieillissement en santé, car elle est transversale » (p. 13). Dans le *Rapport québécois sur la violence et la santé*, Laforest et ses collègues (2018) indiquent que la culture de la bientraitance ne vise pas seulement d'éviter la maltraitance, mais également de promouvoir activement le bien-être et le respect. Une approche bientraitante, à elle seule, n'entraîne pas la maltraitance. La bientraitance ne se limite pas aux interactions avec les personnes ainées, mais s'étend à toutes les relations interpersonnelles, y compris celles en milieu de travail. Elle s'applique donc à tous les individus qu'ils soient clients, fournisseurs de services ou professionnels. Les auteurs soulignent l'importance d'une approche intégrée de la bientraitance qui pourrait être interprétée comme ayant plusieurs dimensions. Au Québec, la définition de la bientraitance est centrée sur la personne ainée, alors que les définitions européennes englobent le bien-être des diverses personnes avec lesquelles elle interagit (Pomar-Chiquette, 2019). En tenant compte de toutes les personnes impliquées, la bientraitance devient une culture du respect de la personne qui considère son histoire, sa dignité et sa singularité. Cette culture inspire aussi des actions individuelles ainsi que des « relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service » (ANESM, 2008). Elle s'applique dans une variété de contextes, comme les relations entre individus, les interactions au sein de groupes ou d'organisations et, même, les politiques publiques. Cette diversité suggère une notion multidimensionnelle à considérer.

LA BIENTRAITANCE INDIVIDUELLE

La bientraitance individuelle est une approche qui se manifeste dans les attitudes et les actions de chaque personne envers les autres et envers soi-même. Elle repose sur l'écoute,

l'empathie et un engagement constant à promouvoir le bien-être et la dignité de chacun. Elle est considérée comme un idéal professionnel (Myrand, 2021). Elle concerne également les personnes professionnelles, les PPA et les membres de la famille. Les personnes professionnelles doivent prendre soin d'elles-mêmes afin d'être en mesure d'appliquer la bientraitance dans leur pratique (Martin, 2022; Pomar-Chiquette, 2019).

La bientraitance individuelle exige également le respect de la déontologie propre à chaque profession, qu'il s'agisse des médecins, du personnel soignant ou des personnes professionnelles. Les personnes professionnelles ne peuvent être bientraitantes sans suivre les règles de leur code de déontologie (Moulias et al., 2010). Les disciplines professionnelles d'aide et des soins impliquent une responsabilité individuelle de la part de chaque personne. La prise de conscience de l'influence que son rôle accorde sur l'autre nécessite une préparation, quelle que soit la qualité des personnes professionnelles (Moulias et al., 2010). Les valeurs et les principes éthiques qui sous-tendent la profession des personnes professionnelles en travail social reposent sur des notions telles que la dignité et le respect des droits de la personne, la justice sociale et la promotion de l'autodétermination (*Code de déontologie des membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. C-26, r. 286.1-2024*). Par conséquent, les valeurs d'une approche bientraitante sont intégrées dans les codes de déontologie des professions de la relation d'aide.

LA BIENTRAITANCE RELATIONNELLE

Plusieurs écrits abordent la bientraitance relationnelle en soulignant son importance dans la qualité des interactions entre les personnes, en particulier dans le contexte des soins et de l'accompagnement. Elle est basée sur la qualité de la relation entre les individus (Myrand, 2021; Pomar-Chiquette, 2019). Elle comprend les interactions entre le milieu de travail des personnes professionnelles, les ressources communautaires, les établissements de santé et les services sociaux. La bientraitance relationnelle implique de prendre en compte la singularité de chaque personne et de respecter ses besoins et ses préférences (Boudreau, 2021a; Myrand, 2021). Cette dimension de la bientraitance est aussi liée au respect et au souci de l'autre. Elle englobe la capacité à dire, à questionner et à partager. Il s'agit de créer un environnement relationnel sain et sécurisant où chacun se sent respecté et valorisé (Rouiller, 2022). Elle favorise un dialogue constructif et

permet de désamorcer les tensions ou les conflits qui peuvent survenir dans les relations interpersonnelles. La bientraitance relationnelle prend en compte l'importance du travail en équipe et des pratiques collaboratives. Les différentes disciplines professionnelles travaillent ensemble de façon coordonnée afin d'assurer la cohérence et la qualité des soins et des services offerts. Les équipes doivent travailler dans des environnements bientraitants afin d'adopter des pratiques bientraitantes.

LA BIENTRAITANCE COLLECTIVE

La bientraitance collective inclut les environnements et pratiques favorisant l'inclusion, le soutien social et le bien-être collectif. Cette dimension implique une responsabilité collective et une mobilisation de toutes les personnes concernées dans le processus de bientraitance. Elle inclut les membres décideurs, les gestionnaires, les personnes professionnelles de la santé et des services sociaux, les PPA, les membres de la famille et de la société. L'implication et l'engagement de toutes ces personnes permettent de favoriser une culture de bientraitance (Job et Bouchara, 2010). La bientraitance repose sur des valeurs partagées et nécessite une remise en question, tant individuelle que collective, de la part de chaque personne (Pomar-Chiquette, 2019). Elle se définit dans le croisement et la rencontre des perspectives de toutes les parties en présence (ANESM, 2016) et « elle se construit par des interactions et une recherche continue d'adaptation à l'autre et à son environnement » (MSSS, 2023b, p. 3). La bientraitance est le fruit d'une réflexion menée ensemble, afin de faire converger les convictions de chacun vers une vision commune (Bourgès, 2022). Elle ne peut se construire qu'au terme d'échanges continus entre tous (Myrand, 2021). L'un des éléments essentiels pour instaurer une intervention bientraitante dans les milieux de travail est le concept de la double bientraitance (Boudreau, 2021a; Moulias, 2012; Pomar- Chiquette, 2019). Ce concept se définit comme suit : « La bientraitance des personnes en situation de dépendance exige de bien traiter ceux qui les assistent, professionnels et aidants familiaux» (Moulias, 2012, p. 27). Ainsi, la bientraitance est un concept qui concerne aussi bien les personnes aidées que les personnes professionnelles qui les accompagnent.

LA BIENTRAITANCE ORGANISATIONNELLE

La bientraitance organisationnelle est un concept qui englobe plusieurs aspects des pratiques et des valeurs au sein des établissements et services, notamment ceux qui prennent soin des personnes ainées. Les conditions de travail ont un impact direct sur la bientraitance (Pomar-Chiquette, 2019). Les équipes doivent évoluer dans des environnements bientraitants pour adopter des pratiques bientraitantes (Pomar-Chiquette et Beaulieu, 2019). Plusieurs contraintes organisationnelles entravent la promotion de la bientraitance, notamment le manque de temps, le manque d'effectifs, le manque de formation et les contraintes financières (Martin 2022 ; Myrand, 2021 ; Pomar-Chiquette, 2019). Ces contraintes peuvent mener à la maltraitance organisationnelle (Pomar-Chiquette, 2019). La maltraitance doit être analysée dans un contexte social et organisationnel et non seulement dans le cadre d'une relation entre deux personnes (Bourgès, 2022). Les études qui soulignent l'importance de la double bientraitance stipulent que pour assurer la bientraitance envers les personnes vulnérables, les personnes professionnelles et les personnes proches aidantes (PPA) qui les assistent doivent évoluer dans un environnement de travail qui soit lui-même bientraitant (Boudreau, 2021a; Moulias, 2012 ; Pomar-Chiquette, 2019 ; Pomar-Chiquette et Beaulieu, 2019).

LA BIENTRAITANCE SOCIETALE

La littérature aborde la bientraitance sociétale en la considérant comme un concept influencé par des facteurs culturels, sociaux et politiques (Éthier et al., 2021; Myrand, 2021). Elle est influencée par le contexte sociopolitique. Les politiques publiques, les lois et les normes sociales peuvent soit favoriser soit entraver la mise en œuvre de la bientraitance (Beaulieu et Crevier, 2010). La bientraitance s'étend à l'ensemble de la société, y compris les milieux de vie et les lieux publics. Plusieurs auteurs mettent en lumière des dimensions politiques québécoises qui entravent l'implantation de la bientraitance. Le développement de la bientraitance peut être freiné par des inégalités sociales et structurelles (Beaulieu et Le Borgne-Uguen, 2022). Par exemple, la précarité de certains emplois, le manque de moyens financiers et les discriminations peuvent nuire au déploiement de la bientraitance (Pomar- Chiquette, 2019 ; Pomar-Chiquette et Beaulieu, 2019).

LA BIENTRAITANCE ETHIQUE

La bientraitance éthique cherche un équilibre entre la protection et l'autonomie de la personne (MSSS, 2023b). Il ne s'agit pas de surprotéger la personne, mais de l'accompagner dans ses choix, tout en assurant sa sécurité. Selon Westercamp (2020), il existe des piliers éthiques qui servent de fondement à la bientraitance. En premier lieu, il s'agit du principe d'autonomie qui implique la recherche de l'adhésion dans les actes engagés auprès d'une personne et que rien n'est décidé sans son consentement tout en tenant compte de ses capacités. Le second principe est celui de la bienfaisance qui répond à ce qui a été fait en faveur de la personne, alors que le troisième est celui de la non-malfaisance qui sous-tend de ne pas nuire, ne pas faire endurer des privations et des souffrances qui n'ont pas de sens pour les personnes qui les subissent. L'auteure soulève que le principe de subsidiarité (ne pas faire à la place de l'autre) et le principe de solidarité (travailler conjointement avec l'autre en tenant compte de ses capacités) sont également inhérents à la posture de bientraitance éthique. Elle souligne que l'éthique doit être intégrée dans toutes les pratiques bientraitantes, afin de garantir des soins et un accompagnement respectant les besoins et les droits des individus.

La bientraitance demande de respecter la liberté de choix de la personne et de lui permettre de prendre des risques de façon éclairée. Cette notion est importante, car la sécurité repose sur la capacité de la personne aidée à prendre des décisions éclairées. Le Comité national d'éthique sur le vieillissement (CNEV, 2022) soulève que l'autodétermination n'est pas absolue et qu'elle est soumise à des limites et des nuances, tant du point de vue de la personne que de son contexte social et de santé. La vulnérabilité, qu'elle soit physique, cognitive ou psychologique, peut limiter la capacité d'une personne à exercer pleinement son autodétermination. La distinction entre l'autonomie fonctionnelle (capacité d'effectuer les tâches quotidiennes) et l'autonomie décisionnelle (capacité de faire des choix et de les exprimer) est importante. L'autodétermination implique le droit de consentir ou de refuser des soins et services. Le consentement doit être libre et éclairé, ce qui suppose que la personne dispose de l'information appropriée et la comprenne. Les personnes professionnelles doivent s'assurer de l'absence de vice du consentement, c'est-à-dire sans aucune forme de coercition, de tromperie, de menace, de contrainte, d'erreur ou de manipulation. Le respect de l'autonomie peut conduire à accepter que la personne prenne des décisions qui mettent en jeu sa sécurité, à condition qu'elle soit apte à en comprendre les

conséquences (CNEV, 2022). Les enjeux liés à l'inaptitude, aux mesures de protection et à la gestion des risques représentent des défis importants pour les personnes intervenantes (CNEV, 2022). La bientraitance implique un équilibre responsable entre les risques qu'elle encourt et sa sécurité (Thomas et al., 2011).

La confrontation avec des situations de maltraitance et d'abus ainsi que la difficulté à respecter la volonté de la personne lorsqu'elle est en danger peuvent être éprouvantes. La gestion des risques peut parfois entrer en conflit avec la volonté des personnes aidées. Selon Thomas et ses collègues (2011), les situations sont souvent uniques et doivent être évaluées au cas par cas. Les auteurs mettent en garde contre les solutions toutes faites et l'application aveugle de protocoles. Ils préconisent une approche qui favorise la réflexion et des discussions interdisciplinaires. La collaboration interdisciplinaire, impliquant diverses disciplines professionnelles, peut offrir des perspectives variées et des solutions adaptées, renforçant ainsi la qualité des interventions. La notion de respect de l'autonomie ne doit pas se traduire par une inaction face à des situations potentielles de danger. Au contraire, une approche proactive qui consiste à anticiper les risques et à offrir un accompagnement adapté est souhaitée (CNEV, 2022).

1.4.5 Les limites des études actuelles

Il y a beaucoup d'écrits sur le vieillissement de la population, la maltraitance et la bientraitance, mais il existe peu d'études traitant de la bientraitance dans la pratique en travail social auprès des personnes ainées. Les récents écrits recensés des auteurs québécois traitent de l'approche de la bientraitance auprès des PPA (Éthier et al., 2020; Martin, 2022) et des pratiques bientraitantes des personnes préposées aux bénéficiaires dans les milieux d'hébergement (Myrand, 2021). Boudreau (2021a) a élaboré un outil réflexif sur l'intervention bientraitante destiné aux personnes professionnelles en travail social du programme SAPA. La plupart des écrits se centrent sur l'attitude à adopter auprès des personnes ainées. Or, peu soulèvent la double bientraitance et l'équilibre entre l'autodétermination et la protection des personnes vulnérables. Comme les recherches qualitatives comportent une part de subjectivité et que des écarts peuvent exister entre la réalité et la perception des chercheurs, l'exploration de la compréhension du sujet, à partir du point de vue des personnes professionnelles en travail social, s'avère judicieuse pour continuer d'approfondir les connaissances sur ce phénomène.

Plusieurs questions persistent concernant les conditions d’implantation du concept de bientraitance dans les milieux professionnels, les avantages, les défis ainsi que les limites de l’approche. Bien que les plus récentes recherches sur la maltraitance favorisent l’approche de la bientraitance dans les pratiques professionnelles, les études n’explorent pas l’expérience terrain directement auprès des personnes professionnelles en travail social qui œuvrent dans les services de soutien à domicile.

1.5 QUESTION ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

La recherche vise à explorer l’approche de la bientraitance dans la pratique en travail social. Peu connu par les personnes intervenantes au Québec, le concept de la bientraitance est un phénomène émergent pour intervenir auprès des personnes vulnérables, à fortiori, les personnes ainées.

1.5.1 Question de recherche

La question qui permet d’explorer le phénomène à l’étude est : « Quelle est la compréhension donnée à l’approche de la bientraitance auprès des personnes ainées par les personnes professionnelles en travail social œuvrant au soutien à domicile au Bas-Saint-Laurent ? ».

1.5.2 Objectifs de la recherche

1.5.2.1 Objectif général et objectifs spécifiques

Le but de l’étude est d’explorer la compréhension qu’ont les personnes professionnelles en travail social sur l’approche de la bientraitance à partir de leur expérience pratique sur le terrain.

Considérant que le but est de comprendre l’expérience humaine telle qu’elle est vécue et rapportée par les participants, trois objectifs sont retenus :

- 1) Explorer les croyances et les valeurs des personnes professionnelles en travail social concernant le vieillissement accéléré de la population ;

- 2) Explorer les connaissances théoriques et cliniques des personnes professionnelles en travail social au sujet de l'approche de la bientraitance auprès des personnes ainées ;
- 3) Documenter les stratégies d'intervention associées à l'approche de la bientraitance dans leur milieu de pratique.

CHAPITRE 2

CADRE CONCEPTUEL

Ce chapitre présente le modèle conceptuel utilisé pour explorer le concept de la bientraitance dans la pratique en travail social au soutien à domicile. La pertinence du choix théorique sera précisée après avoir défini le modèle conceptuel et démontré en quoi il est cohérent à l'objet à l'étude.

2.1 Le modèle conceptuel

Le modèle conceptuel est défini comme un ensemble de concepts interreliés qui représentent « symboliquement une image mentale d'un phénomène » (Fortin et Gagnon, 2022, p. 63). Pour explorer le concept de bientraitance dans la pratique en travail social, l'approche bioécologique du développement humain de Bronfenbrenner permet d'analyser les interactions entre les niveaux individuel, organisationnel et sociétal dans lesquels évolue la personne professionnelle. Souvent utilisé dans divers contextes d'intervention et de recherche, Absil et ses collègues (2012) soulèvent que ce modèle permet l'organisation des données et qu'il est particulièrement efficace en contexte d'intervention pour l'élaboration des stratégies et la formulation des objectifs. Selon eux, l'utilisation de l'approche bioécologique de Bronfenbrenner « offre, pour les chercheurs, l'occasion d'une triangulation théorique, car il se situe au croisement de plusieurs théories » (p. 15), notamment la théorie du développement social de Vygotsky et la théorie du leadership de Lewin (Absil et al., 2012).

2.1.1 L'approche bioécologique de Bronfenbrenner

Dans le cadre de l'étude, ce modèle est utilisé afin de comprendre les relations entre les dimensions à l'étude et, ainsi, mieux saisir le phénomène et placer la personne professionnelle au centre des différents systèmes (personnel, rôle professionnel, les services

de soutien à domicile, les lois et politiques et les valeurs, les croyances et les normes de la société). Inspiré par l'approche bioécologique de la professionnalisation de l'action bénévole en contexte de la lutte contre la maltraitance proposée par Bédard-Lessard (2018), ce modèle met en contexte les différentes dimensions qui englobent l'intervention auprès des personnes ainées.

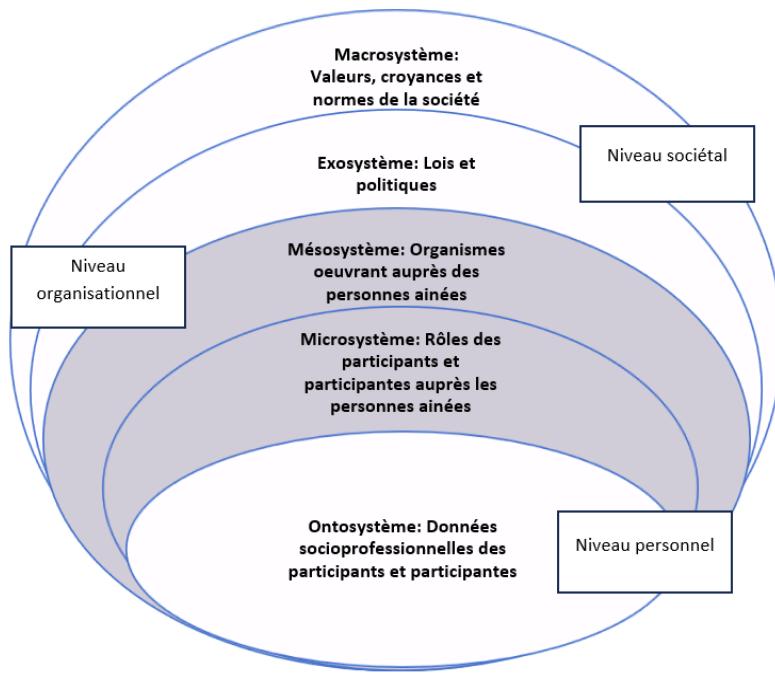


Figure 3. Modèle de l'approche bioécologique de Bronfenbrenner

La figure 3 illustre les niveaux de systèmes qui permettent de saisir les interactions entre ceux-ci. Pour démontrer la cohérence en lien avec l'objet à l'étude, les différents systèmes contiennent :

- 1) L'ontosystème : les données sociodémographiques et professionnelles recueillies permettent de connaître les personnes participantes ainsi que leur cheminement académique et professionnel. La personne professionnelle en travail social possède son histoire personnelle, ses valeurs, ses motivations, ses habiletés, ses expériences professionnelles, ses études et ses formations continues.

L'autoévaluation dans le processus interactionnel qui consiste en la capacité de reconnaître ses propres sentiments, ses attitudes, ses valeurs, ses mythes, ses préjugés, ses limites, ses biais et de saisir leur influence sur son intervention lui permet d'adopter une pratique professionnelle objective (OTSTCFQ, 2012).

- 2) Le microsystème : les rôles et les activités professionnelles, comme la prévention, la promotion, la sensibilisation, le repérage, l'intervention, la référence et l'organisation des services permettront de connaître les enjeux et les défis liés au concept de bientraitance. Il englobe également les stratégies d'intervention associées à l'approche de la bientraitance dans le milieu de pratique.
- 3) Le mésosystème : ce niveau consiste à analyser les interactions entre les divers microsystèmes. Tout comme Bédard-Lessard (2018) l'a considéré pour son contexte de recherche, « le mésosystème consiste à analyser les interactions entre divers microsystèmes » (p. 51). Il comprend l'espace organisationnel au sein duquel se réalise l'intervention sociale auprès des personnes ainées. Il contient la compréhension de la bientraitance en contexte organisationnel. De plus, la bientraitance envers les personnes ainées concerne la personne elle-même, les personnes professionnelles, les ressources de la communauté et l'organisation (Éthier et al., 2020). L'implication et l'engagement de toutes les personnes concernées sont nécessaires pour appliquer la bientraitance.
- 4) L'exosystème : guidée par sa connaissance des lois et des politiques publiques visant la protection sociale des personnes ainées, la personne professionnelle en travail social est imprégnée de son environnement sociétal. Elle est formée pour reconnaître les problèmes individuels et sociaux et les influences de ceux-ci sur le fonctionnement de la personne. Les lois, les règlements, les politiques et les procédures ainsi que les normes et standards balisent l'exercice de sa profession (OTSTCFQ, 2012).

- 5) Le macrosystème : la personne professionnelle en travail social évolue également selon les normes, les valeurs et les croyances de la société, de même que les valeurs portées par sa profession qui s'appuient sur le respect de la dignité de tout être humain, la justice sociale, la croyance en la capacité d'évoluer et de se développer et la reconnaissance de la nécessité de comprendre l'être humain en tant qu'élément de systèmes interdépendants (OTSTCFQ, 2012).

En somme, le modèle bioécologique permet de soutenir les objectifs de la recherche, soit d'explorer la compréhension des personnes professionnelles en travail social sur l'approche de la bientraitance, d'explorer ses croyances et ses valeurs face au vieillissement accéléré de la population et de documenter les stratégies existantes dans le milieu, la législation mise en place, sans oublier les interactions qui agissent entre les systèmes. Ainsi, le cadre conceptuel donne une orientation à l'interprétation des résultats (Fortin et Gagnon, 2022).

CHAPITRE 3

METHODOLOGIE

Ce chapitre précise la démarche méthodologique utilisée pour atteindre les objectifs de l'étude. La phase méthodologique vise la planification du déroulement du projet de recherche. Elle décrit comment l'étudiante chercheuse a mené son projet. Dans un premier temps, le type de recherche privilégié est abordé. Ensuite, la population à l'étude et l'échantillonnage incluant les critères d'inclusion et d'exclusion, la méthode de recrutement, le site de l'étude ainsi que le recrutement sont présentés. Puis, la méthode de production de données explicite les stratégies utilisées pour recueillir les données. Par la suite, la méthode d'analyse de données présente les balises utilisées pour assurer la rigueur de recherche avant de terminer avec les critères de scientifcité, les considérations éthiques et les limites liées au recrutement et à la collecte de données.

3.1 TYPE D'ÉTUDE

Les approches qualitatives prennent une place importante dans le domaine des sciences humaines et sociales pour produire une compréhension de la complexité d'un phénomène (Denis et al., 2019). Selon Fortin et Gagnon (2022), la recherche qualitative contient des éléments méthodologiques qui varient en fonction du devis de recherche et du but de l'étude. Ce type de recherche incite le chercheur à comprendre d'abord la perspective de la personne participante.

3.1.1 La recherche qualitative descriptive

Afin de répondre à la question de recherche et de favoriser une meilleure compréhension du concept, le choix d'une recherche exploratoire basée sur une méthode qualitative descriptive permet de découvrir les pratiques professionnelles selon les points de

vue des personnes participantes. La formulation de la question de recherche a influencé le choix de la méthode, puisque la compréhension, à partir du point de vue des personnes professionnelles, suggère une méthodologie qualitative descriptive. Moins axé sur l’interprétation, ce type de recherche permet aux personnes chercheuses de demeurer près des données et des événements (Sandelowski, 2010).

Selon Gauthier (2021a), « les questions de recherche exploratoire visent des thèmes peu analysés et dont la personne responsable de la recherche n'est pas en mesure d'établir un portrait à partir des connaissances existantes » (p. 132). L'auteur relève que la question de recherche est ouverte et porte sur un thème peu connu et en exploration. À ce sujet, Trudel et ses collègues (2007) précisent que la recherche de nature exploratoire sert à produire des connaissances sur des phénomènes inconnus et de baliser une réalité à étudier et de choisir les méthodes de collecte des données pour documenter les aspects de cette réalité. Elle permet de circonscrire un objet de recherche, définir de nouvelles pistes de recherche, choisir des avenues théoriques ou identifier une méthode adaptée à l'objet et aux objectifs de recherche. Dans son mémoire de maîtrise, Fortin (2018) soulève que ce type de recherche est souhaitable afin que les personnes participantes « puissent élaborer sur leurs propres réflexions, concepts et cadres de références » (p. 48).

Ce choix s'appuie sur le fait que très peu de recherches sur la bientraitance, dans la pratique en travail social dans un contexte de soutien à domicile, sont réalisées et que l'étude vise l'acquisition de nouvelles connaissances.

3.2 LA POPULATION À L'ÉTUDE ET L'ÉCHANTILLONNAGE

La technique de sélection d'un échantillon est associée également à la question à l'origine de l'étude, de la population ciblée et des contraintes rencontrées (Beaud, 2021). Les critères de sélection et le recrutement des personnes participantes jouent un rôle important dans l'échantillonnage. Pour réaliser l'étude, la méthode d'échantillonnage intentionnel, aussi appelée échantillonnage par choix raisonné, typique ou au jugé, a été privilégiée pour constituer un échantillonnage non probabiliste. Fortin et Gagnon (2022) indiquent que cette

méthode s'applique à la recherche qualitative et elle est utilisée pour sélectionner des sites, des personnes ou des activités afin d'obtenir des données significatives au sujet de recherche. Elle consiste à sélectionner des personnes en fonction des caractéristiques spécifiques de la population à l'étude. La population retenue doit être la plus en mesure de répondre à la question de recherche (Côté et Turgeon, 2002).

3.2.1 Les critères d'inclusion et d'exclusion à la recherche

Concernant les critères d'inclusion, les personnes participantes devaient répondre aux éléments suivants afin d'être admissibles à participer à l'étude : 1) être travailleur social ou travailleuse sociale ; 2) avoir un minimum de deux ans d'expérience en intervention auprès des personnes ainées ; 3) intervenir ou avoir intervenu en contexte de services offerts à domicile. Les personnes participantes ont été recrutées sur une base volontaire selon leur intérêt à participer à la recherche. Le recrutement dans un même point de service (de la même MRC) des CLSC cessait lorsque deux personnes étaient sélectionnées afin de favoriser un recrutement à travers les huit MRC de la région du Bas-Saint-Laurent.

3.2.2 Site de l'étude

Le recrutement visait une représentativité de la pratique en travail social au sein du programme du soutien à domicile du CISSS du Bas-Saint-Laurent. La collaboration de la Direction du programme du soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA) a été essentielle pour faciliter le recrutement. Tenant compte de la réalité territoriale du Bas-Saint-Laurent, qui présente un défi en raison du nombre élevé de personnes ainées selon les municipalités, des ressources limitées dans plusieurs secteurs ainsi que de la diversité des réalités entre les zones rurales et urbaines, la sélection des personnes participantes visait à couvrir l'ensemble des huit municipalités régionales de comtés (MRC) du territoire du Bas-Saint-Laurent pour éviter de se concentrer sur un même secteur.

3.3 RECRUTEMENT

Dans un premier temps, pour joindre la Direction du programme SAPA, la coordonnatrice et le coordonnateur du continuum SAD, l'envoi par courriel du synopsis de la prise de contact (annexe I), de l'affiche (annexe II) et du dépliant (annexe III) a été effectué pour présenter le projet de recherche et pour proposer une procédure de recrutement. Ensuite, une rencontre virtuelle avec la coordination du continuum SAD des secteurs est et ouest a permis d'établir une façon de recruter. Les responsables de la coordination ont informé les chefs de service des différents secteurs du Bas-Saint-Laurent. Les chefs de service ont joué un rôle d'intermédiaire entre les personnes intéressées à participer et l'étudiante chercheuse. Ils ont vérifié, dans leur secteur, qui était intéressé à participer au projet. À la réception des noms, l'étudiante chercheuse rejoignait les personnes intéressées, par courriel, en intégrant le synopsis du premier contact avec la personne participante (annexe IV) et le dépliant explicatif. Une fois la rencontre virtuelle prévue, le formulaire de consentement (annexe V) et la fiche des données sociodémographiques (annexe VI) ont été acheminés par courriel. Le retour des formulaires signés se faisait avant l'entretien.

Les personnes participantes ont été retenues pour représenter la réalité de leur territoire. Onze personnes en provenance de six MRC différentes ont manifesté un intérêt pour participer à la recherche. Ce nombre est jugé réaliste, considérant la visée exploratoire du projet de recherche et les exigences liées à un projet de maîtrise. Selon Fortin et Gagnon (2022), dans les études descriptives de nature qualitative, de petits échantillons sont suffisants, généralement, pour obtenir l'information. Après l'entretien, elles ont reçu une attestation de participation à la recherche (annexe IX). Ce type d'activité est admissible pour les heures de formation continue (HFC) par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ, 2023).

La première période de recrutement s'est déroulée de juin 2022 à novembre 2022. Considérant l'étendue de la région bas-laurentienne et que la collecte de données se déroulait lors de la pandémie de la COVID-19, les entretiens se sont déroulés en mode virtuel

synchrone par ZOOM ou TEAMS. Les entretiens effectués virtuellement étaient enregistrés en format audio avec un enregistreur vocal numérique de façon à faciliter la retranscription pour l'analyse. La durée des entrevues se situait entre 32:10 minutes et 1:19 heures pour une moyenne de 56:83 minutes, excluant le temps de préparation (remplir le formulaire des données sociodémographiques, lire le formulaire d'information confidentielle (FIC), l'envoi des formulaires et la vérification des résultats). La deuxième période qui visait à recruter dans les deux secteurs non représentés s'est effectuée de février 2023 à août 2023. Malgré les relances effectuées, aucune participation n'a été obtenue.

3.4 LA MÉTHODE DE PRODUCTION DE DONNÉES

D'emblée, il est pertinent de préciser que l'étudiante chercheuse adhère à « l'adoption d'une posture et d'un vocabulaire renouvelés » proposée par les personnes chercheuses Rondeau et ses collègues (2023). Les auteurs introduisent l'utilisation de « méthodes de production des données » plutôt que de « méthodes de collecte des données ». De plus, ils favorisent la notion d'entretien au lieu d'entrevue, car elle « véhicule l'esprit de la conversation et du dialogue caractérisant les rencontres avec les personnes participantes au sein des enquêtes qualitatives de terrain » (p. 9). Selon eux, « la personne chercheuse se pose un certain nombre de questions qu'elle transpose en un certain nombre d'interrogations pouvant être soulevées lors d'un entretien au cours duquel la personne participante sera conviée à livrer un témoignage » (p. 9). Ils soulèvent qu'un entretien doit être considéré comme une rencontre lors de laquelle la personne chercheuse sollicite un témoignage de la part d'une personne participante susceptible d'apporter un éclaircissement sur la problématique étudiée. Ainsi, la personne participante donne généreusement accès à son expérience.

3.4.1 Entretiens semi-dirigés

Pour la production des données, l'étude s'appuie sur un guide d'entretien semi-dirigé (annexe VIII). Selon Savoie Zajc (2021), l'entretien semi-dirigé a pour objectif de

comprendre le monde de l'autre et consiste en une interaction verbale menée de façon flexible par la personne chercheuse qui est guidée par les thèmes qu'elle souhaite explorer. L'étude s'effectue sur les lieux où évoluent les personnes qui témoignent de leur expérience et l'étudiante chercheuse œuvre à la production des données dans un entretien interactif et dynamique (Rondeau et al., 2023).

Avant le début de l'enregistrement, l'étudiante chercheuse se présente et elle réalise une introduction à la rencontre en énonçant un bref résumé du sujet de recherche et de ses intérêts de recherche. Elle précise l'importance de l'information recueillie et le déroulement de l'entretien. Elle valide l'autorisation pour enregistrer et elle rappelle l'importance de ne pas divulguer le contenu de l'entretien. Elle souligne que les renseignements recueillis au cours de l'entretien demeureront confidentiels. Les personnes participantes n'ont pas eu accès au guide d'entretien qui aborde quatre grands thèmes : 1) le cheminement professionnel; 2) l'intervention auprès des personnes ainées; 3) la présentation de la vignette; 4) les effets perçus de la bientraitance (annexe VIII). Des sous-questions permettaient d'alimenter les questions principales. L'approche bioécologique (chapitre 2) a influencé l'élaboration du guide d'entretien semi-dirigé afin d'atteindre les objectifs visés par la question de recherche. Pour connaître la personne et son expérience professionnelle, le premier thème comprend les données sociodémographiques, ses expériences professionnelles, ses motivations à choisir le travail social comme profession et les formations qui l'ont préparée à intervenir auprès des personnes ainées. Il vise également à connaître son rôle auprès des personnes ainées. Plus précisément, en quoi consiste son travail au soutien à domicile. La fiche de données sociodémographiques (annexe VI) permet de connaître l'âge des personnes participantes, le nombre d'années de pratique en travail social et le nombre d'années exercé au SAD et auprès des personnes ainées ainsi que le lieu de pratique (ontosystème, microsystème et mésosystème). La figure 4 illustre les relations entre les dimensions étudiées.

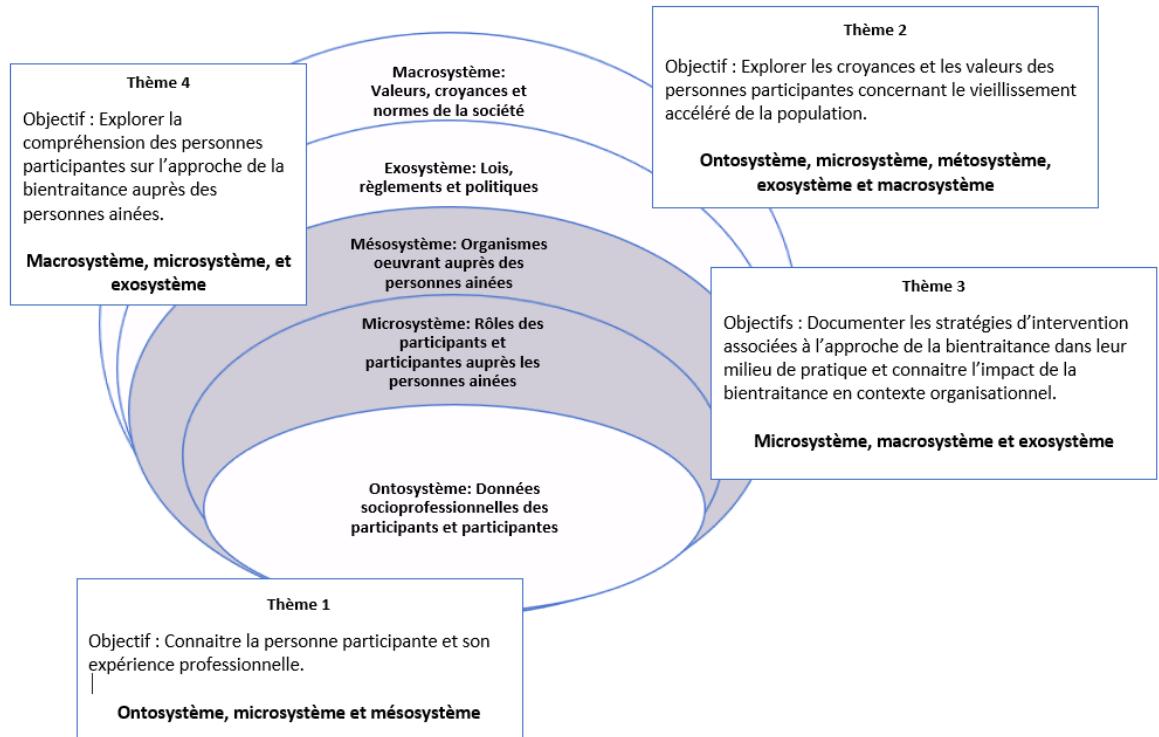


Figure 4. Les relations entre les dimensions à l'étude

Le deuxième thème permet de connaitre les particularités dans l'intervention auprès des personnes ainées et d'explorer les croyances et les valeurs des personnes professionnelles en travail social, ainsi que celles véhiculées dans leur milieu de travail (ontosystème et macrosystème). Les problématiques rencontrées telles que la maltraitance, les difficultés et les enjeux rencontrés lors des interventions sont également abordés (microsystème, mésosystème et exosystème). Par conséquent, ce thème touche tous les systèmes. Le troisième thème, qui comprend une vignette (annexe VII) contenant une situation clinique fictive, contribue à ce que chaque personne participante ait les mêmes bases de discussion. La grille d'entretien et la vignette clinique permettent d'élaborer sur le contexte de pratique professionnelle, de documenter les stratégies d'intervention associées à l'approche de la bientraitance dans leur milieu de pratique et de connaître l'impact de la bientraitance en contexte organisationnel (microsystème, macrosystème et exosystème). Puis, le quatrième

thème permet d'explorer la compréhension des personnes participantes sur le concept de l'approche de la bientraitance auprès des personnes ainées et les liens entre la bientraitance et le travail social. Il contribue également à connaître les enjeux, les défis, les avantages et les conditions qui favorisent la mise en place de son implantation dans les milieux professionnels (macrosystème, microsystème, et exosystème). Finalement, la conclusion encourage les personnes participantes à élaborer sur ce qu'elles suggèrent à une personne professionnelle qui souhaite intégrer l'approche de la bientraitance dans sa pratique en travail social. Elle permet également d'offrir la possibilité d'ajouter des éléments concernant le sujet ou des éléments de réponses à une question précédente. Par conséquent, les objectifs de la recherche sont liés aux différents thèmes tout en laissant assez d'espace aux personnes participantes pour parler de leur réalité. Considérant qu'il s'agit d'une recherche exploratoire, il est pertinent que les personnes participantes élaborent à partir de leurs propres réflexions, concepts et cadres de références (Fortin, 2018). De plus, un prétest a été réalisé lors de sa conception auprès d'une travailleuse sociale dans le but de valider le guide d'entretien.

3.4.2 Vignette clinique

Depuis longtemps, les vignettes sont utilisées dans les sciences sociales « pour étudier les attitudes, les perceptions, les croyances et les normes » [Traduction libre] (Finch 1987, citée dans Wilks, 2004). Dans son mémoire de maîtrise, Fortin (2018) nomme plusieurs avantages associés à l'utilisation d'une vignette clinique dans un projet de recherche, notamment le fait qu'elle ne soit pas dispendieuse en termes de ressources et de temps, qu'elle permet une distance entre le sujet et la personne participante, qu'elle permet de favoriser la validité interne de la recherche, qu'elle sert également à éviter le recours de leurs expériences professionnelles et diminue ainsi le risque de bris de confidentialité. La vignette présente un cas clinique ayant différents niveaux de complexité sur lesquels les personnes participantes émettent des réflexions (Fortin, 2018). La vignette est courte, factuelle et claire, mais juste assez vague pour qu'elles puissent les interpréter à leur façon (Bradbury-Jones et al., 2014). L'utilisation de la vignette permet d'obtenir une cohérence méthodologique lorsque les objectifs de recherche, les méthodologies et les éléments de la

vignette concordent : ce qui contribue à obtenir la validité interne et soutient les résultats (Skilling et Gabriel, 2020). Tout comme Philibert (2021) l'indique dans son mémoire de maîtrise, contenant un exemple concret, la vignette permet une distanciation entre la personne et son contexte d'intervention. Basée sur une situation hypothétique plutôt que sur la réalité, elle permet aux personnes participantes d'être plus libres dans leurs réponses (Wilks, 2004). Insérée au centre de l'entretien, la vignette a servi à enrichir la discussion sur chacun des thèmes et à réfléchir sur une situation. Elle est construite en s'appuyant sur la recension des écrits et sur l'expérience clinique et une situation vécue par une personne proche de l'étudiante chercheuse. Elle a été préalablement validée pour confirmer le réalisme et l'authenticité auprès de la coordonnatrice régionale spécialisée en matière de maltraitance envers les personnes ainées au Bas-Saint-Laurent.

3.5 LA METHODE D'ANALYSE DE DONNEES

Afin d'assurer une rigueur méthodologique, la pertinence d'établir un cadre d'analyse s'est imposée pour soutenir la validité des résultats. Selon Mukamurera et ses collègues (2004), le travail d'analyse doit contenir des balises pour s'assurer d'être efficace. D'abord, les auteurs établissent, comme première balise, que la personne chercheuse est appelée à formuler ses référents théoriques sur le sujet à l'étude. Pour la deuxième balise, « le chercheur est convié à expliciter son approche qualitative de référence, à préciser pour lui et pour les autres avec quelles lunettes de lecture ou sous quel angle il aborde le phénomène à l'étude et anticipe l'analyse » (Mukamurera et al., 2004, p. 115). Par conséquent, les balises choisies pour l'étude sont réfléchies en fonction de la question de recherche et le guide d'entretien qui demeure au cœur de la démarche pour atteindre les objectifs de la recherche.

3.5.1 Analyse thématique

La première balise utilisée est inspirée de l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli (2021) qui a une fonction de travail de repérage et une fonction de

documentation. Le repérage permet de saisir les thèmes pertinents liés aux objectifs de recherche et la documentation « concerne la capacité de tracer des parallèles ou de documenter des oppositions, des divergences, des complémentarités, etc., entre les thèmes » (Paillé et Mucchielli, 2021, p. 271).

Pour procéder à l'analyse thématique, il est essentiel de considérer la nature du support matériel, le mode d'inscription des thèmes et le type de démarche de thématisation. Pour le support matériel, le logiciel d'analyse de données qualitatives N'Vivo version 1.7.2 s'est avéré utile pour regrouper et saisir les thèmes. Le logiciel N'Vivo, utilisé en recherche qualitative, permet aux chercheurs, entre autres, d'organiser des données, la codification et l'analyse du matériel (Point et Baudet, 2022). Cet outil a permis de découper les verbatims par thème pour ensuite entreprendre des croisements et des recoupements pour comparer les propos des personnes participantes. Avant d'effectuer une démarche de thématisation en continu comme mode d'inscription des thèmes, plusieurs lectures de chacun des verbatims ont permis de faire un repérage des segments du discours pour commencer à élaborer un arbre thématique. Cette démarche itérative a permis d'identifier des thèmes et de les noter au fur et à mesure de la lecture du texte, puis de les regrouper et de les fusionner, si besoin.

3.5.1.1 La codification

La construction de l'arbre thématique s'est faite à partir des relations entre les thèmes et la récurrence de certains d'entre eux. Ainsi, lors du regroupement, une attention a été portée aux ressemblances avec, comme objectif, de reprendre des thèmes existants et de cerner les points en commun. Bien que Paillé et Mucchielli (2021) introduisent la rubrique dans la démarche de thématisation, le travail d'analyse thématique implique essentiellement les thèmes. Par ailleurs, la rubrique inclut les données sociodémographiques des personnes participantes. Ces données n'ont pas lieu d'être thématisées, car elles ne sont pas des informations découlant des témoignages. Toutefois, elles sont reprises pour présenter le profil des personnes répondantes. Les données sont regroupées par thèmes en fonction du guide d'entretien, alors que d'autres ont émergé des entrevues auprès des personnes

participantes (annexe XII). Chaque grand thème, appelé code parent, comprend des sous-thèmes (code enfant). Parfois, la personne interrogée sortait du sujet ou amenait d'autres thèmes jugés pertinents lors de la démarche de thématisation. Ainsi, les codes « autres informations » et « recommandations » ont permis de classer ces données. Globalement, cet exercice de thématisation a permis de ressortir l'essentiel des propos.

3.5.2 Démarche inductive délibératoire

La deuxième balise qui oriente l'analyse pour donner du sens aux données recueillies est l'adoption d'une logique inductive délibératoire. Celle-ci « utilise le cadre théorique pour guider le processus de l'analyse. Ce cadre indique les modèles ou les concepts ou caractéristiques à travers lesquels l'interprétation se produit » (Mukamurera et al., 2006, p. 114). Dans cette logique, Anadón et Savoie-Zajc (2009) précisent qu'une grille d'analyse est élaborée par catégorisation et que le cadre théorique procure l'ensemble des catégories tout en laissant une place pour des ajustements modérés selon les données recueillies et le sens dégagé. Ainsi, une grille d'analyse qualitative (Annexe XI) a permis de catégoriser chaque thème de l'entretien semi-dirigé qui s'appuie sur le cadre théorique de l'approche bioécologique (figure 1).

3.6 CRITERES DE SCIENTIFICITE

Savoie-Zajc (2019) soulève que la rigueur de recherche s'applique à diverses étapes de la recherche. Elle s'installe lors de la planification de la recherche, de l'entrée sur le site de recherche et au moment de la construction de l'échantillon. Les « pratiques qui touchent diverses étapes de la recherche sont de nature à renforcer la crédibilité, la fiabilité et la transférabilité d'une recherche » (Savoie-Zajc, 2019, p. 40). Par ailleurs, pour établir le critère de crédibilité, lorsque nécessaire, les enregistrements audio ont permis d'écouter directement les propos des personnes participantes afin de bien cerner leur point de vue. De plus, la triangulation des données avec différentes sources documentaires a été réalisée pour assurer la rigueur des résultats de recherche. Selon Fortin et Gagnon (2022), la triangulation

de multiples sources de données permet « de tirer des conclusions valables sur ce qui constitue la réalité à propos d'un même phénomène » (p. 168). Par ailleurs, dans l'optique de crédibilité et de fiabilité, l'étudiante chercheuse a validé, préalablement, le guide d'entretien auprès d'une personne professionnelle en travail social et la vignette clinique auprès d'une personne-ressource en maltraitance.

3.3 Les considérations éthiques

Conformément aux procédures éthiques dans le cadre de recherche, le devis de l'étude a été déposé au Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Après approbation, il a été présenté au Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR). Les deux certificats éthiques ont été renouvelés en 2023 et en 2024.

Considérant que l'expérience des personnes participantes se situe au cœur de la démarche en parlant de leur réalité professionnelle, leurs valeurs et leurs croyances, le consentement libre et éclairé énoncé dans le formulaire de consentement est primordial (annexe V). Le formulaire contient la nature et les objectifs du projet de recherche, le déroulement du projet, la durée et les conditions de la participation, les avantages et les risques d'y participer ainsi que les coordonnées pour contacter l'étudiante chercheuse et la directrice de recherche et celles pour rejoindre les mécanismes de plainte. De plus, il précise la conservation et la protection des données, le retour des résultats, le droit de retrait et de la participation volontaire et le respect de la confidentialité. Une fois signée par toutes les parties, une copie a été remise aux personnes participantes. Bien que les risques associés à la participation à cette étude soient limités, il était possible qu'une personne participante se sente incommodée à un moment donné dans le processus et qu'elle décide de ne plus contribuer à l'étude. Elles ont été informées qu'elles pouvaient se retirer du projet en tout temps sans avoir à se justifier et sans subir de préjudice.

Puisque les entretiens risquaient de les identifier à partir des propos énoncés, des précautions ont été prises pour assurer l'anonymat et la confidentialité lors de la divulgation

des résultats. À cet égard, pour éviter qu’elles soient facilement identifiées, les données des entretiens ont été dénominalisées pour éviter d’associer les citations aux lieux précis ou aux personnes. Toute information sujette à révéler l’identité des personnes participantes et l’établissement où elles travaillent ne se retrouve pas dans les verbatims. Les formulaires de consentement signés par les personnes participantes, les formulaires sociodémographiques contenant leur identité ainsi que les enregistrements audio sont conservés dans un document codé que seules l’étudiante chercheuse et la directrice de recherche peuvent consulter. Il est pertinent de préciser qu’une personne externe a transcrit les verbatims. Elle a signé une entente de confidentialité (annexe X) et elle n’a pas eu accès aux informations nominatives. La transcription des verbatims respecte fidèlement les propos en étant écrite manuellement et intégralement mot à mot. De plus, considérant qu’une personne participante exerce en contexte de droit acquis ne permettant pas de s’identifier comme TS, et par respect du titre professionnel réservé, l’étudiante chercheuse a opté pour un numéro d’identification différent de celui inscrit sur le formulaire de données démographiques (la lettre P a été utilisée au lieu de TS comme initialement attribué lors du recrutement). Elle a choisi également de ne pas indiquer le poste occupé dans le milieu de travail, ni le genre de la personne, car il serait trop facile de les identifier et de briser la confidentialité.

3.7 LIMITES LIEES AU RECRUTEMENT ET A LA COLLECTE DE DONNEES

Bien que l’objectif fût de couvrir l’ensemble des municipalités et que l’assouplissement des critères de recrutement lors de la deuxième période de recrutement ait été envisagé, personne n’a été recruté dans le secteur de Les Basques et de La Matapédia. Néanmoins, les critères d’inclusion choisis pour le recrutement permettent d’obtenir des données significatives sur le sujet à l’étude. Par ailleurs, la réalisation des entretiens à distance a contribué à des défis supplémentaires. La création d’une relation entre les personnes participantes et l’étudiante chercheuse est moins explicite dans ce contexte. Philibert (2021) soulève que, lors d’une première rencontre, le fait de se serrer la main contribue à établir une certaine intimité entre deux personnes et qu’il est également plus difficile d’observer le langage non verbal. De plus, l’instabilité de la connexion Internet a parfois contribué à faire

perdre le fil de la conversation. Finalement, les personnes participantes ont majoritairement effectué leurs entrevues à leur milieu de travail et, parfois, le téléphone a sonné durant la rencontre, ce qui a constitué un défi pour le déroulement des rencontres. Finalement, un risque de désirabilité sociale de la part des personnes participantes a pu être présent et, plus particulièrement, lorsque l'étudiante chercheuse connaissait professionnellement les personnes intervenantes. Afin de diminuer ce risque, dès le début de l'entretien, elle a expliqué le but de la recherche et son intérêt de mieux comprendre les pratiques d'intervention en lien avec l'approche de la bientraitance dans leur milieu de travail. De plus, l'utilisation de la vignette clinique a servi à diminuer l'impact de la désirabilité sociale sur les résultats (Wilks, 2004).

CHAPITRE 4

RESULTATS

Ce chapitre de présentation des résultats constitue une exploration de la compréhension de l'approche de la bientraitance par les personnes participantes et des effets de celle-ci sur leurs pratiques d'intervention afin de répondre à l'objectif général de la recherche et à la question de recherche. Pour ce faire, les principaux thèmes émergents de l'analyse des données obtenues lors des entretiens sont exposés. D'abord, les données sociodémographiques, la trajectoire professionnelle des personnes participantes, le choix d'exercer en travail social ainsi que les formations et le développement professionnel sont présentés dans le but de connaître les personnes participantes. Ensuite, les enjeux et défis du vieillissement démontrent la réalité vécue par les personnes ainées. Puis, les particularités des interventions auprès des personnes ainées sont détaillées avant de présenter les enjeux et les défis rencontrés par les personnes participantes au soutien à domicile. Par la suite, l'analyse de la vignette clinique permet d'explorer les aspects de l'intervention liés à l'approche de la bientraitance des personnes ainées, en tenant compte de la réalité du terrain. Pour conclure, les défis, les avantages et les conditions gagnantes de l'implantation de l'approche dans leur milieu de travail sont abordés afin de mieux comprendre la perception de la bientraitance par les personnes participantes.

4.1 PRESENTATION DES PERSONNES PROFESSIONNELLES EN TRAVAIL SOCIAL : PROFILS, EXPERIENCES ET MOTIVATIONS

Pour la plupart des personnes participantes², le profil répond aux critères d'inclusion suivants : 1) être travailleur social ou travailleuse sociale ; 2) avoir un minimum de deux ans d'expérience en intervention auprès des personnes ainées ; 3) intervenir ou avoir intervenu dans un contexte de services offerts à domicile³. La synthèse des données sociodémographiques indique que l'âge moyen des personnes répondantes est de 33,8 ans ; la plus jeune ayant 24 ans et la plus âgée, 51 ans. Selon la répartition, trois d'entre elles sont dans la vingtaine, cinq dans la trentaine et trois avaient plus de 40 ans. Le nombre d'années de pratique en travail social se situe entre 1,5 an et 29,5 ans, pour une moyenne de 10,41 ans. Une personne a travaillé immédiatement auprès des personnes ainées lorsqu'elle a terminé ses études. Une autre a commencé sa pratique auprès des personnes ainées au soutien à domicile avec une technique en travail social avant de compléter son baccalauréat. Le tableau 2 présente les années d'expérience en travail social, les années auprès d'une clientèle de personnes ainées ainsi que les années d'expérience au soutien à domicile.

Tableau 2. Synthèse des données sociodémographiques des personnes participantes (N=11)

No. Identification	Années d'expérience en travail social	Années d'expérience auprès des PA	Années d'expérience au SAD
P1	29.5 ans	12 ans	9 ans
P2	5 ans	3 ans	3 ans
P3	4 ans	2 ans	2 ans

² Bien qu'une personne participante ne réponde pas au critère d'inclusion en lien avec le fait d'être travailleuse sociale, elle a été retenue parce qu'elle possède les droits acquis pour exercer en travail social.

³ Pour préserver la confidentialité, l'étudiante chercheuse a choisi de présenter les résultats de façon expérientielle sans préciser le genre des personnes participantes et de ne pas nommer le poste qu'elles occupent.

P4	5 ans	2 ans	2 ans
P5	10 ans	6 ans	6 ans
P6	8 ans	8 ans	6 ans
P7	10 ans	6 ans	6 ans
P8	9 ans	8.5 ans	8.5 ans
P9	23 ans	20 ans	12 ans
P10	16 ans	14 ans	12 ans
P11	1.5 an	3 ans	2.5 ans

Le nombre d'années d'intervention auprès des personnes ainées se situe entre 2 ans et 20 ans (moyenne de 9,3 ans), alors que le nombre d'années d'expérience au soutien à domicile se situe entre 2 ans et 12 ans (moyenne de 6,3 ans). La différence entre le nombre d'années d'intervention auprès des personnes ainées et le nombre d'années d'expérience au soutien à domicile s'explique par le fait que cinq personnes participantes ont travaillé auprès des personnes ainées avant de travailler au soutien à domicile, notamment dans une unité d'évaluation cognitive et de réadaptation fonctionnelle intensive, dans une équipe de base en santé mentale pour personnes ainées, au CHSLD, au Centre hospitalier et dans des organismes communautaires ayant un mandat auprès des personnes ainées.

4.1.1 Expériences en travail social : trajectoires professionnelles

La majorité des personnes participantes a exercé dans un autre milieu de travail et est intervenue auprès d'autres types de clientèle. Plusieurs ont débuté leur carrière par des contrats à court terme ou des remplacements dans divers milieux avant d'obtenir un poste permanent. Que ce soit dans les milieux hospitaliers, le Centre de réadaptation en déficience

physique (CRDP), sur l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), à l'Accueil, analyse, orientation, référence (AAOR), au CHSLD, sur l'Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF), à Info-social, en pédiatrie, en pédopsychiatrie, au programme en santé mentale adulte, au programme enfance-jeunesse-famille, dans un groupe de médecine familiale (GMF), aux services psychosociaux généraux, la plupart des personnes participantes ont connu plusieurs secteurs d'intervention au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Certaines des personnes participantes ont réalisé des suivis étroits auprès de personnes ayant des idées suicidaires (N=3). D'autres sont intervenues dans des services de soins palliatifs (N=4) ou ont animé des groupes de soutien pour les personnes endeuillées (N=2). D'autres ont expérimenté des organismes communautaires tels que le service correctionnel, dans un centre alternatif en santé mentale et sociale et à la Maison des jeunes. En pratique privée, une personne participante a fait de la zoothérapie et, une autre, des évaluations psychosociales en contexte d'ouverture de régime de protection et d'homologation de mandat.

4.1.2 Choisir le travail social : l'influence des expériences

Les personnes participantes révèlent plusieurs motivations qui les ont incitées à choisir le travail social comme profession. La combinaison de la motivation intrinsèque et extrinsèque est souvent présente lorsqu'il est question du choix d'exercer en travail social.

4.1.2.1 L'influence des expériences personnelles et familiales

Plusieurs expriment une motivation liée à leur histoire personnelle et familiale. La motivation extrinsèque, influencée par des proches, est renforcée par la motivation intrinsèque basée sur des valeurs et des expériences personnelles, sur le désir d'aider et de protéger les autres, comme le démontre la personne participante suivante : « *J'ai une amie qui avait été en éducation spécialisée. J'ai été vers ça. J'ai toujours aimé aider. Tout ce qui est l'essence de la loi. Protéger les autres, ça m'a toujours interpellée.* » (P7)

Pour plusieurs, la motivation découle d'une combinaison de facteurs personnels et professionnels, notamment des valeurs personnelles, d'expériences familiales et de conseils extérieurs. Pour certaines, les expériences personnelles les ont sensibilisées aux réalités de la vulnérabilité :

À la base, j'étais une personne qui a un vécu personnel quand même assez houleux dans la jeune adolescence, début de vie adulte. Par après aussi, j'ai côtoyé quand même des intervenants de différentes professions. C'est vraiment parce que je voulais travailler en santé mentale, parce que j'ai constaté à quel point c'était important. (P3)

Le souci de la justice et de l'accompagnement des personnes peut aussi influencer leur choix de carrière. Une d'entre elles a été confrontée à des situations difficiles dans sa propre famille, ce qui a contribué à développer le désir de protéger les autres et de s'engager pour plus de justice sociale (P1). Pour une autre, son choix, d'abord influencé par une motivation externe, a laissé place à la motivation interne quand la confiance en elle s'est installée dans sa pratique en raison de la reconnaissance de ses pairs. Ses expériences personnelles, ses valeurs et ses affinités avec la clientèle ont influencé son choix d'intervenir auprès de cette dernière :

[...] Mes parents voulaient absolument que je fasse un bac. J'ai commencé à me faire davantage confiance. Je voyais que j'étais appréciée des pairs. Pis que j'avais quand même un bon jugement. P'tit peu à p'tit peu, je me suis fait une confiance pis j'ai développé mon expertise. C'est sûr et certain que ma clientèle, ce sont les personnes âgées. (P9)

4.1.2.2 Le désir de faire la différence

Plusieurs personnes participantes souhaitent faire une différence dans la vie des gens, en particulier, des personnes ainées. Ce thème est récurrent dans tous les entretiens de recherche, soulignant un intérêt pour la relation d'aide et le soutien aux personnes vulnérables. Par exemple, une affirme vouloir « *faire une différence dans la vie des gens* » et être « *là pour les autres* » (P11), en plus d'avoir un intérêt pour la protection des personnes

vulnérables : « *J'ai toujours aimé aider. Tout ce qui est l'essence de la loi. Protéger les autres ça m'a toujours interpellée.* » (P7)

Le désir d'aider, de les accompagner, de « *prendre soin* » et de les protéger est présent. La vulnérabilité des personnes ainées est un autre aspect important de leur motivation. Deux personnes participantes soulèvent la nécessité de les protéger de la maltraitance, tandis qu'une autre désigne le rôle des personnes professionnelles en travail social comme étant un « *filet de sécurité* » pour les personnes ainées isolées. La conscience des enjeux liés au vieillissement de la population s'inscrit aussi dans les types de motivations, comme l'exprime la personne participante suivante : « *On parle de vieillissement de la population tout le temps. On parle des besoins des ainés. On parle aussi de négligence, de vulnérabilité. Donc, moi, je voulais aller combler ça.* » (P10)

Certaines démontrent leur intérêt pour les dynamiques sociales, familiales et individuelles. Cet intérêt pour la complexité des relations interpersonnelles se manifeste dans leurs approches qui valorisent la collaboration avec les familles, le réseau social et l'environnement malgré les enjeux relationnels : « *Je suis quand même une fille qui est curieuse de nature, qui aime ça en apprendre davantage et connaître les dynamiques entre les personnes pis les familles, pis l'environnement. C'est quelque chose qui me plaît particulièrement.* » (P8)

D'autres présentent une volonté de comprendre les problématiques complexes auxquelles font face les personnes ainées. Pour plusieurs, l'expérience terrain, les rencontres et les valeurs personnelles semblent avoir orienté et consolidé leur choix professionnel.

4.1.3 Les formations et le développement professionnel

Portées par leurs motivations à faire une différence dans la vie des personnes ainées, les personnes participantes ont souvent cherché à compléter leur formation initiale par des cours optionnels et des formations continues. Selon elles, leurs formations scolaire et professionnelle se sont avérées parfois insuffisantes afin de répondre aux besoins spécifiques

de la clientèle ainée. Bien que plusieurs aient suivi des cours optionnels ou des formations spécifiques en cours d'emploi, elles estiment que la formation de base en travail social ne consacre pas suffisamment de temps aux particularités de cette clientèle et aux enjeux spécifiques liés au vieillissement.

4.1.3.1 Formations en travail social et gériatrie : un manque de préparation spécifique

Les personnes participantes sont unanimes sur le fait que les aspects spécifiques du vieillissement tels que les particularités de l'intervention auprès de cette clientèle, les problématiques liées à l'âge ou les enjeux de l'inaptitude et de la maltraitance sont peu ou pas abordés dans la formation en travail social. Les connaissances de base en relation d'aide sont bien enseignées, mais les compétences spécifiques à l'intervention auprès des personnes ainées telles que l'adaptation des interventions aux particularités de chaque personne et la gestion des situations complexes liées à l'âge sont peu développées. Une des personnes participantes souligne que, malgré de bons cours à l'université, la formation est très globale et ne permet pas d'approfondir chaque problématique et chaque clientèle. L'expérience est souvent acquise sur le terrain plutôt que durant la formation scolaire, comme l'exprime cette personne participante :

C'est avec le temps. Pis en s'entourant des bonnes personnes et des bons professionnels qui ont les expertises qu'on va chercher justement nos meilleures pistes d'intervention. Qu'on va se chercher vraiment nos meilleures façons d'intervenir finalement. (P8)

Dans le même ordre d'idée, une autre personne participante ajoute avoir vu des approches et des théories qui sont applicables pour tous genres de clientèle et que, par la suite, en cours de pratique, ces théories doivent être appliquées selon le type de clientèle rencontré (P3). Une autre ajoute :

De mémoire, c'est vraiment au sein de ma technique en travail social. Dans le cadre d'une session, on avait un cours spécifique intervention auprès des personnes âgées. C'est dans ce cours-là que j'ai vraiment plus vu les particularités, certaines approches, les problématiques. Mais en dehors de ça, y'avait pas, de mémoire toujours, d'autres formations spécifiques. (P4)

Une personne participante nomme « *qu'on parlait beaucoup plus de santé mentale* », « *enfance-jeunesse-famille, de protection de la jeunesse* » et qu'elle n'a « *jamais été préparée à travailler auprès des ainées ou même travailler pour le CISSS du Bas-Saint-Laurent* » (P6).

Une personne participante déplore que le cours optionnel *Principes de l'évaluation auprès des personnes adultes dans le cadre de la Loi sur le curateur public* à l'UQAR ne soit pas obligatoire :

On peut faire des régimes de protection des mandats d'inaptitude avec plusieurs clientèles. Mais c'est sûr qu'avec la clientèle âgée en plus avec le vieillissement de la population au Québec, c'est sûrement la majeure des mandats de représentation et protection qui sont faits en ce moment. Nous, c'est un cours optionnel à l'UQAR. Moi, j'avais commencé à travailler pour le CISSS et c'était les vendredis. C'était mon premier choix de faire ce cours complémentaire. Mais à cause d'un conflit d'horaire, j'ai dû changer. Faque je trouve malheureux que ce soit un cours complémentaire. (P11)

Un autre précise que les stages permettent d'acquérir le plus d'outils pour intervenir. Les stages sont considérés comme essentiels pour pallier le manque de formation spécifique à l'université : « *Une chance que j'ai eu des stages, parce qu'arriver sur le milieu du travail, sur le marché après, je pense que j'aurais eu beaucoup de difficultés.* » (P5)

C'est durant leurs stages que certaines personnes participantes se sont vraiment formées pour intervenir auprès des personnes ainées. Une d'entre elles précise que c'est pendant son stage qu'elle a vraiment appris ce qu'elle voulait faire. Une autre souligne qu'elle a eu des stages dans le milieu de la santé et que c'est là qu'elle a acquis ses outils. Ainsi, face à ce manque de préparation dans la formation en travail social, les personnes participantes sont souvent amenées à se former par elles-mêmes en allant chercher des formations supplémentaires ou en apprenant sur le terrain.

4.1.3.2 Limites et apports des formations en milieu de travail

Certaines soulignent l'importance de la formation continue pour développer les compétences nécessaires à l'intervention auprès de cette clientèle. Elles mentionnent également recevoir des formations en milieu de travail. Toutefois, pour certaines personnes participantes, les formations ont été limitées en raison de la pandémie de COVID-19, par la lourdeur du travail, le nombre de dossiers et du manque de personnel. Pour d'autres, c'est différent : « *Régulièrement, on se fait offrir des formations. Puis des formations toujours en lien avec des formations sur la maltraitance, sur les évaluations, sur les présentations de dossiers à la Cour, sur différents sujets qui répondent bien.* » (P10)

Les formations offertes portent principalement sur des sujets précis, comme la maltraitance, les régimes de protection et l'évaluation des niveaux d'autonomie. Une personne participante souligne que la formation reçue se concentre principalement sur les aspects techniques et administratifs de l'intervention, comme les régimes de protection ou des outils de cheminement clinique informatisés (OCCI) qui sont souvent utilisés. Toutefois, elle déplore le manque de formations axées sur l'intervention directe auprès de la personne ainée : « *Au niveau de l'intervention auprès de l'ainée, pas tant que ça. C'est beaucoup en lien avec des outils. La curatelle, les OCCI. Oui, c'est dans notre quotidien, mais au niveau de l'intervention directe, non.* » (P5)

Les personnes participantes soulèvent l'importance de connaître les aspects légaux liés à l'intervention auprès des personnes ainées, notamment en ce qui concerne l'inaptitude, les régimes de protection et la gestion des risques. Les formations portant spécifiquement sur la réalité des personnes ainées, la maltraitance, les régimes de protection, la législation et les particularités de l'intervention auprès de cette clientèle sont jugées insuffisantes ou inexistantes.

D'autres expriment un besoin de formations continues plus globales, qui abordent aussi bien les aspects légaux et administratifs que les dimensions relationnelles et psychologiques de l'intervention auprès des personnes ainées. Elles relèvent le besoin

d'approfondir leurs connaissances sur les troubles cognitifs, la maltraitance, les soins palliatifs, l'aide médicale à mourir et les aspects légaux liés à l'inaptitude. Face à la complexité des problématiques rencontrées auprès des personnes ainées, plusieurs ont pris l'initiative de se former par elles-mêmes sur des thématiques spécifiques, comme les troubles cognitifs, sur la présentation de dossiers à la Cour, le deuil ou l'animation de groupes de soutien pour personnes endeuillées. Quatre d'entre elles parlent de leur expérience de formation avec les soins palliatifs (P1, P2, P5, P6). Les soins palliatifs, l'aide médicale à mourir et le deuil sont des aspects nommés lors de l'entretien.

Soins palliatifs, j'suis allée la chercher moi-même. Formation sur le deuil aussi [...]. À travers les années, on a eu quelques formations, mais si peu. C'est nous au niveau de l'Ordre qu'on va chercher. Avec le Centre de vieillissement du Québec que je suis allée chercher des formations intéressantes. Dans le fond, les troubles de santé mentale, comment qui se transforment quand le vieillissement arrive aussi. Comment ça se transforme en anxiété ou en agressivité ou l'apparition des troubles cognitifs. Ça été des formations surtout, que moi j'ai été cherchées avec l'ordre. (P1)

Une participante mentionne également les formations obligatoires sur la maltraitance et sur les peuples autochtones (P3). Outre les formations, elle précise que le CISSS fournit des documents qui servent de cadre de référence aux personnes intervenantes.

4.2 LE VIEILLISSEMENT DEMOGRAPHIQUE : ENJEUX ET DEFIS

Confrontées à un manque de formation ciblée, les personnes participantes ont dû rapidement apprendre les enjeux et défis du vieillissement démographique. Elles expriment différents points de vue sur le vieillissement de la population, allant de l'espoir à l'inquiétude :

Pour moi, c'est une belle chose la vieillesse. Mais en même temps, j'trouve que c'est un enjeu important. Étant plus jeune aussi, je le vis. Pis je vois aussi que c'est peut-être une notion qui peut faire un p'tit peu peur aussi quand on voit qu'une majorité de la population vieillit, que l'accessibilité aux services n'est pas tout le temps évident non plus. Qu'on manque de ressources partout. Donc, on peut dire que ça fait peur quand même. Mais c'est comme deux volets. C'est très beau la vieillesse. Y'a des belles choses. Y'a des beaux apprentissages à voir avec les personnes âgées, mais on dirait que la situation démographique qui s'en vient, ça fait peur. (P2)

Certaines le perçoivent comme une réalité inhérente et normale de la vie. Un des aspects positifs nommés indique que les gens vivent plus longtemps et en meilleure santé grâce aux progrès de la médecine et à une meilleure hygiène de vie :

Je vois ça comme quelque chose de normal parce que ça fait partie d'une vague puis d'une situation populationnelle qu'on va vivre. Est-ce que ça me fait peur ? Non ! Est-ce que je trouve que c'est normal ? Oui, parce que les gens vieillissent pis qui vivent plus longtemps en santé. (P6)

Cependant, cela entraîne une augmentation significative du nombre de personnes ainées dans la population. D'autres personnes participantes sont plus inquiètes face au vieillissement de la population en partageant leur inquiétude en soulignant la vulnérabilité de la génération vieillissante et le manque de préparation des générations futures à prendre soin des personnes ainées : « *Les 40 ans et moins, les 30 ans et moins, ils ont été beaucoup gâtés par leurs parents. Je trouve ça inquiétant un peu parce que j'suis pas sûre qui vont avoir le don de soi tant que ça pour bien prendre soin de leurs parents.* » (P1)

Certaines expriment leur crainte face au vieillissement rapide de la population, s'inquiétant de la capacité du réseau de la santé à supporter cette croissance et à offrir des services adéquats. Elles soulignent que les places en hébergement ne suivent pas la même tendance. De plus, la pandémie de la Covid-19 a confirmé les enjeux existants : « *La Covid a aussi mis en lumière ce qui était vrai un peu déjà, un peu d'avance. C'est qu'on n'a clairement pas assez d'installations physiques pour répondre aux besoins.* » (P3)

4.2.1 Les changements liés à l'âge

La synthèse des données présente un portrait des effets du vieillissement allant au-delà des difficultés rencontrées par les personnes professionnelles en travail social. Le vieillissement est une réalité individuelle influencée par une combinaison complexe de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux, qui interagissent et façonnent l'expérience de chaque personne. Pour leur clientèle, les personnes participantes indiquent que le vieillissement s'accompagne souvent d'une diminution des capacités

motrices et cognitives, de maladies chroniques, ainsi que de plusieurs aspects psychosociaux : « *Toutes les problématiques biologiques, les problèmes de santé physique, les problèmes psychologiques, de deuil, les deuils de leur perte, l'adaptation à tous ces enjeux* ». (P6)

D'ailleurs, la perte d'autonomie est un thème récurrent dans les entretiens. La détérioration de l'état de santé peut également avoir un impact significatif sur l'estime de soi des personnes ainées. La perte d'intérêt et la perte de pouvoir sur leur vie peuvent amener les personnes ainées à se sentir inutiles et à se retirer de la vie sociale. Elles « *n'aiment pas ça vieillir [et] se sentir diminuées* ». (P9)

Les personnes participantes reconnaissent les difficultés que rencontrent les personnes ainées pour s'adapter aux multiples changements associés au vieillissement, notamment l'acceptation de la perte d'indépendance, la dépendance accrue à l'égard des autres, la précarité financière et la nécessité de déménager dans des milieux de vie différents.

4.2.2 La précarité financière : un défi majeur pour les personnes ainées

Quotidiennement, les personnes intervenantes font face à la précarité financière qui est un enjeu majeur pour de nombreuses personnes ainées, confrontées à des revenus fixes, à l'augmentation du coût de la vie et aux frais élevés des services de santé et d'hébergement :

J'pense aux résidences qui sont de plus en plus chères, mais que les gens ne sont pas plus riches. Si tu pars avec une résidence à 2500/mois, pis c'est une résidence de base, pis la personne en fait 1800/mois y'a un écart à combler. (P7)

L'écart est important entre les coûts des hébergements publics plus abordables et les résidences privées souvent inaccessibles aux personnes à faibles revenus. Par conséquent, des personnes ainées ou en situation de vulnérabilité se retrouvent à devoir faire des choix difficiles entre leur bien-être et leur budget limité :

Un autre enjeu, c'est l'hébergement privé et des coûts exorbitants des hébergements. Des résidences pour les gens qui ont besoin un petit peu plus de services qui se retrouvent à devoir payer 4000\$ par mois pour un hébergement. [...]. Donc, des hébergements publics en place subventionnée, on n'en a pas beaucoup. Y a des coupures, des fermetures de résidence et il n'y a pas rien qui se fait à l'inverse. (P6)

De plus, la précarité financière ne se limite pas à un enjeu économique. Elle entraîne des répercussions directes sur la qualité de vie et le bien-être général des personnes ainées : « *Un hébergement dans le privé, c'est extrêmement cher. Pis les gens ne peuvent pas se payer ça. Des fois, ils sont maintenus à domicile de peine et de misère. Parfois, c'est très précaire.* » (P5)

Les personnes participantes soulignent la nécessité de mettre en place des solutions pour améliorer l'accès à des hébergements abordables et de qualité pour les personnes ainées.

4.2.3 Les multiples facettes de l'isolement social chez les personnes ainées

Les personnes participantes soulèvent plusieurs facteurs qui contribuent à l'isolement social. Elles observent que les personnes ainées d'aujourd'hui ont souvent un réseau social limité. La dégradation de la santé et les pertes d'autonomie peuvent entraîner une diminution de la mobilité et une perte d'intérêt pour les activités sociales conduisant à l'isolement et à la solitude. De plus, les personnes ainées doivent s'adapter à un nouveau rôle social, marqué par une retraite souvent synonyme de perte de statut social.

4.2.3.1 Les mesures de confinement liées à la COVID-19

Selon l'une des personnes participantes, les mesures de confinement liées à la COVID-19, bien qu'initialement perçues comme nécessaires pour protéger les personnes ainées, ont eu des « *dommages collatéraux* » importants, particulièrement, un isolement accru et une détérioration de la santé mentale (P11). Elle observe que les personnes ainées ont été « *isolées en premier* » et ont « *moins sorti* » pendant la pandémie, ce qui a entraîné, également, un déclin de leurs capacités cognitives et physiques. Une autre corrobore ce

point en notant un « *déconditionnement* » physique et cognitif chez les personnes ainées en raison du manque de services durant le confinement (P4). Par manque de stimulation externe, l'augmentation de la détresse psychologique et le déclin des capacités physiques et cognitives chez leur clientèle postpandémie ont été observés.

4.2.3.2 Les deuils multiples

Un autre des facteurs qui exacerbe l'isolement est lié au décès de plusieurs membres de leur réseau social. Avec l'âge, le réseau social s'amenuise en raison des décès des proches, ce qui peut entraîner un sentiment de solitude et une diminution des interactions sociales :

Le réseau social, ben malheureusement, si on prend une personne en haut de 75 ans, ben y'ont plus de chance qui ait beaucoup de décès dans leur réseau. Le réseau, c'est sûr qui est beaucoup plus limité [...]. Malheureusement à cause de leur perte d'autonomie physique, cognitive, ils ont moins de chance de faire des sorties. (P11)

Elles peuvent perdre leur conjoint, leurs frères et sœurs, leurs amis ou même un enfant. Le décès d'un enfant est particulièrement difficile, car la perte va à l'encontre de l'ordre naturel des choses. Les deuils sont divers et ne concernent pas seulement les personnes de leur entourage qui décèdent, mais aussi les pertes de capacités et les changements de milieu de vie. Ces deuils peuvent être liés à la perte de capacités physiques, comme la perte de l'usage de leurs jambes ou de leur mémoire, la perte de leur autonomie et la nécessité de quitter leur domicile. Ces pertes peuvent entraîner un sentiment de dépendance. De plus, les personnes ainées peuvent également vivre le deuil de leurs rôles sociaux et de leur pouvoir qui englobe, entre autres, la diminution de la capacité à prendre des décisions et une plus grande dépendance envers les autres (P6). Les deuils fréquents peuvent engendrer un profond sentiment de solitude et de tristesse. Ces pertes, souvent vécues comme des deuils successifs, peuvent engendrer de la tristesse, de l'isolement et de la détresse psychologique. L'adaptation constante aux pertes représente un défi de taille pour les personnes ainées (P2).

4.2.3.3 La perte du réseau social et la distance avec la famille

Par ailleurs, le passage en résidence, qui est parfois inévitable, peut aussi être vécu comme une rupture sociale (P11). Les personnes ainées qui ont toujours vécu dans leur maison et leur communauté peuvent avoir du mal à s'adapter à un nouveau milieu de vie. Elles doivent s'adapter à un nouvel environnement et à de nouvelles personnes, ce qui peut s'avérer difficile (P8). La perte du réseau social existant est un élément marquant pour elles. La distance avec la famille et la difficulté à maintenir des liens sociaux antérieurs contribuent à l'isolement. Leurs amis, souvent du même âge, peuvent également vivre des problèmes de mobilité et d'isolement. Les personnes ainées ont moins d'occasions pour rencontrer d'autres personnes :

Ils ne sortent pas ben ben de chez eux. Il y a beaucoup de pertes d'autonomie. Les loisirs, ça fait dur. Ça se limite parfois à la TV pis aux mots cachés. Pis en même temps, on dirait qu'il y a une perte d'intérêt quand les gens avancent en âge. Y'ont comme une perte d'intérêt pour les loisirs [...]. Ils faisaient la lecture avant, mais là, parfois, ils ne voient plus assez pour la faire. (P9)

L'éloignement géographique des enfants, qui quittent souvent les régions pour poursuivre leurs études et trouver un emploi, peut rendre les personnes ainées « *plus isolées* » et compliquer les rencontres familiales (P11).

4.2.3.4 L'auto-isolement et la peur du jugement social

En outre, une personne participante souligne que les personnes ainées peuvent choisir de s'isoler socialement lorsqu'elles commencent à remarquer des signes de déclin cognitif. Elles peuvent craindre d'être jugées par leurs amis ou leur entourage si elles oublient des choses ou ont de la difficulté à suivre les conversations :

Il y en a aussi que quand c'est en début de maladie, ils se rendent compte qu'ils font des oubli, qui se répètent tout ça. Donc ils vont s'isoler, ils ne voudront pas sortir en public. Ils ne voudront plus voir leurs amis parce qu'ils vont avoir peur que leurs amis les jugent, qui se rendent compte qu'ils commencent à avoir des difficultés cognitives. (P11)

Cette peur du jugement et la honte associée à la perte d'autonomie peuvent les amener à éviter les sorties et à se retirer de leur cercle social.

4.2.3.5 Les facteurs limitant l'accès aux services

De plus, il est soulevé que les personnes habituées à leur indépendance et à se débrouiller seules ou avec leur famille peuvent se montrer réticentes à accepter l'aide de services externes (P3, P8). Le fait de devoir dépendre des autres pour des tâches quotidiennes, comme l'hygiène, est souvent vécu comme une atteinte à la pudeur et à l'intimité (P9). Le sentiment d'autonomie et la capacité de prendre des décisions concernant sa propre vie sont des éléments importants pour vivre dignement (P6). De surcroit, la méconnaissance des services disponibles et de leur fonctionnement constitue un frein à leur utilisation (P7). Par ailleurs, la perte du permis de conduire est un autre facteur qui nuit à la socialisation.

Quand ils perdent leur permis de conduire, c'est plus difficile. [...]. On a un territoire où il n'y a pas de transport. Le réseau est de plus en plus difficilement accessible. Donc, il y a un isolement qui se crée là chez l'ainé dans notre région. (P10)

Les espaces publics ne sont pas toujours adaptés aux besoins des personnes ainées en perte d'autonomie, ce qui peut les dissuader de sortir et contribuer à leur isolement (P11).

4.2.4 Les stéréotypes et les préjugés liés à l'âge

Les personnes ainées sont souvent victimes de stéréotypes et de préjugés négatifs liés à leur âge, les réduisant à leur fragilité, à leur dépendance ou à leur incapacité de s'adapter. Les personnes participantes reconnaissent l'âgisme comme un problème sociétal qui contribue aux préjugés et à la discrimination à l'égard des personnes âgées. Ces perceptions erronées peuvent avoir un impact négatif sur l'estime de soi et le sentiment d'appartenance. Une personne participante rapporte avoir entendu dire que les personnes ainées « *ne font pas grand-chose* » et que « *c'est donc bien de valeur qu'ils vivent si vieux* », comme si leur longévité était un fardeau pour la société (P10). Un autre préjugé entendu est que toutes les personnes ainées sont malades, fragiles et dépendantes. Elles sont parfois considérées comme

étant incapables d'apprendre de nouvelles choses, de s'adapter aux changements ou de faire évoluer leurs opinions : « *[...] que les ainés, ce sont des personnes qui sont bornées, pas ouvertes d'esprit, que c'est gênant d'être avec eux aussi, parce qui vont juste nous parler des affaires de vieux. [...] Que les personnes ainées sont sur des idées arrêtées.* » (P3)

L'infantilisation des personnes ainées, en utilisant des attitudes infantilisantes, en utilisant des expressions comme « *ma p'tite madame* » ou « *mon p'tit monsieur* » ou en leur parlant comme si elles étaient incapables de comprendre, est une autre forme de préjugé répandue (P1). Elles nomment que la société présente une vision souvent négative du vieillissement et que la bientraitance n'est pas encore suffisamment intégrée dans les mentalités et les pratiques. Certaines expriment que les personnes sont souvent perçues comme inutiles à la société et comme un poids pour les générations plus jeunes.

4.2.5 La reconnaissance sociale des personnes ainées

Les personnes participantes soulèvent un certain désintérêt de la société envers les personnes ainées. Le désintérêt est également associé à une certaine appréhension directement reliée à un manque de connaissance sur le vieillissement et sur la façon d'intervenir auprès de cette clientèle :

J'ai l'impression qu'il y a quand même une espèce de désintérêt de la personne âgée. Il y a des gens pour qui les personnes âgées, ça leur fait peur d'intervenir auprès d'eux [...]. Il y a un manque de connaissance. Mais pourtant, le vieillissement va toucher tout le monde dans la vie. C'est comme si, de par la société, on n'a jamais considéré ça comme quelque chose d'important... Mais là on dirait que les gens se rendent compte que c'est nous les ainés de demain. (P6)

Elles soulignent également la nécessité d'une plus grande sensibilisation de la société aux réalités du vieillissement, notamment en ce qui concerne les pertes d'autonomie, les maladies dégénératives et les situations de maltraitance.

4.2.6 Le rôle indispensable des personnes proches aidantes (PPA)

Le soutien aux PPA est essentiel en contexte de maintien à domicile des personnes ainées. Les personnes participantes accordent une grande importance aux PPA. Elles cherchent à établir un partenariat avec elles afin de mieux soutenir la personne ainée :

Au niveau familial, j'inclus le proche aidant qui n'est pas nécessairement des membres de famille. Pour nous, c'est beaucoup des acteurs essentiels parce que c'est quand il n'y en a pas, on ne pédale pas de la même façon ou on n'intervient pas de la même façon. Tout ce qui est proche aidant, ressource familiale. S'ils ont des procurations, que ce soit notariées, des procurations de la caisse, il y a des pouvoirs qu'ils ont pour l'usager. Nous, ça nous donne une chance vu qu'on travaille de concert comme aider l'usager en question pour accomplir ses rôles sociaux. (P7)

Elles reconnaissent que celles-ci sont souvent les personnes les plus impliquées dans la vie de la personne ainée et qu'elles peuvent fournir des informations précieuses sur sa situation et ses besoins. Elles sont conscientes que les personnes ainées ne sont pas toujours en mesure de communiquer clairement leurs besoins, en particulier lorsqu'il y a des troubles cognitifs. Les PPA peuvent fournir des détails sur les changements de comportement, les difficultés rencontrées et les besoins non satisfaits. Plusieurs relèvent les défis auxquels sont confrontées les PPA en assumant souvent l'aide quotidienne, les soins personnels, les tâches ménagères et le soutien émotionnel. Elles reconnaissent que celles-ci peuvent être des leviers pour améliorer la situation de la personne ainée, car elles peuvent fournir une présence rassurante, aider à la socialisation et faciliter l'accès aux ressources. Ainsi, elles offrent une aide pratique, émotionnelle et sociale qui permet à leur proche de rester à domicile le plus longtemps possible (P9).

Les personnes participantes soulignent l'importance de soutenir les PPA afin qu'elles puissent continuer à exercer leur rôle. Elles disent que ces dernières se retrouvent souvent elles-mêmes démunies, épuisées, et qu'elles peuvent rencontrer des difficultés à concilier leur rôle avec leurs responsabilités personnelles et professionnelles.

[...] l'épuisement des proches aidants, c'est quelque chose auquel on fait face. Pis souvent, ce qui arrive, c'est que ces personnes-là, les proches aidants, vont étirer vraiment l'élastique jusqu'au bout. Au moment où ce que l'élastique pète c'est que là il faut que la personne sorte, faut trouver une solution, elle peut pu rester à domicile. (P4)

Certaines PPA peuvent également manquer d'information sur les ressources disponibles ou sur la façon d'interagir avec une personne ainée en perte d'autonomie. Les personnes participantes estiment qu'il est important de les soutenir en leur offrant de l'information, de la formation, du répit et un accompagnement psychosocial. Elles soulignent, également, qu'elles ne souhaitent pas toujours être proches aidantes et qu'elles peuvent parfois être à l'origine de situations de maltraitance et exercer des abus non intentionnels par manque de connaissances et de compréhension. Les conflits familiaux les impliquant sont également une réalité. Ces conflits peuvent avoir un impact négatif sur la personne ainée et compliquer la mise en place de solutions. Dans ce type de situation, les personnes participantes exercent un rôle de médiatrices pour aider les familles à surmonter ces difficultés. Elles insistent sur le fait que, même si les PPA sont importantes, il faut toujours considérer la volonté de la personne ainée et respecter ses choix et ses besoins.

4.2.7 La maltraitance envers les personnes ainées

La plupart des personnes interrogées reconnaissent que la maltraitance, particulièrement la maltraitance psychologique, est souvent subtile et difficile à déceler. Elles doivent porter une attention aux changements de comportement, aux propos de la personne et à la dynamique avec son entourage :

[...] c'est qu'elle a un fils qui restait avec elle aussi avec sa bru. Ce sont continuellement des demandes d'argent. Elle vient qu'elle ne sait plus quoi répondre. Puis ils se fâchent quand elle ne leur donne pas. [...] Quand elle se sent bien là, on est capable d'aller tirer un petit peu de choses. Mais aussitôt qu'elle commence à avoir peur, elle s'enferme dans un mutisme. Puis c'est difficile de savoir ce qui en découle. (P9)

De plus, les personnes ainées atteintes de troubles cognitifs sont particulièrement vulnérables aux abus, à la négligence et à l'exploitation financière (P3, P7, P8). Les personnes

participants rapportent avoir été confrontées à différents types de maltraitance, notamment financière, psychologique, sexuelle et par négligence. Plusieurs soulèvent l'augmentation préoccupante des cas de maltraitance envers les personnes ainées, notamment sur le plan financier :

C'est un enjeu que depuis la pandémie ça explosé. On entend ça à toutes les semaines. Au début de ma carrière, des cas de maltraitance j'en avais une fois de temps en temps. Pis là c'est toutes les semaines qu'on en entend. C'est quand même fou. La maltraitance financière particulièrement c'est un gros enjeu pour nous. (P5)

Les personnes participantes affirment souvent devoir composer avec des situations difficiles où elles doivent concilier le respect de la volonté de la personne ainée et sa protection. Elles doivent être vigilantes et savoir détecter les signes de maltraitance.

4.3 LE ROLE DES PERSONNES PROFESSIONNELLES EN TRAVAIL SOCIAL AU SOUTIEN A DOMICILE

La complexité des défis du vieillissement démontre la nécessité d'un rôle spécifique et bien défini pour les personnes professionnelles en travail social au soutien à domicile. Les personnes participantes exercent plusieurs rôles au quotidien. Trois personnes participantes qualifient leur rôle au soutien à domicile de « *très large* ». Que ce soit au domicile de la personne, dans les RPA, les ressources intermédiaires (RI) ou les CHSLD, elles se déplacent à la rencontre de leur clientèle. Elles couvrent les zones urbaines et rurales de leur territoire. Le but est le même pour chacune d'entre elles, soit que la personne puisse demeurer à son domicile le plus longtemps possible en lui offrant le soutien nécessaire, comme l'indique la politique *Chez soi, le premier choix* (MSSS, 2003).

Les personnes participantes utilisent une approche personnalisée pour répondre aux besoins variés des personnes ainées en visant le maintien ou l'amélioration de la qualité de vie. Leur rôle consiste aussi à fournir une gamme de services pour aider la personne à demeurer le plus longtemps possible chez elle en toute sécurité. Pour mettre en place ces services, plusieurs démarches peuvent être nécessaires pour offrir un soutien personnalisé :

« On est dans l'arrimage de tous les services autant matériel, ressources humaines, organismes quelconques qui vont permettre un bon fonctionnement de l'usager en question selon son profil ». (P7)

Elles interviennent également auprès des personnes adultes ayant des limitations physiques dans le cadre du volet déficience physique (P5). Les personnes participantes accordent une grande importance à la réponse aux besoins de la personne en leur offrant de l'aide et des services appropriés à leur situation.

4.3.1 Maintien à domicile et transitions vers l'hébergement

Une personne participante nomme qu'elle accompagne les personnes ainées dans les transitions entre les différentes étapes de la vie, notamment lors des pertes d'autonomie, le cheminement de la maladie ou en phase de fin de vie (P5). Certaines mentionnent être présentes lorsqu'une personne ainée doit quitter son domicile :

Les changements de milieu de vie aussi. Si on remarque que pour la personne ce n'est plus sécuritaire qu'elle reste dans son domicile, on est là pour la guider pour un choix de milieu de vie. On est peut-être là aussi pour leur rappeler que ce n'est plus sécuritaire. Faire de la prévention par rapport à ça. (P11)

Elles aident à faire la transition vers un nouveau milieu de vie, que ce soit pour une RPA, une ressource intermédiaire (RI) ou un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). L'une d'entre elles décrit un processus par étapes où elle favorise la hiérarchisation des services, en commençant par le maintien à domicile avec des services supplémentaires et en passant ensuite aux résidences privées et, en dernier recours, à l'hébergement public (P6). Elle souligne l'importance d'évaluer les besoins de la personne, d'analyser son profil d'autonomie fonctionnelle et de coordonner le transfert vers le nouveau milieu d'hébergement. Une autre nomme qu'elle est présente pour encadrer les personnes lors de changements de milieu de vie et dans le choix d'un nouveau milieu de vie, particulièrement, lorsque le maintien à domicile n'est plus sécuritaire (P11). De plus, elle soulève que les services fournis visent également à éviter que la personne soit placée trop tôt dans un établissement public.

4.3.2 Évaluation des besoins et coordination des services

Au soutien à domicile, les personnes professionnelles en travail social font l'évaluation des besoins pour déterminer le niveau de soins. Elles soulèvent le fait que ce processus implique une bonne compréhension des capacités physiques et cognitives de la personne ainée, de son contexte social et familial ainsi que des risques de maltraitance. Elles suggèrent que les personnes professionnelles en travail social doivent faire preuve de jugement, d'empathie et de compétences en communication pour effectuer une évaluation complète et adapter leurs interventions aux besoins spécifiques de chaque personne. De plus, elles doivent avoir une bonne connaissance des ressources disponibles afin de coordonner des services en fonction de l'évaluation des besoins, incluant la gestion des situations de maltraitance et la mise en place de mesures de protection. Le processus d'intervention commence dès la réception de la demande. Le comité d'orientation de services (COS) attribue une personne intervenante à la demande pour assurer la coordination des services qui implique l'évaluation des besoins, la mise en place de services incluant la possibilité d'un hébergement :

[...] On reçoit une demande du COS. Puis là, moi je prends la demande. Je la lis. Je prends contact, je vais voir les gens, puis je vois les besoins. Je mets en place les services. Pis si y'a négligence ou autre, ben là on met des choses en place tranquillement pour essayer de protéger les gens le plus possible pour qu'ils restent aussi à domicile le plus longtemps possible. En dernier lieu, ben c'est sûr qu'on a des démarches d'hébergement à faire aussi. (P9)

Le thème de personne intervenante « *pivot* » est souvent soulevé lorsqu'elles décrivent leurs tâches et responsabilités. Certaines indiquent que l'arrimage de services est un aspect de leur travail, impliquant la coordination des soins, la collaboration interprofessionnelle et la défense des droits. D'ailleurs, une personne participante décrit son rôle comme celui d'un « *pivot* » dans l'arrimage de tous les services (P11). Une autre se décrit comme une « *intervenante pivot* » avec une fonction de gestion de cas, mettant l'accent sur la coordination des services pour les personnes ayant des besoins complexes et nécessitant

une coordination de services multiples (P8). Il est aussi précisé que la personne intervenante pivot est souvent confrontée aux situations de maltraitance (P2, P7, P8).

Les personnes participantes complètent également des OCCI pour réaliser une évaluation systémique des capacités fonctionnelles de la personne en couvrant divers aspects de la vie quotidienne afin de déterminer si la personne a besoin de services supplémentaires ou si une relocalisation est nécessaire : « *Mon rôle, c'est de m'assurer, entre autres, que le milieu de vie convienne à la personne en procédant, entre autres, à l'OCCI donc l'outil d'autonomie fonctionnelle. En principe, on fait une réévaluation chaque année* ». (P4)

L'évaluation du milieu de vie ne se limite pas à l'utilisation de l'OCCI. Elle nécessite également de prendre en compte d'autres facteurs, notamment les relations familiales et l'isolement social (P3, P8).

4.3.3 Gestion des situations complexes et soutien aux familles

Deux personnes participantes mentionnent qu'elles doivent composer avec une variété de risques auxquels sont exposées les personnes ainées : les chutes, la maltraitance, l'isolement social et les pertes d'autonomie. Une autre affirme que son rôle est « *très diversifié* » et qu'elle s'occupe des « *dossiers dits complexes* » qui nécessitent un « *suivi plus soutenu* » et une « *intensité de services un peu plus élevée* » (P4).

Plusieurs soulèvent l'importance d'un suivi psychosocial adapté au profil de la personne et de la mobilisation du réseau de soutien pour répondre aux besoins des personnes ainées. Pour ces participantes, l'évaluation des capacités, l'adaptation aux troubles cognitifs, la gestion des risques et le soutien aux familles font partie intégrante de leur travail. La nécessité d'accorder du temps pour que les gens acceptent les situations de deuil ou qu'ils s'y adaptent compte pour une grande partie de leur travail. Considérant que les deuils sont souvent présents dans les réalités vécues par les familles, le rôle des personnes professionnelles en travail social s'étend également à l'accompagnement des familles dans ces moments difficiles. Elles reconnaissent que les relations avec les familles peuvent être

parfois complexes. Elles sont parfois perçues comme « *méchantes* », surtout lorsque leurs interventions impliquent des changements dans la vie de la personne ainée, comme un placement en résidence ou des mesures de protection :

Des fois, surtout avec les personnes âgées et les familles, on est vu comme les méchants par exemple. Des fois, y en a qui disent oui pour les autres professionnels qui vont faire des soins, qui vont l'aider avec la santé physique » Mais, la travailleuse sociale, je ne veux pas la voir. Elle va vendre ma maison. Elle va me faire sortir d'ici, elle va m'enlever mon mari. (P11)

Par ailleurs, la comorbidité chez les personnes ainées est un défi majeur en intervention, car elle complexifie le travail de coordination des services, d'évaluation des besoins, de planification des interventions et de suivi. Une personne participante nomme la coexistence de problèmes de santé physique chroniques, du déclin de capacité, de la violence conjugale, de troubles cognitifs et de problèmes de santé mentale (P8). Selon elle, il est « *important d'être un peu expert dans tous ces petits domaines* ».

4.3.4 Travail d'équipe et interdisciplinarité

Certaines situations impliquent la collaboration de différentes disciplines professionnelles. Comme le décrit la personne participante suivante, elles s'assurent que les expertises et les ressources répondront aux besoins de la personne, selon les objectifs à atteindre par chacun des domaines disciplinaires :

On va mettre en place des soins d'hygiène avec les auxiliaires. On va s'assurer qu'elle aille une évaluation de ses déplacements avec les physios. On va adapter son domicile avec les ergos. On va mettre des travailleurs autonomes en place pour aider la personne à faire ses courses, à répondre à l'ensemble de ses activités de sa vie quotidienne et ses activités domestiques. Les TS, on est vraiment les pivots. On arrime tous les services autour de la personne. (P11)

Elles travaillent en étroite collaboration avec l'équipe multidisciplinaire, incluant les infirmières, les ergothérapeutes et les éducateurs spécialisés, pour élaborer des plans d'intervention individualisés. Pour elles, l'approche multidisciplinaire permet de réunir un éventail d'expertises complémentaires afin de répondre à l'ensemble des besoins de la

personne ainée. Par exemple, le travail d'équipe avec des médecins, des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux, entre autres, permet d'établir un portrait complet de la situation et d'élaborer des interventions adaptées (P8). Une personne participante nomme qu'elles peuvent également mettre en place des ressources dont la personne ainée a besoin pour s'adapter à son nouveau milieu de vie, elle donne l'exemple suivant :

[...] y'a des techniciens, techniciennes en éducation spécialisée avec nous autres aussi dans les équipes [...] une personne en perte cognitive, etc. Ils peuvent venir installer des pictogrammes, faire un chemin éducationnel [...] Souvent, quand on a des nœuds, l'éducatrice peut aller donner des trucs au personnel. (P3)

D'autres mentionnent l'approche interdisciplinaire où chaque personne professionnelle joue un rôle distinct pour fournir des soins adéquats aux personnes ainées (P4).

4.3.5 Équilibre entre maintien à domicile et protection de la personne ainée

Les personnes participantes sont responsables de faire les évaluations psychosociales pour déterminer les besoins de protection, car cet acte est réservé uniquement aux personnes professionnelles en travail social. Elles évaluent si la personne est inapte à prendre des décisions, à prendre soin d'elle-même et d'assurer sa sécurité. Elles recommandent la mesure de protection appropriée, le cas échéant : « *Ce sont beaucoup des gens qui ont des démences que je dois évaluer, que je dois homologuer le mandat ou ouvrir un régime de protection* ». (P1)

Elles nomment l'importance de documenter les situations d'abus et de maltraitance, en particulier, lorsque la capacité de la personne à consentir ou à porter plainte est compromise :

La limite dans la clientèle des personnes âgées qu'on a, c'est la notion d'aptitude-inaptitude. Dans le sens où si la personne présente des fonctions cognitives quelque peu atteintes, mais pas assez pour la déclarer inapte. Des fois, ils vivent des situations d'abus ou de genre de manipulation [...]. Ils ne veulent pas porter plainte. Nous, on n'a pas de pogne. À moins de le documenter, puis le documenter, puis le documenter (P7)

Une autre mentionne l'importance d'évaluer la capacité de la personne à comprendre sa situation et à prendre des décisions éclairées concernant son lieu de résidence et ses soins. Pour comprendre les besoins spécifiques de chaque personne afin de mettre en place des mesures de protection adaptées, elles doivent utiliser plusieurs sources d'information pour s'assurer que chaque personne ainée reçoive le soutien approprié. Elles s'assurent d'avoir une compréhension de l'ensemble des besoins en colligeant toutes les informations disponibles :

Ça toujours été une bonne partie de mon travail de faire l'évaluation psychosociale pour les régimes de protection [...]. C'est le rôle du pivot d'aller faire les évaluations, de monter le dossier. Donc là, moi je vais travailler avec les documents qui m'ont remis, avec la lecture des notes de CLSC, avec les OCC, je vais aller colliger tout ce qu'on a d'informations pour m'assurer d'avoir une meilleure portée possible des besoins du client. (P10)

En outre, la question de l'équilibre entre le maintien à domicile et la protection de la personne ainée, lorsque le milieu de vie devient précaire, est un enjeu majeur soulevé par la plupart des personnes participantes. Elles se retrouvent souvent à devoir trouver un équilibre entre le respect de l'autodétermination de la personne à vouloir demeurer chez elle et le besoin de la protéger pour assurer sa sécurité :

Si on remarque que pour la personne ce n'est pas sécuritaire qu'elle reste dans son domicile, on est là pour la guider pour un choix de milieu de vie. On est peut-être là aussi pour leur rappeler que ce n'est pas sécuritaire. Faire de la prévention par rapport à ça. (P11)

Plusieurs rappellent que les personnes ainées constituent une clientèle fragile et vulnérable nécessitant des connaissances aux aspects légaux, afin d'assurer leur protection dans le cadre des interventions.

4.3.6 Gestion de la charge de travail et défis inhérents au SAD

La majorité des personnes participantes mentionne que la charge de travail varie en fonction de la complexité des situations. Ces cas peuvent parfois s'échelonner sur plusieurs années. Une d'entre elles mentionne qu'elle travaille en soutien à domicile depuis plus de

huit ans et qu'elle suit certains de ses clients depuis le début de sa pratique (P8). Elle note que c'est une particularité du réseau de rester active dans les dossiers, même si les objectifs sont atteints et réévalués annuellement. Elle explique que si le système permettait des épisodes de suivi plus brefs, les personnes intervenantes pourraient répondre à plus de personnes :

C'est parce qu'on est comme tout le temps actif dans ce dossier-là. Ben, ils savent qu'on va répondre. Il y a quelque chose qui fait que sachant qu'on est encore dans le dossier, même si nos objectifs sont toujours réévalués annuellement [...]. Si on se permettait d'avoir des épisodes plus brefs comme probablement tous les autres professionnels, on réapparaîtrait juste quand il y a des problématiques. Ça nous permettrait peut-être de répondre à plus de gens. Ça nous permettrait probablement de soutenir plus de gens. (P8)

Quand elles interviennent spécifiquement dans des situations plus complexes, le nombre de dossiers est réduit, car ceux-ci nécessitent souvent plus de temps, de démarches et de ressources pour assurer un suivi adapté (P6). Pour d'autres, la charge de cas peut être élevée, pouvant atteindre jusqu'à 100 et 120 dossiers :

Une des conditions pour une pratique bientraitante, ça pourrait être une lourdeur administrative moindre. Donc, c'est sûr que l'intervenante sociale qui a une trentaine de clients, de familles à accompagner, sa démarche peut être impeccable. Elle a du temps, elle peut s'investir, elle peut accompagner sur une longue durée. Moi, je ne peux pas percevoir qu'une intervenante qui a 90 -100- 120 cas dans son caseload puisse agir d'une façon aussi bientraitante, aussi approfondie dans ses interventions que l'autre qui en aurait moins. (P10)

4.4 L'INTERVENTION SOCIALE AUPRES DES PERSONNES AINEES : CONCILIER INDIVIDUALITE, SOUTIEN FAMILIAL ET SOCIAL

Afin d'atteindre l'un des objectifs spécifiques de cette recherche, qui est de documenter les stratégies d'intervention associées à l'approche de la bientraitance auprès des personnes ainées, cette section explore les pratiques des personnes participantes au soutien à domicile. L'analyse vise à connaître comment elles adaptent leurs interventions aux réalités spécifiques des personnes ainées.

4.4.1 L'individualité de chaque personne ainée

Considérant que les personnes ainées ne composent pas un groupe homogène, les personnes participantes soulèvent plusieurs particularités de l'intervention sur le plan individuel. Certaines soulignent que les valeurs, les coutumes et les idéologies peuvent aussi être différentes de celles des personnes intervenantes :

Leur valeur, leur coutume est différente ben souvent de ceux des intervenants qui n'ont pas le même âge qu'eux. Mettons les intervenants sont mettons entre 18 et 60 ans pis que la personne âgée a dans les 80. C'est sûr qu'est-ce qui est valeurs, coutumes, idéologies, c'est différent. Par exemple, pour elles, peut-être que leur vision des personnes avec la peau noire, leur vision des femmes, c'est différent. (P11)

Une d'entre elles souligne qu'il est important de comprendre que ces différences sont liées à leur éducation et à leur histoire et que certaines situations qui seraient inacceptables pour une personne de 18 ans peuvent être expliquées par le vécu d'une personne de 95 ans. Une autre remarque que les personnes ainées ont parfois des préjugés racistes ou des idées arrêtées sur des sujets comme l'homosexualité. La plupart précisent qu'elles adaptent leur approche et leurs interventions afin de respecter le vécu, les opinions et les particularités de chaque personne ainée, sans tomber dans les stéréotypes ou les préjugés liés à l'âge.

4.4.1.1 L'approche centrée sur la personne

Pour plusieurs, la personne intervenante doit placer la personne ainée au centre de leur intervention, en tenant compte de ses souhaits et de son histoire de vie. Il est nécessaire de respecter sa volonté et de l'impliquer dans les prises de décisions la concernant. Il est aussi souligné qu'il est important d'adopter une approche personnalisée qui tient compte des besoins spécifiques de chaque personne ainée. Une personne participante relève que, plutôt que de les traiter comme un groupe homogène, les personnes intervenantes doivent reconnaître que chaque personne a une « *réalité systémique très différente* » et de ne pas

« travailler par automatisme en pensant que toutes les personnes âgées sont toutes pareilles » (P6). La majorité d'entre elles relève que l'intervention auprès des personnes ainées nécessite de prendre plus de temps : *« Je pense que c'est vraiment de prendre le temps pour l'usager pis de se ramener vraiment à la personne. C'est quoi, pourquoi tu es là pour elle. La personne, c'est quoi ses besoins ».* (P5)

Elles soulignent l'importance de s'adapter au rythme de la personne qui peut être plus lent en raison, entre autres, d'incapacités physiques et de pertes cognitives. Pour la majorité des personnes participantes, les troubles cognitifs représentent un défi de taille dans leur travail. Par exemple, la perte de mémoire présente des défis, car elle peut rendre difficiles la communication, la compréhension et l'établissement d'une relation de confiance (P4). Les objectifs et les méthodes de travail doivent être ajustés en fonction du niveau de compréhension et de la capacité d'engagement de la personne. Selon plusieurs, la patience, l'écoute active et une présence attentive sont essentielles pour établir la relation de confiance et permettre à la personne ainée de se sentir en confiance. Elles précisent qu'une évaluation complète de la situation d'une personne ainée, incluant ses besoins, ses capacités et son environnement, est une étape importante qui demande du temps et ne doit pas être négligée. Pour elles, l'adaptation des interventions en fonction de ces particularités est essentielle et nécessite du temps pour bien comprendre la personne dans sa globalité.

Faut intervenir de façon différente pour chaque personne parce que chaque personne a une réalité systémique très différente. Faut, faut intervenir différemment. Mais je pense qu'on doit toujours avoir une bonne connaissance du vieillissement. C'est d'ailleurs la première étape. J'pense que quand on travaille beaucoup avec le soutien à domicile avec les personnes ainées, il faut connaître c'est quoi le vieillissement. Qu'est-ce que ça l'implique le vieillissement. Qu'est-ce que ça comprend, si on veut intervenir de façon individuelle auprès des personnes ainées. J'pense qui faut adapter nos interventions à chaque personne tout en étant bien conscient du vieillissement. (P6)

Une autre participante affirme que, dans ses interventions, elle aborde chaque personne, quel que soit son âge, avec le même respect et la même dignité. Elle ne traite pas les personnes ainées comme des enfants, elle leur parle directement, avec transparence et

honnêteté, reconnaissant leur expérience de vie et leur capacité à gérer des vérités difficiles (P9). Cependant, elle reconnaît, également, qu'il faut prendre en considération les vulnérabilités individuelles comme une particularité importante de la clientèle ainée qui nécessite d'adapter l'approche, de déployer des mesures de protection, d'évaluer l'aptitude et d'agir dans l'intérêt de la personne lorsque sa capacité de décision est altérée.

4.4.1.2 La promotion de l'autodétermination

Les personnes participantes préconisent une approche qui favorise l'autodétermination et la participation active au choix des services au lieu d'imposer des solutions lorsqu'une crise survient (P3, P7, P9). Leur approche s'appuie sur le respect des volontés de la personne, le respect de leur autonomie et de leur dignité. Elles soulèvent l'importance d'une approche empathique et respectueuse. Elles mentionnent la nécessité d'aider la personne à se centrer sur ses propres besoins. Cependant, une personne participante précise que de nombreuses personnes ainées refusent de reconnaître leur perte d'autonomie et s'accrochent à leur indépendance, même lorsque leur situation devient dangereuse.

Des fois, ce n'est pas facile. Ils sont à la maison et ils se pensent corrects. Ils ne veulent rien savoir de sortir. Mais, c'est toute désorganisé. Pis il faut trouver des solutions pour en venir à sortir la personne de chez elle et de la déraciner parce que ça pas de bon sens. Il faut avoir, l'accord le plus possible de la personne. Des fois, on n'est pas capable de l'avoir [...] Quand qu'il n'y a pas le désir ou qu'il n'y a pas une reconnaissance des déficits, il y a plus de travail à faire. (P9)

Bien qu'il soit important de proposer des services et de l'aide, elles soulignent que le placement ne doit jamais être une solution imposée. Au lieu de cela, elles précisent que l'intervention doit viser à amener la personne à reconnaître ses propres besoins et à demander de l'aide lorsqu'elle en a besoin.

4.4.2 Le rôle de la famille et du réseau social : défis et leviers pour le maintien à domicile

La plupart des personnes participantes soulignent que l'intervention auprès des personnes ainées implique souvent la famille de façon significative, ce qui distingue des

interventions auprès d'autres clientèles adultes. L'intervention ne se limite donc pas à la personne ainée elle-même. Elle comprend également le réseau de soutien élargi (famille, personnes amies, personnes du voisinage, personnes proches aidantes, personnes professionnelles, diverses ressources).

4.4.2.1 Collaborations et défis liés à l'implication familiale

Le réseau familial exerce un rôle important dans le bien-être et la sécurité de la personne, car il est souvent le mieux placé pour observer les changements qui peuvent indiquer un besoin non satisfait. Les personnes participantes interviennent auprès des personnes qui peuvent avoir de la difficulté à communiquer leurs besoins et nommer leurs problèmes. Une personne participante utilise l'expression « *des yeux et des oreilles* » pour démontrer que le réseau peut observer les changements et les rapporter aux personnes intervenantes (P10). Ainsi, le réseau de soutien peut fournir des informations importantes que la personne ainée ne peut elle-même communiquer. L'importance de la collaboration entre les personnes concernées dans le réseau de soutien permet de prendre des décisions éclairées qui tiennent compte des différents points de vue et de choisir ce qui est le mieux pour la personne. Une des personnes participantes mentionne l'importance de la famille comme source d'information essentielle pour intervenir auprès de la personne ainée :

On a à aller rechercher beaucoup d'informations auprès des familles. C'est une autre particularité que je pense que le lien avec les familles, le lien avec les acteurs qui entourent nos personnes ainées est super important, parce que justement, ils nous permettent d'aller chercher de l'information qu'à un certain moment ils ne sont plus en mesure de nous donner. (P8)

4.4.2.2 Informer et outiller les familles

Bien que l'implication de la famille dans les décisions soit aidante pour les personnes intervenantes, sa participation peut aussi s'avérer complexe en raison de la multitude de personnes impliquées (partenaire de vie, enfants, fratrie), de leurs divergences d'opinions, de

leur vie active, de l'épuisement, de conflits familiaux ou de l'éloignement géographique. La plupart des personnes intervenantes mentionnent qu'il est essentiel d'informer et d'éduquer les familles au sujet des réalités du vieillissement, des maladies, des ressources disponibles, des aspects légaux. Cette démarche permet de les outiller pour mieux accompagner leur proche et de favoriser une collaboration efficace. Une personne participante se présente comme une intermédiaire, une « *boite à outils au plan familial* » pour faciliter la communication entre la personne ainée et sa famille (P1). « *Je leur demande parfois est-ce que vous êtes d'accord que j'appelle votre fille, votre fils pis qu'on en parle ou qu'on lui donne rendez-vous pis qu'on en parle ensemble aussi* ». (P1)

Elle propose d'être un canal de transmission demandant l'accord pour impliquer les membres de la famille dans les discussions et les prises de décision.

4.4.2.3 Au-delà de la famille : l'importance du réseau social

Une des personnes participantes relève que le réseau de soutien peut s'étendre au-delà du réseau familial pour inclure les relations significatives, car de nombreuses personnes ainées n'ont pas de famille proche ou qu'elles entretiennent des relations familiales conflictuelles (P6). Le réseau social est considéré comme un système qui gravite autour de la personne ainée. Elle utilise l'expression « réalité systémique très différente » pour illustrer que chaque personne évolue dans un système familial qui possède sa propre dynamique (P6). Elle inclut les PPA qui « *gravitent autour de l'usager* » dans le réseau familial. Une autre va dans le même ordre d'idée en nommant une « *approche plus systémique* ». La présence ou l'absence du réseau familial exerce une influence sur l'intervention en raison du niveau de surveillance.

4.5 LES ENJEUX ET LES DEFIS RENCONTRES DANS LE MILIEU DE TRAVAIL

Les personnes professionnelles en travail social font face à de nombreux enjeux et défis dans leur pratique auprès des personnes ainées. Ces défis sont d'ordres organisationnel, humain et éthique et ont un impact direct sur la qualité des services offerts.

4.5.1 Concilier temps et charge de travail

Les personnes participantes mentionnent, à plusieurs reprises, le manque de temps comme un obstacle majeur à la prestation de soins de qualité aux personnes ainées. Ces contraintes de temps sont souvent attribuées à des charges de travail élevées qui les obligent à se concentrer sur les urgences et les situations de crise. Elles se retrouvent à « *éteindre des feux* », plutôt qu'à travailler en amont (P8). Par conséquent, elles doivent prioriser les interventions au détriment de la prévention, de la promotion et de la création de liens de confiance avec les usagers :

Dans le contexte du soutien à domicile, on veut bien faire les choses. On veut pouvoir faire l'intervention, créer des liens de confiance avec nos usagers. Les faire cheminer. On n'a pas le temps de faire ça, parce que nos charges de cas débordent. Et tout ce qu'on a le temps de faire, c'est d'éteindre des feux. Je vois un manque de temps et les charges de cas qui débordent et qui débordent et qui débordent. (P6)

Cette priorisation peut les amener à négliger certaines situations moins urgentes, mais qui pourraient avoir un impact sur le bien-être des personnes ainées. Il y a un risque quand le manque de temps force les personnes intervenantes à « *tourner les coins ronds* » (P10).

Plusieurs personnes participantes déplorent la surcharge de travail qui constitue des obstacles majeurs à la qualité des interventions. D'ailleurs, elles précisent qu'elles ont des charges de cas importantes, ce qui limite le temps et l'énergie qu'elles peuvent consacrer à chaque personne. Pour elles, ces contraintes limitent le temps consacré aux interventions directes et nuisent à la qualité de l'accompagnement.

C'est qu'on a quand même un assez gros bassin populationnel de gens qui ont besoin de services au niveau du soutien à domicile. Mais on augmente avec les années le nombre d'intervenants sociaux pour intervenir auprès d'une clientèle-là. Mais on n'arrive pas là. Parce qu'on a des charges de cas qui débordent, on a des suivis avec des charges de cas de plus de 100 usagers [...]. On veut pouvoir faire l'intervention, créer des liens de confiance avec nos usagers, les faire cheminer, on n'a pas le temps de faire ça. (P6)

Les personnes intervenantes se sentent constamment pressées et n'ont pas le temps de s'arrêter pour réfléchir à leurs pratiques et les améliorer. Le manque de temps les empêche de donner des suivis psychosociaux adéquats à leur clientèle, notamment en ce qui concerne leur bien-être psychologique (P5). Elles se sentent limitées dans leur capacité à accompagner les personnes ainées et leurs familles dans le processus du vieillissement. La surcharge de travail et le manque de temps ont des impacts sur la motivation et l'épuisement professionnel. Elles ont l'impression de ne pas pouvoir bien effectuer leur travail et de ne pas être en mesure de répondre adéquatement aux besoins des personnes ainées. Ces contraintes font en sorte qu'elles doivent limiter les services et les interventions. Elles ne peuvent pas augmenter la fréquence des visites aussi souvent qu'elles le souhaiteraient (P8).

4.5.2 Tâches administratives et bureaucratie

La lourdeur administrative et la bureaucratie du système de santé et des services sociaux sont souvent citées comme des sources de frustration, d'impuissance et d'épuisement professionnel. Une personne participante qui se décrit comme une « *fille-terrain* » témoigne qu'elle passe 75 % de son temps à faire du travail de bureau, notamment à gérer la « *paperasse interminable* » (P1). Plusieurs mentionnent devoir remplir une quantité importante de documents, parfois très longs (par exemple, un document de 36 pages pour une demande de régime de protection). Selon elles, cette « *paperasse* » prend beaucoup de temps qui pourrait être consacré à l'intervention directe auprès de leur clientèle. Ces exigences administratives sont exacerbées par le manque de coordination entre les différents partenaires et organismes (P7). Chaque organisme dispose de ses propres formulaires, attentes et critères, ce qui complique davantage le processus.

4.5.3 Réactions face au système de santé et de services sociaux

Plusieurs dénoncent le manque d'écoute et de soutien de la part des instances supérieures qui semblent ignorer la réalité du terrain. Le sentiment d'impuissance est partagé par plusieurs personnes participantes lors des entretiens. Elles déplorent que les décisions

prises « en haut » ne tiennent pas compte de la réalité du terrain et les suggestions des personnes intervenantes sont ignorées. Ce sentiment de ne pas être entendues, de « *patiner dans le vide* », alimente un sentiment d'impuissance et de frustration et mine leur capacité à agir efficacement et à apporter des changements concrets dans la vie des personnes ainées (P1). L'absence de soutien nuit directement à l'engagement et à la motivation des personnes participantes. Les décisions prises sans tenir compte de la réalité du terrain conduisent à des pratiques qui ne répondent pas aux besoins des personnes ainées et minent la confiance des personnes intervenantes dans le système. Elles ont l'impression que le système ne s'adapte pas aux personnes ainées, mais que ce sont celles-ci qui doivent s'adapter au système (P6). Ce sentiment d'impuissance ressenti devient un obstacle à l'accomplissement de leur mission et les empêche de se sentir utiles. Le contraste entre les promesses gouvernementales liées aux services à domicile et la réalité du terrain est aussi un enjeu nommé lors des entretiens. Les personnes ainées se retrouvent alors dépourvues, malgré les annonces encourageantes :

Je trouve qui a beaucoup de publicités à la télévision qui dit qu'on a de l'argent. On va investir de l'argent. Puis, vous allez avoir beaucoup de services à domicile. Mais ce qui manque de dire, c'est que oui c'est beau avoir l'argent, mais ces employés-là qui vont à domicile, ben des fois, on n'en a pas. Pis nous autres, on est des petits secteurs. On a des villages. Puis des villages, c'est difficile des desservir. Les gens, ils se demandent, mais pourquoi qu'on n'a pas ce qu'ils disent à TV. C'est parce qu'on n'a pas le personnel pour donner le service. (P9)

Plusieurs affirment que bien que des fonds soient investis, le manque de personnel crée des délais d'attente, particulièrement dans les régions rurales. Cette situation entraîne une pression sur les équipes de travail.

4.5.4 Pénurie de ressources et de personnel

Les personnes participantes soulignent que la pénurie de places d'hébergement, particulièrement dans le secteur public, et les coûts exorbitants des résidences privées forcent les personnes ainées à rester à domicile, malgré leurs besoins croissants (P4, P11).

Au niveau financier, beaucoup de personnes qui veulent aller dans certaines résidences. De un, qui a pas de place, ou de deux, qui sont pas capables de se l'offrir. Donc, ils se retrouvent à avoir des ressources parfois qui ne sont pas nécessairement capables de combler tous les besoins des personnes. (P2)

Par conséquent, les personnes ainées peuvent être contraintes de rester à domicile dans des conditions inadéquates ou de se tourner vers des options d'hébergement éloignées de leur réseau social. Le déménagement loin de leur communauté signifie qu'elles sont éloignées de leurs amis, de leurs voisins et des membres de leur famille et qu'il entraîne une perte des contacts sociaux habituels. De plus, le fait de devoir être hébergées dans un établissement loin de leur domicile est également déchirant pour les familles qui souhaitent les garder près d'elles (P9). Ce déchirement génère des tensions et des sentiments de culpabilité chez les familles :

Les petits milieux qui étaient super bons pour certaines personnes qui ferment. C'qui fait que là, on se retrouve avec que des grands milieux. On n'a pas assez de place pour tout mettre nos gens. Des fois, il faut qu'ils aillent à l'extérieur. Ça, c'est très déchirant pour les personnes, pour les familles. (P9)

La fermeture de plusieurs résidences privées, exacerbée par la pandémie de COVID-19, aggrave la pénurie de places, limite les options d'hébergement et accentue la pression sur les services de soutien à domicile. Le manque de places conduit à une situation où les ressources existantes accueillent des personnes ayant des besoins plus importants qu'elles ne puissent gérer, car les cas sont de plus en plus lourds. Toutefois, les structures d'accueil traditionnelles ne sont pas toujours en mesure d'offrir les services adaptés à la condition de la personne (P3). Au-delà du simple manque de places d'hébergement, des personnes participantes soulèvent le besoin « d'endroits spécialisés » :

Bien que les installations physiques ne soient pas suffisantes, en vieillissant, c'est rare les personnes qui n'auront pas soit de problème de santé physique ou cognitive ou les deux. Oui, avoir des endroits, mais aussi des endroits spécialisés. On en manque. (P3)

De surcroit, les inégalités géographiques en matière d'accès aux ressources, le manque de transports adaptés et les grandes distances rendent difficile l'accès aux services pour les personnes ainées vivant en région éloignée (P10). Par exemple, l'absence de transports

adaptés limite l'accès aux services et aux activités sociales pour les personnes ainées qui ne peuvent plus conduire (P10). Les difficultés rencontrées pour organiser des transports pour les rendez-vous médicaux, notamment pour les personnes ayant des limitations physiques ou cognitives et l'indisponibilité du transport adapté, engendrent des situations complexes pour les personnes ainées qui doivent parfois attendre de longues heures avant de pouvoir rentrer chez eux (P7). En outre, les longs délais d'attente qui peuvent atteindre un an pour certains services, comme l'évaluation de la conduite automobile par la SAAQ (P7).

Par ailleurs, les personnes participantes expriment des inquiétudes face aux fermetures de milieux d'hébergement pour personnes ainées qui limitent les options d'hébergement disponibles. Cette situation entraîne un allongement des listes d'attente pour les places en ressources publiques, comme les CHSLD et les ressources intermédiaires. En raison des fermetures de résidence, plusieurs personnes ayant besoin de soins et de services se retrouvent sur une liste d'attente : « *Les fermetures des résidences quand que là on a des gens qu'on pourrait amener en résidence pour qu'ils soient mieux nourris, mieux médicamentés, protégés, lavés. Y'a pas de places. On met ces gens-là en liste d'attente.* » (P1)

Qui plus est, les listes d'attente s'allongent pour obtenir rapidement des services d'auxiliaires de santé et de soutien à domicile, même en passant par des organismes communautaires (P7). Ainsi, l'accès aux services devient de plus en plus difficile, pouvant mettre en danger la sécurité des personnes ainées. Le manque de personnel qualifié, notamment d'auxiliaires familiales et de personnes préposées aux bénéficiaires, est un problème exacerbé par la pandémie et le vieillissement de la population (P4, P11). Une personne participante déplore un manque de bénévoles et de personnes travailleuses autonomes pour assurer le soutien à domicile (P6). Le manque de ressources communautaires entraîne une surcharge de travail pour les personnes professionnelles du SAD, car elles doivent pallier et répondre à un nombre croissant de demandes. Ce manque limite leur capacité à agir en prévention et à offrir un accompagnement adéquat en amont, ce qui a un impact négatif sur le bien-être des personnes ainées et sur leur maintien à domicile. Par

conséquent, cette insuffisance de ressources humaines et de ressources d'hébergement oblige les personnes ainées à se tourner vers des solutions plus coûteuses, comme les résidences privées, alors qu'elles pourraient rester plus longtemps chez eux avec un soutien adéquat. Et, d'autres fois, le manque de ressources communautaires peut les contraindre à quitter leur domicile prématurément (P8). Ces obstacles se traduisent par une qualité de service compromise, un épuisement et une insatisfaction professionnelle et une situation de vulnérabilité accrue pour les personnes ainées.

4.6 L'ANALYSE DE LA VIGNETTE CLINIQUE : QUAND LA BIENTRAITANCE RENCONTRE LES REALITES DU TERRAIN

Afin de mieux comprendre les défis du rôle des personnes professionnelles en travail social dans le soutien à domicile, la vignette clinique permet d'explorer concrètement les enjeux et l'application de l'approche de la bientraitance. Elle démontre comment elles prennent en considération la volonté de la personne ainée, en l'occurrence, madame Tourigny, de retourner vivre à son domicile. Elle a également permis d'aborder la question de la protection de la personne ainée, notamment en ce qui concerne les inquiétudes des enfants et les risques possibles liés au retour à domicile. Pour analyser la vignette clinique et établir des liens avec l'approche de la bientraitance, l'étudiante chercheuse a porté une attention particulière à plusieurs éléments, entre autres, l'autodétermination, l'évaluation des capacités fonctionnelles et cognitives, l'intervention centrée sur la personne, la protection de la personne et la collaboration avec la famille et le personnel de la résidence.

4.6.1 L'autodétermination : un principe de la bientraitance

D'abord, les personnes participantes ont pris en considération la volonté de la personne de retourner vivre à son domicile. Elles ont aussi voulu comprendre la raison qui la motive. Il est aussi soulevé que le fait d'accompagner la personne ainée dans ses démarches, même si celles-ci semblent vouées à l'échec, permet de créer un lien de confiance (P6). Les personnes professionnelles ont pris compte des craintes et des appréhensions de la personne ainée par rapport à son hébergement actuel (ex. : la nourriture, le bruit, l'attitude du

personnel). Certaines ont nommé que, dans ce type de situation, elles évaluent les capacités fonctionnelles, le niveau d'autonomie et les ressources formelles et informelles sur lesquelles elles peuvent compter (P3, P7). Elles ont pris en considération l'ensemble des options d'hébergement et des services à domicile qui pourraient permettre à madame Tourigny de retourner chez elle.

4.6.2 L'évaluation des capacités fonctionnelles et cognitives comme fondement de la bientraitance

Pour avoir un portrait de la situation, une personne participante indique qu'elle effectuera une évaluation du fonctionnement social complète pour identifier les besoins et, ensuite, intégrer les services pour y répondre (P8). Elle mentionne également l'impact potentiel de l'hospitalisation sur l'autonomie de madame Tourigny et la nécessité d'identifier ses incapacités et ses besoins. Dans le même sens, une autre nomme qu'elle utilisera l'OCCI pour obtenir une « *idée juste des capacités, versus des besoins de la dame* » (P4). Plusieurs d'entre elles ont l'intention de demander au médecin de procéder à une évaluation des fonctions cognitives afin d'évaluer sa mémoire, son orientation et sa capacité à prendre des décisions éclairées (P1, P4, P5, P9). Une d'entre elles préconise une évaluation cognitive pour mieux comprendre les propos « *inventés* » et la confusion nommés par ses proches, ainsi que l'impact sur la capacité à prendre des décisions éclairées (P1). Une autre nomme l'importance d'observer les capacités au quotidien et de déterminer si elle est en mesure d'effectuer certaines tâches de façon autonome ou si elle a besoin d'aide (P5). Elle suggère également de discuter avec le médecin de l'état de santé général, notamment de l'anxiété et de la médication, afin de déterminer si un retour à domicile est envisageable.

4.6.3 L'approche centrée sur la personne : un pilier de la bientraitance

L'ensemble des personnes participantes adoptent une approche centrée sur la personne, en plaçant madame Tourigny au cœur des décisions et en respectant ses choix, ses valeurs et ses préférences. Elles encouragent le maintien de l'autonomie en l'impliquant dans la recherche de solutions et en valorisant ses capacités résiduelles (P3, P6). Les personnes

participantes favorisent les capacités résiduelles et le potentiel de la personne. Par exemple, une d'entre elles encourage à « *miser sur ses forces qu'elle semble encore avoir* » et à « *la garder en forme le plus possible pour qu'elle se sente autonome* » (P3). Une autre personne professionnelle propose d'impliquer une éducatrice spécialisée pour « *aider à l'adaptation* » dans son nouveau milieu de vie (P11). L'importance de l'accompagner dans ses choix, même si ceux-ci semblent compromis d'un point de vue professionnel, est aussi prise en considération :

[...] ce que je fais dans mes interventions, c'est que j'y vais toujours en fonction de ce que la personne nomme, quand la personne est apte bien évidemment [...] Je vais vous recommander des choses, mais vous allez avoir la décision finale qui va vous appartenir. Je ne déciderai pas à votre place. Pis je vais vous accompagner dans ça. (P6).

Tout en reconnaissant l'importance de la sécurité et des inquiétudes des enfants, plusieurs prennent note que la décision finale revient à madame Tourigny. Elles proposent aussi d'explorer les options avec elle et de l'aider à considérer les conséquences de ses choix afin qu'elle puisse prendre une décision éclairée. Elles mentionnent l'utilisation d'une approche de « *gestion des risques* » qui prend en compte les volontés de la personne tout en assurant sa sécurité (P2, P5).

4.6.4 La protection de la personne : un aspect essentiel de la bientraitance

Plusieurs personnes participantes repèrent des indices qui ne constituent pas une preuve de maltraitance, mais plutôt des questionnements qui nécessitent une investigation plus approfondie. Elles abordent le comportement de la personne préposée (P2, P3, P8). Elles suggèrent d'investiguer davantage pour déterminer s'il s'agit d'un cas isolé ou d'un comportement récurrent qui pourrait constituer de la maltraitance physique. Sans accuser directement la personne préposée, elles insistent sur l'importance de rester vigilantes face aux signes de maltraitance, surtout dans un contexte où madame Tourigny présente des pertes de mémoire et pourrait avoir du mal à s'exprimer. Elles démontrent la nécessité d'intervenir pour éviter que la situation ne dégénère en maltraitance : « *C'était mentionné que y'avait une personne qui j'pense était un petit peu plus brusque avec la madame. Donc que oui, c'est des*

problématiques qui doivent être adressées pour éviter qu'on tombe dans la maltraitance ».
(P2)

Plusieurs relèvent que la fille de madame Tourigny gère ses finances. Bien qu'une procuration puisse être légitime, elles soulèvent qu'il faut vérifier si cette procuration a été mise en place de façon appropriée, c'est-à-dire avant que madame ne présente des signes de confusion ou des pertes cognitives. Elles précisent aussi qu'il faut vérifier si la procuration est utilisée dans l'intérêt de madame Tourigny (P7).

4.6.5 L'établissement de collaborations avec la famille et le personnel de la résidence : une nécessité pour une approche bientraitance

Les personnes participantes démontrent qu'elles interviennent auprès des différentes personnes impliquées auprès de madame Tourigny. Elles nomment vouloir organiser une rencontre en présence de ses enfants pour discuter de la situation, des besoins de leur mère, de leurs inquiétudes respectives et explorer des solutions (P8). Elles favorisent une rencontre avec le personnel de la résidence pour comprendre les raisons de l'insatisfaction de la personne ainée dans le but d'explorer la possibilité de pistes d'amélioration qui permettront de répondre aux besoins et préférences de la personne ainée et, ainsi, faciliter son adaptation (P4, P11). Plusieurs veulent comprendre la dynamique familiale, les relations entre la personne ainée et ses enfants et, également, identifier les points de vue divergents concernant son lieu de résidence. Elles favorisent la collaboration et la communication entre la personne ainée, sa famille et le personnel de la résidence afin de trouver des solutions pour répondre aux besoins de chacun. « *On veut toujours travailler tout le monde dans le même sens pour justement faciliter la transition pis les changements* ». (P8)

Ainsi, la vignette clinique a servi de support concret pour illustrer les différents aspects de l'intervention auprès des personnes ainées, en mettant en évidence les défis, les enjeux et les valeurs qui sous-tendent la pratique des personnes professionnelles en travail social, tout en considérant l'approche de la bientraitance. Elle a permis de concrétiser les concepts théoriques et de mieux comprendre la complexité de l'intervention terrain dans ce contexte

particulier. L'analyse de la vignette démontre le rôle des personnes professionnelles en travail social comme étant celui d'un « *pivot* » qui assure la coordination des services en fonction des besoins identifiés tels que l'évaluation, l'intégration de services et la possibilité d'un hébergement.

4.7 COMPREHENSION DE LA BIENTRAITANCE : LE POINT DE VUE DES PERSONNES PARTICIPANTES

L'analyse de la vignette clinique a révélé des aspects essentiels de la bientraitance, qu'il convient maintenant d'examiner du point de vue des personnes participantes. Bien que plusieurs personnes participantes expriment un manque de connaissances sur le sujet et ne présentent pas de définition claire de la bientraitance, leur discours traduit un certain niveau de compréhension du concept. Les réponses varient, mais des éléments communs se dégagent de leurs propos. Plutôt que de simplement éviter la maltraitance, la bientraitance encourage à adopter une attitude positive pour favoriser le bien-être des personnes ainées. Parfois, des définitions contraires se confrontent pour définir le concept de bientraitance. Quatre personnes participantes indiquent que c'est l'opposé de la maltraitance (P4, P5, P9, P11), alors que plusieurs mentionnent ne pas connaître le concept :

C'est sûr que la bientraitance, on n'en entend pas parler tant que ça. On entend parler de la maltraitance. Mais la bientraitance, ce n'est pas un concept qu'on prend le temps d'en parler. On axe beaucoup nos interventions sur les gens où y'a de la maltraitance, pis on ne souligne pas tant que ça la bientraitance (P5).

Par ailleurs, les personnes participantes énoncent une compréhension commune des valeurs telles que le respect, l'égalité et l'empathie. La bientraitance implique de reconnaître la personne ainée comme une « *personne entière* » avec ses valeurs, ses forces et ses limites (P9). De plus, pour elles, il ne s'agit pas de répondre uniquement à ses besoins physiques, mais aussi de prendre en compte ses dimensions mentale et cognitive. Bien qu'elles valorisent le respect des choix, elles reconnaissent la nécessité de protéger la personne ainée en situation de vulnérabilité. Pour elles, il ne s'agit pas de traiter les personnes ainées différemment, mais de les traiter avec la même considération et le même respect que toute autre personne, tout en tenant compte des spécificités liées au vieillissement (P6). Les

expressions « *prendre le temps avec eux* », « *s'intéresser à eux* », « *s'intéresser à leur situation* » démontrent l'intérêt porté à la personne ainée. La bientraitance inclut également de redonner le pouvoir d'agir à la personne ainée (P6). Encourager la personne à participer aux décisions qui la concernent, lui donner les moyens pour faire ses propres choix et l'aider à conserver son autonomie dans la mesure du possible font partie d'une intervention bientraitante (P6). Pour plusieurs, la bientraitance nécessite une compréhension des besoins spécifiques des personnes ainées, incluant la connaissance des troubles cognitifs, de l'isolement social et des autres problématiques que peuvent rencontrer les personnes ainées. La connaissance des défis liés au vieillissement et la réponse des besoins de la personne sont souvent soulevées.

Par ailleurs, la sensibilisation à la bientraitance auprès de tous ceux qui gravitent autour de la personne ainée est jugée nécessaire. Il est essentiel « *d'amener les familles à bien traiter leurs parents* » (P1). Le personnel des résidences joue également un rôle dans la bientraitance. Il est important qu'il soit « *à l'écoute* », qu'il respecte « *le rythme de la personne dans ce qu'elle a à vivre* », qu'il reçoive de « *l'information sur ce que vit la personne* », notamment en ce qui concerne les troubles cognitifs, et qu'il adapte son approche en conséquence (P1). De plus, la bientraitance va au-delà de la prestation de services. Elle implique de créer un lien de confiance avec la personne ainée, de l'écouter attentivement, de la soutenir dans ses choix et de l'accompagner dans son processus d'adaptation. Deux personnes participantes nomment que la bientraitance rime avec le concept de bienveillance. Une personne la définit comme une philosophie et une culture qui s'inscrivent dans un continuum de services, de savoir-être et de savoir-faire (P3). Ce constat est confirmé par une autre personne participante qui introduit une attitude empathique, soit celle « de prendre soin de l'autre » dans tous les aspects de sa vie, notamment dans les périodes de deuil ou d'acceptation et d'adaptation (P4). « *La bientraitance, d'après moi, c'est un concept évolutif et est exempt de préjugés ou d'idées préconçues ou d'une marche à suivre* ». (P3)

Le tableau suivant contient une synthèse des principaux éléments de définition de la bientraitance comme mentionné par les personnes participantes. Les données sont issues de

l'analyse qualitative (annexe XI). Plus précisément, la démarche d'analyse a permis de compiler les éléments du thème 4 qui traite du concept de la bientraitance (grille d'entretien, annexe VIII).

Tableau 3. Définition de la bientraitance selon les personnes participantes (N= 11)

Éléments de définition	Description
Opposée à la maltraitance	La bientraitance est l'inverse de la maltraitance. (N=5)
Valeurs fondamentales	La bientraitance est ancrée dans des valeurs telles que le respect, l'égalité et l'empathie. Elle implique de reconnaître la personne ainée comme une personne entière avec ses propres valeurs, ses forces et ses limites. Il faut la traiter avec la même considération que toute autre personne, tout en tenant compte des spécificités liées au vieillissement. (N=11)
Approche positive	La bientraitance est une approche qui met l'accent sur les aspects positifs de l'intervention plutôt que sur les aspects négatifs. (N=4)
Redonner le pouvoir d'agir	La bientraitance vise à redonner du pouvoir d'agir à la personne ainée. Cela signifie : l'encourager à participer aux décisions qui la concernent, lui donner les moyens de faire ses propres choix et l'aider à conserver son autonomie dans la mesure du possible. (N=5)
Compréhension des besoins spécifiques	La bientraitance nécessite une compréhension des besoins spécifiques des personnes ainées, incluant la connaissance des troubles cognitifs, de l'isolement social et des autres problématiques qu'elles peuvent rencontrer. La connaissance des défis liés au vieillissement et la réponse aux besoins de la personne sont essentielles. (N=7)
Relation de confiance et de respect	La bientraitance passe par une relation de confiance et de respect mutuel entre la personne intervenante et la personne ainée. Il est essentiel de prendre le temps d'écouter la personne, de s'intéresser à elle et de la croire. (N=7). La bienveillance est un concept qui rime avec la bientraitance. (N=1)

Éléments de définition	Description
Savoir-être et savoir-faire	<p>La bientraitance est une philosophie et une culture qui s'inscrivent dans un continuum de services, de savoir-être et de savoir-faire. Elle est un concept évolutif qui est exempt de préjugés et d'idées préconçues. (N=1)</p> <p>Dans la bientraitance, il faut prendre le temps. (N=1)</p>
Protéger la personne vulnérable	<p>Bien qu'elle valorise le respect des choix, la bientraitance implique de protéger la personne ainée en situation de vulnérabilité. Elle requiert une vigilance accrue face aux situations de maltraitance et la mise en place de mesures de protection adaptées. (N=7)</p>
Centrée sur la personne	<p>L'approche bientraitante place la personne au centre des interventions en respectant ses besoins, ses valeurs et son rythme. Il faut donner du pouvoir à la personne et l'impliquer dans les décisions. Il faut travailler avec la personne et non contre elle. L'accompagnement est important pour aider les personnes à trouver des solutions adaptées à leurs besoins. (N=10)</p>
Promotion de l'autodétermination	<p>La bientraitance encourage l'autodétermination et la participation active au choix des services, en évitant d'imposer des solutions. Elle vise à soutenir l'autonomie de la personne et son pouvoir d'agir. (N=1)</p>

4.7.1 La bientraitance : une valeur fondamentale du travail social

Les personnes participantes mentionnent que la bientraitance est une valeur fondamentale du travail social, intrinsèquement liée à leur rôle et à leurs interventions, et qu'elle devrait être au cœur de toute pratique professionnelle. La bientraitance est perçue comme étant à la base du travail social. Pour plusieurs, les deux concepts sont presque synonymes. Elles soulignent que leur mission est d'assister et de défendre les personnes, ce qui implique de les traiter avec respect et bientraitance. Pour certaines, la bientraitance est même un mandat :

[...] C'est notre mandat [...]. Dans notre rôle, on a un statut d'aider des gens, mais les protéger aussi là. Faut que tout ce qui encadre les lois, les ressources, l'aspect éthique, on se doit d'arrimer tout ça dans le sens de la bientraitance en fonction de la personne. (P7)

La bientraitance implique de voir la personne comme un être entier, de respecter ses choix, ses limites, ses besoins et ses désirs. Certaines soulignent l'importance de respecter l'autonomie de la personne, tout en assurant sa sécurité. Pour elles, le respect des droits de la personne est un élément fondamental de la bientraitance. D'autres soulèvent que la sécurité est un élément clé de la bientraitance. Elles expriment une philosophie selon laquelle tout le monde a droit à la bientraitance. Une des personnes interrogées démontre un engagement envers une pratique professionnelle en travail social qui vise à traiter chaque personne avec respect et considération. « *Le but de nos interventions, c'est de bien traiter le monde. C'est la base* ». (P9)

Les personnes participantes estiment qu'elles ont un devoir envers la bientraitance. Certaines soulignent que la bientraitance ne doit pas être limitée aux personnes ainées, mais qu'elle devrait s'appliquer à tous, quel que soit leur âge ou leur situation. La bientraitance est liée à la bienveillance et devrait être une pratique universelle (P6). D'autres mentionnent que la bientraitance devrait être le fondement de toute intervention, afin de garantir le bien-être et le respect des personnes. Elles expriment que si la bientraitance est au cœur de la pratique, les personnes seront mieux traitées au fur et à mesure. Elles ajoutent que la bientraitance devrait être intégrée non seulement par les personnes professionnelles en travail social, mais par toute l'équipe multidisciplinaire et les différentes personnes impliquées dans la vie des personnes ainées (P5, P7).

4.7.1.1 Les valeurs et principes de la bientraitance et du travail social

La bientraitance passe également par une relation de confiance et de respect mutuel entre la personne intervenante et la personne ainée. Le respect de l'autonomie et de la dignité de la personne, tout en valorisant une intervention personnalisée et centrée sur la personne, est la base du travail social (P6). Pour cette personne participante, le fait de redonner du

pouvoir à la personne est un principe fondamental de la bientraitance et du travail social. « *Au final, c'est une approche que, possiblement, on utilise tous au quotidien* ». (P4)

Cette valeur guide leurs actions et permet de créer des relations de confiance, de respecter l'autonomie des personnes et de promouvoir leur bien-être. Elles soulignent que la bientraitance est essentielle pour assurer la qualité des services et pour prévenir la maltraitance.

4.7.1.2 Une approche centrée sur la personne

Les personnes participantes soulignent que la bientraitance est une approche qui place la personne au centre des interventions en respectant ses besoins, ses valeurs et son rythme. Elles estiment qu'il est important de donner du pouvoir à la personne et de l'impliquer dans les décisions qui la concernent. La bientraitance est considérée comme un moyen de travailler avec la personne et non contre elle. Selon elles, l'approche bientraitante facilite la collaboration et permet d'atteindre les objectifs fixés avec la personne. Elles ajoutent qu'il est important d'inclure la personne dans le processus pour qu'elle se sente concernée et impliquée.

De plus, elles reconnaissent que les personnes ainées peuvent parfois percevoir les interventions différemment. Elles appuient sur le fait que les personnes professionnelles en travail social ne sont pas là pour imposer des changements dans la vie de leur clientèle, mais pour respecter leurs besoins et les accompagner vers leur bien-être, leur autonomie et leur sécurité. Certaines soulignent l'importance de protéger les personnes ainées, non seulement contre les abus et la maltraitance, mais aussi de veiller à leur bien-être général, notamment en les aidant à combler leurs besoins et leurs désirs (P7). Plusieurs d'entre elles soulignent qu'une approche centrée sur la personne consistant à placer la personne au centre des actions et des décisions est associée à une approche bientraitante. La personne participante suivante reflète une approche de bientraitance où l'accompagnement est important pour aider les personnes à trouver des solutions adaptées à leurs besoins :

Dans le sens, que notre rôle en tant que travailleurs sociaux, c'est de soutenir, d'informer, d'encadrer, d'ouvrir des portes, de démarcher avec ou pour la personne. Donc, pour moi ça fait qu'un. C'est faire en sorte que la personne ait autour d'elle tout ce dont elle a besoin pour avancer, bien fonctionner. Pour moi la bientraitance et le service social c'est quasiment synonyme. C'est supposé aller ensemble tout au moins (P10).

Pour une personne participante, la bientraitance est associée à la création d'un bon lien avec la personne ainée et toutes les personnes impliquées (P8). Elle note qu'il devient plus facile de comprendre les réticences et les résistances de la personne. Selon elle, le lien de confiance permet de proposer des alternatives adaptées et de mieux répondre aux besoins et aux souhaits de la personne, car il permet à la personne ainée de s'ouvrir davantage. Ainsi, les personnes professionnelles rencontrent plus de facilité à proposer des « *alternatives* » et, ainsi, atteindre les objectifs fixés (P8). Une personne participante souligne l'importance d'apprendre aux personnes à être bienveillantes envers elles-mêmes (P1). Elle soulève la pertinence du respect de chacun dans la communauté, des différences culturelles et des valeurs individuelles, incluant le respect de ses propres limites et la reconnaissance de ses besoins personnels.

4.7.1.3 Un rôle dans la prévention et la promotion de la bientraitance

Certaines personnes participantes estiment que le travail social doit être proactif dans la promotion de la bientraitance. Une autre souligne l'importance de promouvoir la bientraitance, non seulement envers les personnes ainées, mais également au sein des équipes de travail (P11). Une personne participante mentionne l'importance de s'assurer que les droits des personnes soient respectés et que chacun soit en sécurité (P4). Pour elle, éviter de faire de l'âgisme fait également partie d'une approche bientraitante. Elle nomme que la bientraitance permet d'éviter les situations de maltraitance. Une autre souligne que le fondement du travail social est lié à la relation d'aide visant à défendre et à considérer les personnes comme des individus à part entière, avec leurs propres valeurs et leur passé (P2). Une autre précise qu'il est nécessaire d'être présente pour les personnes ainées, non seulement dans les moments difficiles, mais aussi dans les moments où ça va bien (P5). Elle

mentionne l'importance des petites attentions et de faire une différence positive dans la vie des personnes ainées.

4.7.2 Les défis de l'implantation de la bientraitance au SAD selon les personnes participantes

Les défis de l'implantation de la bientraitance mentionnés par les personnes participantes sont classés en cinq catégories. Regroupé par catégories, le tableau suivant présente les obstacles rencontrés pour l'implantation de la bientraitance dans leur milieu de travail. Issu de l'analyse qualitative (annexe XI), le tableau suivant présente les résultats découlant de la démarche d'analyse.

Tableau 4. Les défis de l'implantation de la bientraitance selon les personnes participantes (N=11)

Manque de temps et charge de travail
<ul style="list-style-type: none">• Le manque de temps lié au manque de personnel et aux choix institutionnels ou ministériels (P1).• Le manque de temps pour les personnes qui présentent moins d'urgence, car l'attention est souvent concentrée sur celles qui vivent des situations de maltraitance ou de gros défis (P5).• Le manque de temps dû à la glorification de la performance et l'absence de temps pour la promotion de la bientraitance (P6).• La lourdeur administrative et la charge de cas qui empêchent les personnes intervenantes de pousser leurs actions aussi loin qu'elles le voudraient (P10, P11).
Manque de ressources et de personnel
<ul style="list-style-type: none">• Le manque de personnel qui entraîne une rapidité et une efficacité réduites ainsi que des frustrations au travail (P1).• Le manque de ressources et de personnel pour gérer efficacement toutes les situations (P5).• Le manque de ressources disponibles pour répondre aux besoins des personnes ainées et des délais importants pour obtenir des réponses (P7).

-
- Le manque de main-d'œuvre et l'augmentation de la clientèle qui empêchent d'offrir l'intensité souhaitée dans les interventions (P8).

Respect des droits et besoins des personnes ainées

- La difficulté à toujours aller vers la bientraitance, le respect et la dignité, en raison des défis liés à la gestion de risque et à la compréhension des situations spécifiques (P2).
- Les défis liés à l'accessibilité aux services et aux milieux de vie alternatifs (P3).
- La protection excessive qui peut aller à l'encontre des besoins et des droits des personnes (P9).

Information et formations

- La gestion de risque et la compréhension des problématiques, des maladies et des réalités peuvent être insuffisantes. Certaines personnes intervenantes peuvent se sentir mal à l'aise avec certaines situations, ce qui peut influencer l'application de la bientraitance (P2).
- Le manque d'information, de formations et de compréhension des besoins de la personne ainée limite l'implantation de la bientraitance (P4).

Contexte institutionnel et géographique

- Les enjeux géographiques et institutionnels qui compliquent la présence et la connaissance des services nécessaires pour la bientraitance (P3).
-

Le manque de temps est identifié comme un défi majeur. Les personnes professionnelles en travail social sont souvent débordées par leurs tâches quotidiennes. Ce manque de temps les empêche de consacrer le temps nécessaire à la bientraitance. En raison du manque de temps, il est soulevé que les personnes intervenantes ne sont pas toujours bientraitantes envers elles-mêmes, ce qui complique leur capacité à être bientraitantes envers les autres (P6). De plus, le manque de temps empêche les personnes intervenantes de réfléchir, de planifier et de mettre en place des actions préventives :

Un des défis, c'est vraiment le manque de temps-là [...], mais aussi dans un contexte où on est toujours dans la glorification de la performance. J'ai

l'impression que c'est peut-être un contexte et une valeur qui est peut-être un peu qui clash entre les deux. On n'a même pas le temps de penser. On n'a même pas le temps d'aller en promotion, on n'a pas le temps d'aller en amont. Et la bientraitance ça part de là aussi (P6).

Associées au manque de temps, la charge administrative et la gestion de nombreux cas ajoutent une complexité supplémentaire. Cette lourdeur administrative peut entraîner une négligence involontaire de certaines actions, non pas par manque de volonté, mais par manque de temps et de ressources :

Un des défis je dirais que c'est le temps puis la lourdeur administrative dans la charge de cas de nos intervenants. Tous nos intervenants sociaux veulent travailler dans le sens de la bientraitance. Mais des fois, ils vont négliger une action par manque de temps, par lourdeur administrative. Ce n'est pas par manque de volonté. Il y a une lourdeur de charge de cas, qui fait que des fois on ne peut pas pousser aussi loin qu'on voudrait. Des fois, on va tourner les coins ronds. Pis au fond de nous autres, on aurait tellement aimé ça en faire un peu plus pour accompagner le client, sa famille, son entourage. (P10)

Le manque de ressources disponibles est identifié comme un autre défi majeur. Les défis liés au manque de ressources et aux délais de réponse limitent la capacité des personnes intervenantes à offrir des services dans un délai acceptable. Les délais d'attente pour obtenir des réponses et des services sont longs et peuvent devenir problématiques pour les personnes vivant des situations urgentes ou importantes. Les délais d'une semaine avant les retours d'appel d'une ressource démontrent une incapacité à répondre rapidement aux besoins des usagers (P7). Bien que les personnes intervenantes souhaitent être proactives, elles sont limitées par la réalité des ressources disponibles. Une personne participante précise qu'il existe une volonté de faire des enseignements et d'être très proactif auprès des personnes ainées (P8). Cependant, avec une augmentation de la clientèle et une pénurie de main-d'œuvre, il devient difficile pour elle de maintenir l'intensité et la qualité des interventions. Selon elle, la réalité actuelle les oblige à faire plus et mieux avec moins de ressources. En raison de ces contraintes, elle dit qu'elles doivent rester actives longtemps dans un même dossier. Le manque de personnel est un problème qui est directement lié à un manque de temps pour offrir des services de qualité. Une personne participante soulève le fait que les décisions prises par les institutions et les ministères peuvent entraîner une insatisfaction et

une frustration chez le personnel. Les personnes intervenantes sont souvent contraintes de faire des heures supplémentaires qui les amènent à vivre du stress et à l'épuisement professionnel. Selon elle, la Maison des ainés, qui nécessite le double de personnel pour le même nombre de clients, souligne une mauvaise planification des ressources qui entraîne une redistribution inefficace du personnel en vidant les CHSLD et les hôpitaux de leur personnel déjà insuffisant (P1). Les défis liés au respect des droits et des besoins des personnes ainées incluent la protection excessive, le manque de ressources et de personnel, les obstacles à l'accessibilité des services, les attitudes âgistes ainsi que le manque d'information et de formation. (P2, P9).

Le défi, c'est aussi d'avoir les informations. Ça implique une certaine présence dans les milieux. Mais y'a quand même un enjeu géographique, un enjeu institutionnel. D'être capable de développer une bonne connaissance des services. Un des gros défis, c'est l'accessibilité aux services, à des milieux de vie alternatifs. (P3)

Certaines personnes participantes soulignent la pertinence de fournir de l'information et des formations aux personnes intervenantes pour qu'elles puissent appliquer la bientraitance (P2, P4). Elles souhaitent offrir des enseignements, mais le manque de formations et d'information limite leur capacité à le faire. Ces formations favoriseraient une meilleure compréhension des besoins des personnes ainées, des compétences en gestion de risque et des approches pour prévenir la maltraitance. Pour elles, transmettre davantage d'information sur l'approche de la bientraitance serait favorable (P4).

4.7.3 Les avantages de l'implantation de l'approche de la bientraitance au soutien à domicile selon les personnes participantes

Les personnes participantes soulignent que l'implantation de l'approche de la bienveillance en milieu professionnel présente de nombreux avantages, autant pour elles que pour les personnes ainées. Les avantages de l'implantation de la bientraitance incluent l'amélioration de la qualité des soins et du soutien, la prévention de la maltraitance, la satisfaction et le bien-être des personnes intervenantes, une meilleure réponse aux besoins des personnes ainées et l'importance de la formation et de l'information. La démarche

d'analyse a permis de compiler les éléments liés aux avantages de l'implantation de la bientraitance. Le tableau suivant présente les différents éléments liés aux avantages de l'implantation du concept dans le milieu de travail des personnes participantes.

Tableau 5. Les avantages de l'implantation de la bientraitance selon les personnes participantes (N=11)

Amélioration de la qualité des services et du soutien
<ul style="list-style-type: none">• Prendre soin de quelqu'un avant de lui donner des services permet de gagner du temps (P1).• Meilleur maintien à domicile qui permet de vivre plus longtemps dans son milieu de vie (P6).• Clientèle mieux servie, mieux encadrée, avec moins de besoins (P10).
Prévention de la maltraitance
<ul style="list-style-type: none">• Prévention de l'âgisme et prise en considération des choix des personnes (P2).• Création d'un filet de sécurité pour mieux traiter les personnes ainées et réduire la maltraitance (P9).• Éviter les situations de maltraitance grâce à une meilleure information sur la bientraitance (P4, P5).
Satisfaction et bien-être des personnes intervenantes
<ul style="list-style-type: none">• Les personnes intervenantes sociales se sentent mieux dans leurs propres valeurs et « en diapason » avec ce qu'elles font (P6).• Les personnes intervenantes sociales voient leur rôle plus positivement, se rappellent pourquoi elles effectuent leur travail. Permet aussi de créer une belle dynamique de travail et un esprit d'équipe (P11).
Réponse aux besoins des personnes ainées
<ul style="list-style-type: none">• Répondre aux besoins des usagers, prendre les meilleurs choix dans leur intérêt (P11).

-
- Atteindre les objectifs fixés avec les personnes ainées. Permet de répondre à plus de besoins ou à plus de personnes ainées en mettant fin aux suivis lorsque les objectifs sont atteints (P8).

Formations et information

-
- Avantages de recevoir plus d'information et de formations sur ce que vivent les personnes ainées (P1, P3).
 - Avantages directs pour la clientèle grâce à une meilleure information sur la bientraitance (P4).
-

En adoptant l'approche de la bientraitance, il est soulevé que les personnes intervenantes peuvent mieux centrer leurs actions avec leurs propres valeurs pour contribuer à ce qu'elles se sentent en harmonie avec leur travail (P6). De plus, en ayant plus de temps pour se concentrer sur les besoins des clients, les personnes intervenantes offriront des services de qualité et un soutien plus adapté qui permettraient aux personnes ainées de rester chez eux plus longtemps. Les personnes professionnelles en travail social seraient plus susceptibles de se sentir satisfaites de leur travail. La bientraitance rappellerait la raison pour laquelle elles ont choisi cette profession (P11). En étant mieux informées sur la bientraitance, les personnes intervenantes sociales seraient mieux équipées pour prévenir la maltraitance (P4). Une personne participante ajoute :

Peut-être aussi si y'avait une lourdeur de charge de cas qui serait un petit peu moins important, on pourrait pousser davantage dans ce sens-là. Les avantages de l'implantation de la bientraitance comme tel, c'est que notre clientèle va être mieux servie, mieux encadrée, moins de besoins. Si on parle à l'inverse de maltraitance, de la voir, la déceler ou de l'enrayer complètement. Ben moi, je pense que ça serait le but ultime. (P10)

Ainsi, en implantant une approche bientraitante, les personnes professionnelles en travail social pourraient aider les personnes à devenir plus autonomes et à avoir moins besoin de services (P10).

4.7.4 Les conditions favorables à l'implantation de la bientraitance

Les conditions proposées par les personnes participantes visent à créer un environnement où toutes les personnes professionnelles, peu importe leur discipline, soient mieux outillées pour offrir des services de qualité qui respectent la dignité, l'autonomie et les droits des personnes ainées. Le manque de temps étant un thème récurrent associé souvent aux charges de cas élevées et à la lourdeur administrative, les personnes participantes suggèrent que la réduction de ces charges permettrait aux personnes professionnelles de consacrer plus de temps et d'attention à chaque personne ainée dans le but de favoriser une approche plus centrée sur la personne et ses besoins (P5, P10). Plusieurs participantes mentionnent le besoin de formations sur le concept de la bientraitance pour toutes les personnes professionnelles qui travaillent auprès des personnes ainées, incluant les personnes intervenantes sociales, les personnes en soins infirmiers, les personnes préposées aux soins et pour le personnel administratif. Des formations pour tout le personnel dans les résidences privées, dans les CHSLD, dans les ressources communautaires ainsi qu'au soutien à domicile sont suggérées pour faciliter l'implantation du concept (P1). Elles soulignent que la bientraitance implique une bonne connaissance et compréhension des besoins et des réalités des personnes ainées ainsi que des techniques d'intervention. Une personne participante affirme que la création d'une culture organisationnelle axée sur la bientraitance est essentielle (P3). Les propos suivants démontrent la volonté d'intégrer l'approche de la bientraitance dans leur travail :

Que notre charge de travail nous permette de faire de la bientraitance à 100 %. D'être formée, d'avoir des formations là-dessus vraiment. Ça aiderait d'avoir des temps pour parler en équipe, de faire de belles discussions en équipe. Enlever la charge administrative pis plus rendre ça humain. Le continuum aussi du soutien à domicile c'est sûr qu'on fait beaucoup affaire avec l'hôpital, que notre continuum aussi soit dans la bientraitance. (P11)

Une personne participante mentionne l'importance d'impliquer les municipalités et les communautés dans la mise en place de pratiques bientraitantes (P1). Elle suggère des initiatives communautaires concertées. Une autre souligne l'importance de l'accessibilité des

services et suggère que la bientraitance devrait être une priorité pour le DPSAPA (P3). Plus précisément, elle propose la création d'un document d'intégration sur la bientraitance pour les nouvelles personnes employées, qui comprend les concepts clés, des lectures et des exemples concrets.

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Ce chapitre vise à interpréter les résultats obtenus en relation avec la littérature existante. Le modèle bioécologique de Bronfenbrenner sert de fil conducteur à la discussion. Il permet de présenter les systèmes interagissant et leur impact sur la compréhension et l'application de la bientraitance par les personnes professionnelles en travail social au soutien à domicile. Pour saisir la complexité du phénomène de la bientraitance et démontrer comment les interactions entre les différents systèmes influencent sa mise en place, chaque niveau du modèle est examiné en tenant compte de l'analyse des résultats (figure 5). De plus, les dimensions de la bientraitance sont considérées, car elles englobent des aspects individuels, relationnels, éthiques, collectifs, organisationnels et sociétaux. Pour terminer, les apports et les limites de l'étude, les perspectives pour des recherches futures et des pistes de réflexions pour le travail social sont présentées.

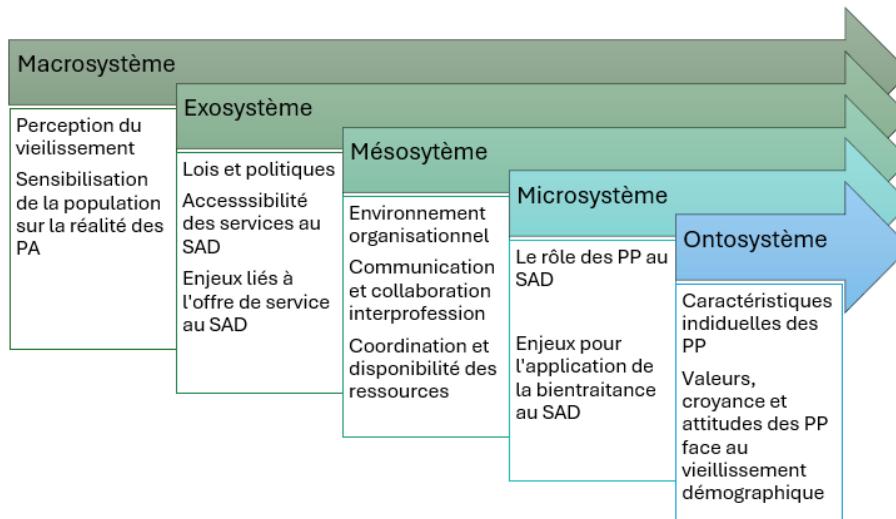


Figure 5. Analyse des résultats selon le modèle bioécologique de Bronfenbrenner

5.1 INTERPRETATION DES RESULTATS

5.1.1 Le macrosystème : l'influence des normes et des valeurs sociétales sur la perception du vieillissement

Le macrosystème englobe la société dans son intégralité, incluant ses cultures, ses valeurs, ses normes, ses croyances et ses idéologies (Bourgès, 2022). Il comprend le contexte sociétal dans lequel les attitudes et les pratiques âgistes se développent et se forment.

5.1.1.1 Vieillissement et société : entre préjugés et nécessité de sensibilisation

Plusieurs écrits soulèvent l'importance de sensibiliser la population aux réalités du vieillissement et de promouvoir la bientraitance (Beaulieu et al., 2018 ; Laforest et al., 2018 ; MSSS, 2021). Pour contrer l'âgisme, la sensibilisation doit viser à déconstruire les perceptions négatives et à promouvoir une vision plus réaliste et positive du vieillissement. Tel que présenté par Levasseur et ses collègues (2022), l'intégration du concept de *Aging All Over the Place* dans les stratégies de sensibilisation pour contrer l'âgisme se fait en mettant l'accent sur la diversité des expériences de vieillissement et sur la promotion des environnements inclusifs et adaptables pour tous. Ce cadre élaboré à partir de discussions de groupe, d'une évaluation des modèles de vieillissement et d'une validation au cours d'ateliers avec des experts, incluant des personnes ainées, est lié à une approche holistique de la santé et du bien-être, impliquant les dimensions biopsychosociales. Selon ce concept, puisque les médias jouent un rôle important dans la formation des perceptions liées à l'âge, la sensibilisation peut utiliser ces canaux pour promouvoir des images positives et réalistes du vieillissement et inclure la diffusion d'histoires de vie, la mise en lumière de la diversité des parcours et la valorisation des contributions des personnes ainées à la société. La sensibilisation met l'accent sur l'importance d'une collaboration entre les personnes professionnelles de la santé et des services sociaux, les personnes impliquées pour les décisions politiques, les personnes chercheuses, les personnes impliquées au communautaire et les personnes ainées elles-mêmes (Levasseur et al., 2022).

Les personnes qui ont participé à l'étude notent que la société véhicule des stéréotypes négatifs envers les personnes ainées, les considérant souvent comme inactives, un poids pour la société ou, encore, comme n'étant plus utiles. Certaines nomment qu'elles ont déjà entendu que les personnes ainées « *sont toutes malades* » ou qu'elles ont « *toutes des problèmes cognitifs* ». Ce préjugé reflète une vision dévalorisante du vieillissement où les personnes sont regroupées dans des catégories homogènes plutôt que considérées comme des individus avec leurs propres trajectoires de vie. L'âgisme est un phénomène complexe qui est à la fois influencé par des structures et des systèmes (exosystème) et par des valeurs et des croyances plus abstraites (macrosystème). La façon dont les médias présentent les personnes ainées, les stéréotypes véhiculés dans les films, les publicités ou les reportages, influencent les perceptions liées à l'âge au sein de la société (Bourgès, 2022). Les personnes participantes reconnaissent que la société a une tendance à vouloir prendre en charge les personnes ainées, même lorsqu'elles sont encore capables de faire beaucoup par elles-mêmes. Cette tendance illustre comment les normes et les valeurs influencent les pratiques professionnelles. Les interventions au niveau du macrosystème s'inscrivent dans le contexte des politiques publiques, des lois et des normes sociales (Robidoux, 2021). Des approches trop axées sur les soins fonctionnels et qui négligent l'aspect humain peuvent créer une forme d'âgisme institutionnel (Beaulieu et Le Borgne-Uguen, 2022).

5.1.2 L'exosystème : les différents aspects qui influencent l'environnement des personnes professionnelles en travail social

L'exosystème comprend des éléments qui, sans impliquer directement une personne, influencent néanmoins son environnement. Il englobe des dynamiques sociales, environnementales et gouvernementales (Bourgès, 2022).

5.1.2.1 L'influence des lois et des politiques

De nombreuses lois et politiques publiques ont été adoptées pour intégrer la bientraitance, particulièrement dans les secteurs sociaux et médico-social (ANESM, 2016; Pomar-Chiquette, 2019). Plusieurs textes législatifs et plans d'action gouvernementaux, tant en France qu'au Québec, témoignent de cette volonté de promouvoir la bientraitance et de lutter contre la maltraitance (Blondet, 2008; MSSS, 2023b). Les lois et les politiques publiques définissent les responsabilités des personnes professionnelles et des établissements en matière de bientraitance. Par exemple, la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, au Québec, oblige les établissements de santé et de services sociaux à adopter une politique de lutte contre la maltraitance (Beaulieu et al., 2018). La loi stipule que les établissements doivent promouvoir une culture de bientraitance.

Malgré ces avancées, des défis persistent. Les personnes participantes mentionnent que les lois ne sont pas toujours adaptées à la réalité des personnes ainées, particulièrement celles qui sont en situation de vulnérabilité. Elles soulignent que même si les lois visent à protéger, elles peuvent ne pas être suffisantes pour répondre à tous les besoins. Par exemple, une d'entre elle note qu'il n'y a pas de lois pour protéger les personnes ainées autant que les femmes victimes de violence, bien que les personnes ainées soient plus vulnérables, ce qui peut être frustrant pour les personnes intervenantes. Elles observent aussi que les structures et les processus administratifs peuvent empêcher de bien appliquer les lois sur le terrain, car des contraintes de temps les obligent, parfois, à « *sauter des bouts* » dans leurs interventions, ce qui est contraire à la bientraitance. Les personnes participantes soulignent que le personnel soignant a parfois tendance à des pratiques âgistes en prenant des décisions à la place des personnes ainées, même lorsque celles-ci sont encore capables de faire des choix. Elles soulignent que, dans les milieux de soins, il est fréquent de voir les personnes ainées être infantilisées, comme si elles étaient des enfants.

La recension des écrits démontre que l'implantation des politiques et des lois peut être entravée par des facteurs tels que la pénurie de personnel dans les établissements et l'âgisme (Éthier et al., 2021), ainsi que les restrictions budgétaires et les impératifs de performance (Bourgès, 2022 ; Myrand, 2021). L'exosystème englobe les structures et les politiques qui peuvent perpétuer des attitudes âgistes, même en l'absence d'interactions directes. L'âgisme peut être ancré dans la culture organisationnelle des établissements de soins et services où les stéréotypes sur la vieillesse influencent les pratiques et les décisions. Cette culture âgiste peut se manifester par un manque de valorisation du travail des personnes intervenantes et un manque de reconnaissance de l'importance de la relation avec les personnes ainées (Myrand, 2021). Les préjugés et stéréotypes âgistes peuvent aussi nuire à la capacité des personnes intervenantes à offrir des services bientraitants, car elles peuvent adopter une vision négative du vieillissement, les empêchant de voir le potentiel des personnes ainées.

5.1.2.2 Les difficultés liées à l'accessibilité des services au soutien à domicile pour les personnes ainées

Les conditions économiques et les infrastructures ont un impact significatif sur la capacité des services de soutien à domicile à offrir une bientraitance efficace (Bourgès, 2022). Ces facteurs peuvent créer des obstacles limitant la qualité des soins et des services offerts aux personnes ainées à domicile.

Les personnes participantes relèvent que les programmes de soutien financier peuvent être difficiles à comprendre pour les personnes ainées, surtout pour celles qui ont moins d'éducation ou qui rencontrent des difficultés cognitives. Cette complexité peut engendrer de la confusion et peut les empêcher de bénéficier des services auxquels elles ont besoin. L'Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic (AQRP, 2025b) indique que « chaque année, environ 30 % des personnes ainées québécoises renoncent à demander des soins à domicile en raison de la complexité des démarches administratives ». Les critères d'admissibilité aux programmes de financement sont complexes, variant d'un programme à l'autre. Cette complexité rend difficile la compréhension des différents

programmes (CSBE, 2024). Les procédures administratives sont lourdes et compliquées (CSBE, 2023d). Bien que ces programmes de soutien financier aient permis le développement d'une variété de fournisseurs de services à domicile, ils ont aussi créé des iniquités et des complexités (CSBE, 2023b ; CSBE, 2024). L'accès aux services de soutien à domicile et aux programmes de financement n'est pas uniforme et ne répond pas toujours équitablement aux besoins. À besoins égaux, l'accès aux services peut varier en fonction de la situation familiale ou des capacités financières. Par exemple, une personne aidée par une PPA pourrait recevoir moins de services, renforçant ainsi le fardeau sur la personne qui la soutient (CSBE 2024).

Les personnes participantes soulèvent un décalage entre les promesses gouvernementales en matière de soutien à domicile et la réalité du terrain. Elles révèlent que, malgré l'accent mis sur le maintien à domicile, les ressources et les services adéquats ne suivent pas, créant des difficultés significatives pour les personnes ainées et les personnes professionnelles. Elles soulignent que le nombre de personnes intervenantes n'augmente pas proportionnellement au vieillissement de la population et les décisions gouvernementales semblent parfois davantage motivées par des considérations politiques que par les besoins réels des personnes ainées. Certaines déplorent que les fonds soient alloués à des projets qui ne répondent pas aux besoins exprimés par les personnes ainées qui souhaitent majoritairement rester à domicile. Le CSBE (2024) indique que l'évaluation des services de soutien à domicile est souvent axée sur le nombre de personnes bénéficiaires et d'heures de services plutôt que sur l'amélioration de la capacité des personnes à demeurer à domicile le plus longtemps possible. Les mécanismes de gouvernance sont incohérents avec les objectifs de la politique. Malgré la volonté affichée de favoriser le maintien à domicile, une part importante des ressources continue d'être allouée aux services d'hébergement. Les dépenses publiques en soins de longue durée sont majoritairement consacrées aux établissements plutôt qu'aux services de soutien à domicile. Cette perspective « ne tient pas compte de la volonté de la population de vieillir le plus longtemps possible à domicile » et du défi que représente le manque de disponibilité de ressources humaines pour combler les besoins (CSBE, 2024, p. 4). De plus, l'accès aux services au SAD est modulé par plusieurs facteurs,

notamment la sévérité de la perte d'autonomie. Les personnes avec des pertes d'autonomie légères se voient souvent refuser des services, alors que ceux-ci permettraient de prévenir la dégradation de leur santé. Dans le rapport préliminaire du Commissaire de la santé et du bien-être (2023b), une personne professionnelle du secteur public indique que « l'accès aux services n'est pas facile pour les usagers qui ne sont pas en priorité P1 ou P2 et l'attente peut aller jusqu'à deux ans par manque de ressources humaines (p. 79). Les personnes participantes reconnaissent que les enjeux de ressources sont un obstacle majeur à la réponse aux besoins. Le manque de ressources, notamment en termes de places d'hébergement, de personnel qualifié et de services de transports adaptés, a un impact direct sur la qualité de vie des personnes ainées et sur le travail des personnes intervenantes sociales. Plusieurs personnes participantes soulignent que les personnes ainées font face à des problèmes financiers qui entraînent des conséquences sur la capacité à accéder aux services nécessaires. Elles donnent, comme exemple, que certaines personnes ainées ne peuvent pas se permettre de vivre dans des résidences qui répondent à leurs besoins. Elles constatent également que les services existants ne sont souvent pas conçus pour répondre aux besoins spécifiques des personnes ainées. Les ressources existantes sont souvent surpeuplées et doivent accueillir des personnes ayant des besoins de soins plus importants que ce qu'elles peuvent gérer (Drolet et Ruest, 2023). Cette situation s'explique, en partie, par la fermeture de plusieurs résidences privées, un phénomène amplifié par la pandémie de COVID-19. La pénurie de places d'hébergement force les personnes ainées à rester à domicile, même si leur état de santé nécessite une prise en charge plus intensive. Cette situation peut mener à une dégradation de leur condition et à une augmentation de la charge de travail pour les personnes proches aidantes. D'ailleurs, Bourassa Forcier et ses collègues (2024) soulignent que le manque de places en CHSLD et en RI affecte directement la qualité de vie des personnes ainées en RPA. Celles-ci doivent accueillir des personnes en grande perte d'autonomie, mais ces établissements ne sont pas adaptés pour répondre à leurs besoins. De plus, les personnes participantes soulignent que la fermeture des petites résidences en milieu rural limite encore davantage les options pour les personnes ainées vivant en région et les oblige souvent à déménager loin de leur communauté, ce qui peut contribuer à l'isolement social et au

sentiment de déracinement. Selon le Commissaire à la santé et au bien-être 2024), depuis 2022, les résidences pour personnes ainées doivent satisfaire à des exigences plus nombreuses et plus strictes pour obtenir une certification. Ces exigences provoquent la fermeture et la perte de certification de nombreuses résidences. Les petites résidences sont particulièrement touchées et ce sont les régions éloignées qui sont les plus affectées. De plus, les personnes ainées vivant dans ces zones éloignées ont plus de difficultés à accéder aux services du SAD. Celles qui ont perdu leur permis de conduire ou qui ont des problèmes de mobilité rencontrent des difficultés à se déplacer pour obtenir les services dont elles ont besoin. Les ressources communautaires sont également limitées, ce qui rend difficile l'accès à des activités de socialisation et de soutien. L'éloignement géographique et le manque de possibilités de déplacement limitent les interactions sociales et les empêchent de participer aux activités communautaires. De plus, les services de soutien à domicile et les organismes communautaires sont souvent surchargés, ce qui entraîne des délais d'attente et une difficulté à répondre aux besoins de toutes les personnes ainées (CSBE, 2023c ; CSBE, 2023d ; CSBE, 2024).

5.1.2.3 Les enjeux rencontrés pour offrir les services au SAD

Les personnes participantes indiquent qu'elles passent beaucoup de temps à effectuer des tâches administratives. Une d'entre elles mentionne qu'elle passe 75 % de son temps de travail au bureau à répondre à des exigences bureaucratiques, alors qu'elle se considère comme une personne de terrain. Elles doivent remplir de nombreux documents, parfois longs et complexes, ce qui accapare une grande partie de leur temps. Plusieurs mentionnent que la paperasse ne cesse d'augmenter. De plus, les personnes participantes doivent souvent parcourir de longues distances pour se rendre au domicile des personnes ainées ou pour accéder aux différents services. Ces déplacements peuvent être particulièrement problématiques dans les régions où les villages sont éloignés les uns des autres. Elles soulignent que les territoires qu'elles couvrent sont immenses et cela complique leur travail. Les villages sont difficiles à desservir, notamment en raison du manque de personnel et de ressources. Ces contraintes sont soulignées comme ayant un impact significatif sur le travail

des personnes participantes et la capacité à offrir des services de qualité aux personnes ainées. Une part importante des activités des personnes professionnelles du SAD n'est pas consacrée directement aux interventions (CSBE, 2023b). Les activités indirectes et préparatoires ainsi que les temps de déplacement accaparent une part importante du temps travaillé par les personnes professionnelles.

Les études de Lavoie-Moore (2023) et Chaput-Richard (2024) appuient leur réalité, car ils révèlent que, dans le secteur des soins à domicile, 30 % du temps du personnel professionnel serait passé auprès de la clientèle. La figure 6 démontre l'écart entre les services fournis pour répondre aux besoins en services à domicile et les heures requises pour répondre complètement à ces besoins en 2019-2020.

En 2019-2020, le système de santé public a répondu à seulement 13,5% de l'ensemble des besoins en services à domicile au Québec

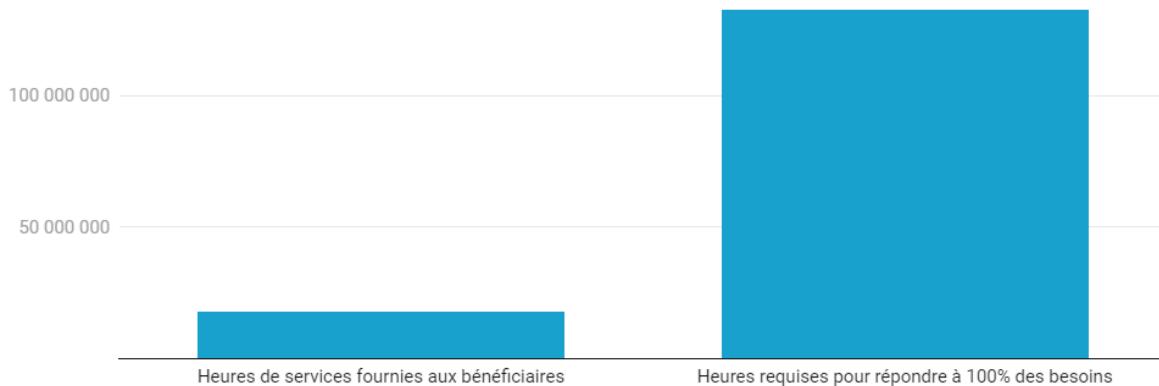


Figure 6. Nombre d'heures de services fournies versus nombre d'heures requises pour répondre aux besoins en services à domicile (Lavoie-Moore, 2023)

Les coupes budgétaires dans le secteur de la santé et des services sociaux entraînent un manque de personnel et une diminution de sa stabilité (Boudreau, 2021a). Le manque de personnel peut entraîner une augmentation de la charge de travail et un épuisement professionnel et nuire à la capacité des personnes intervenantes à offrir des soins bientraitants (Myrand, 2021). Le nombre de dossiers par personne intervenante augmente la charge de

travail et engendre le manque de temps pour l'intervention, entrant ainsi en conflit avec la bientraitance (Myrand, 2021).

Chaput-Richard (2024) soulève que les ruptures de services sont observées dans à peu près tous les secteurs. Selon lui, la réforme Dubé, qui a mené à la création de Santé Québec⁴, peut entraîner des conséquences sur les services sociaux, ce qui inclut le soutien à domicile. Selon Lavoie-Moore (2023), une grande partie du travail du personnel professionnel serait dédié aux déplacements et au travail administratif. Elle précise que la réforme Dubé peut aggraver ces problèmes en créant une structure hypercentralisée qui distribue des services sur de grands territoires à desservir.

5.1.3 Le mésosystème : l'influence de l'environnement organisationnel sur l'approche de la bientraitance

Le mésosystème englobe les interactions entre différents contextes dans la vie d'une personne et se manifeste à travers les relations entre les personnes professionnelles, les organisations et les personnes ainées, les familles et les proches. L'étude démontre que les personnes participantes visent à créer une cohérence et une coordination entre ces différents contextes. Beaulieu et Le Borgne-Uguen (2022) soulèvent que les interactions peuvent être positives, favorisant l'autonomie et la qualité de vie, ou négatives, contribuant à la maltraitance et à l'isolement.

5.1.3.1 L'environnement organisationnel du SAD

Le mésosystème représente également l'environnement organisationnel des services de soutien à domicile fondé sur des valeurs bientraitantes de respect, d'autonomie, de partenariat et d'équité, avec une culture axée sur la personnalisation des services et la prise en compte de la personne dans sa globalité et son environnement (MSSS, 2023a). Les

⁴ Les entretiens de recherche ont été réalisés avant l'arrivée de Santé Québec.

personnes participantes insistent sur l'importance de ces valeurs et les associent avec une approche bientraitante.

L'écosystème du soutien à domicile est complexe, avec une multitude de programmes et de prestataires de services (CSBE, 2023b). Cette complexité rend difficile la compréhension du système, tant pour les personnes qui demandent des services que pour les personnes professionnelles. Cette complexité est confirmée par les personnes participantes qui expriment des difficultés à coordonner les différents services et à s'y retrouver dans les méandres administratifs. Par conséquent, l'environnement organisationnel influence, de façon significative, l'implantation de la bientraitance, en raison de la complexité des interactions entre les personnes professionnelles et les structures. Bien que la bientraitance soit considérée comme une valeur fondamentale, les personnes participantes identifient que son application rencontre des obstacles.

Les CLSC sont responsables de l'organisation des services de SAD, mais peuvent être confrontés à des défis en raison des ressources limitées et des besoins grandissants. Ils sont responsables d'offrir des services à domicile aux personnes ayant une incapacité, contribuant ainsi à leur maintien dans la communauté. Ces services comprennent, entre autres, l'aide à domicile (entretien ménager, préparation de repas, soins personnels), le prêt d'équipements et certains soins médicaux (Smithman et al., 2023). Les CLSC ont aussi le mandat d'orienter la population vers les ressources appropriées de leur territoire. Ils agissent comme une porte d'entrée psychosociale (Martin, 2023). La culture de la performance et de la rationalisation dans les SAD peut engendrer de la maltraitance organisationnelle. Cette maltraitance organisationnelle se manifeste lorsque les organisations créent ou tolèrent des situations préjudiciables qui compromettent l'exercice des droits des personnes (Drolet et Ruest, 2023). Les pratiques organisationnelles peuvent parfois être maltraitantes et âgistes. Les personnes intervenantes, témoins de ces dysfonctionnements, peuvent, à leur tour, devenir plus à risque d'adopter des comportements maltraitants (Drolet et Ruest, 2023). Des dynamiques organisationnelles déficientes telles que le manque de coordination, des pratiques de gestion inadéquates ou un manque de reconnaissance envers les personnes professionnelles peuvent

créer des environnements propices à la maltraitance. Les personnes participantes expriment le besoin de changements importants dans les services de soutien à domicile. Elles mettent en évidence le manque de coordination entre les différentes personnes impliquées, le manque de ressources et les délais administratifs qui nuisent à la qualité des services. Elles estiment qu'il est nécessaire de donner plus de temps aux personnes professionnelles pour offrir un suivi adéquat et mettre en place des pratiques plus humaines et personnalisées. Certaines soulignent qu'elles sont parfois contraintes de faire des choix qui peuvent être considérés comme de la maltraitance organisationnelle, en raison du manque de temps et de ressources.

Par ailleurs, l'environnement organisationnel du SAD est fortement influencé par les réalités régionales. Cette interaction a des implications sur la mise en place de la bientraitance. Il existe une grande variabilité dans l'offre de services entre les régions du Québec (CSBE, 2023d). Cette variabilité se manifeste par des différences dans l'importance relative de chacun des programmes de l'écosystème SAD, témoignant de réalités territoriales et de modes d'organisation diversifiés (CSBE, 2023c). Par exemple, certaines régions peuvent offrir plus de services à moins de personnes, tandis que d'autres desservent plus de personnes avec moins de services (CSBE, 2023d). Les régions éloignées bénéficient généralement de ressources accrues pour les soins à domicile, en grande partie en raison d'une population vieillissante plus importante et de l'étendue de leur territoire. Ces inégalités interrégionales et intrarégionales peuvent compromettre l'équité et l'accès aux services, facteurs importants pour la bientraitance. Cependant, des inégalités persistent en matière d'accès, avec des « trous de services », particulièrement en région rurale (CSBE, 2023b). Les personnes participantes remarquent un manque de continuité dans la prestation des services, en particulier lors des transitions entre les différents milieux (hôpital, domicile, résidence). Les services peuvent être interrompus ou mal coordonnés, ce qui peut entraîner des ruptures dans la prise en charge des personnes ainées et de leur famille.

En somme, l'analyse des résultats de l'étude fait ressortir un écart entre les valeurs affichées par l'organisation et les pratiques concrètes, en raison des contraintes structurelles et organisationnelles.

5.1.3.2 La communication et la collaboration interprofessionnelle

Les résultats obtenus soulignent l'importance de la communication, tant au niveau des interventions auprès des personnes ainées qu'au sein des équipes de travail et avec les familles. La communication n'est pas uniquement un outil de travail, mais un élément central de la culture de bientraitance. Les personnes participantes nomment la nécessité d'une communication respectueuse, bienveillante et empathique avec les personnes ainées. Elles soulèvent l'importance de prendre le temps d'écouter leurs besoins, leurs préoccupations et leurs volontés. Cette écoute active permet de construire une relation de confiance. Elles soulignent l'importance d'une communication claire, transparente et adaptée aux capacités de compréhension de la personne. Elles mentionnent qu'il est essentiel de partager les informations et les observations avec les autres personnes professionnelles impliquées dans le suivi de la personne ainée (personnel infirmier, ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc.) afin d'assurer la cohérence et la qualité des services. La communication est également vue comme un outil de sensibilisation auprès de l'ensemble de la société. Certaines personnes participantes estiment qu'il est important de parler du vieillissement, de la bientraitance et des besoins des personnes ainées afin de changer les mentalités et de lutter contre l'âgisme. La recension des écrits révèle que la communication est au cœur du développement d'une culture de bientraitance (ANESM, 2016; MSSS, 2023b; Monfort et al., 2018; Myrand, 2021; Rouiller, 2022). Dans son mémoire de maîtrise, Rouiller (2022) mentionne qu'une bonne communication entre les personnes professionnelles et la famille permet de mieux comprendre les besoins et les préférences de la personne ainée, ce qui améliore la qualité des soins prodigués. La famille, en fournissant des informations importantes sur la personne ainée, contribue à des interventions plus adaptées et personnalisées. L'auteure souligne que l'efficacité de la communication augmente la participation de la personne ainée dans son parcours de soins. D'ailleurs, les travaux de Monfort et ses collègues (2018) vont dans le même sens. Ils affirment qu'une communication appropriée est essentielle, non seulement pour maintenir la dignité des personnes ainées, mais aussi pour garantir des « prises en charge plus efficaces » (p. 399). Ils soulignent, également, que les personnes ainées dépendantes

doivent être soutenues en fonction de leurs difficultés spécifiques pour pouvoir exprimer leurs souhaits et leurs opinions.

Une bonne communication facilite la collaboration entre les personnes professionnelles de différentes disciplines. Les personnes participantes soulignent l'importance de mettre en commun les expertises de chaque discipline afin d'offrir une prise en charge globale et cohérente des personnes ainées. Cette collaboration interprofessionnelle (CIP) permet d'aborder les situations sous différents angles et de mieux comprendre les besoins et les défis des personnes ainées. Elles mentionnent que lorsqu'un dossier devient plus biomédical, elles apprécient que le personnel infirmier et les médecins puissent échanger avec elles, tout comme ceux-ci collaborent avec elles lorsque les dossiers nécessitent une approche psychosociale. Les personnes participantes travaillent aussi en collaboration avec le personnel des résidences. Elles considèrent les résidences comme des partenaires dans le processus d'accompagnement des ainées, afin d'assurer la continuité des soins et des services, et pour s'assurer que le milieu de vie est adapté aux besoins des personnes résidentes. La collaboration avec la résidence permet aussi d'intervenir auprès du personnel lorsque des situations de maltraitance sont rapportées par les personnes ainées. De plus, les personnes participantes reconnaissent l'importance de la collaboration intersectorielle, notamment avec les centres locaux d'emploi, les chambres de commerce et les municipalités, afin de mettre en place des actions concertées pour favoriser le bien-être des personnes ainées.

Delli-Celli et ses collègues (2022) soulèvent que de nombreuses études scientifiques soulignent l'importance des pratiques collaboratives interprofessionnelles pour mieux gérer la complexité des situations cliniques. Les besoins des personnes ainées sont souvent complexes et ne peuvent être pleinement satisfaits par une seule discipline (Couturier et Belzile, 2018). La CIP ne se limite pas à la coordination des soins, mais prend également en compte le contexte dans lequel évolue la personne ainée incluant l'environnement social, les préférences individuelles, la culture et les conditions de vie. En travaillant ensemble, les personnes professionnelles partagent la responsabilité des soins, ce qui permet de réduire la pression sur les personnes intervenantes et d'améliorer la qualité des

services. La collaboration interprofessionnelle permet d'échanger sur des observations, des difficultés, des questionnements et de partager des compétences (MSSS, 2023a). Couturier et Belzile, (2018) mentionnent que la collaboration interprofessionnelle est reconnue pour sa « plus-value » dans le domaine de la santé et des services sociaux. Elle est liée, entre autres, à la prévention de l'épuisement professionnel, à la satisfaction au travail, à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une condition favorable à l'amélioration continue des systèmes de santé et de services sociaux. La communication et la collaboration interprofessionnelle favorisent donc un environnement de travail bientraitant où les personnes professionnelles se sentent écoutées et soutenues. De plus, l'organisation du travail, les relations hiérarchiques adaptées et la reconnaissance des personnes professionnelles sont aussi des facteurs qui favorisent la bientraitance (Éthier et al., 2021).

5.1.3.3 Coordination et disponibilité des ressources

Les personnes participantes réalisent la coordination des services entre les différents microsystèmes incluant l'accès aux soins médicaux, aux services d'aide à domicile, aux transports, aux activités de loisirs et aux groupes de soutien. Selon Spitzer et Davidson (2013) et Tukino (2023), les personnes professionnelles en travail social aident à gérer les systèmes complexes et à obtenir les ressources nécessaires pour répondre aux besoins de la personne aidée. Elles s'assurent que les environnements de la personne ainée s'adaptent à ses besoins. Plusieurs enjeux liés à la coordination et à la disponibilité des ressources qui ont un impact direct sur la bientraitance se dégagent de l'analyse des résultats de l'étude. La nécessité d'une approche systémique pour résoudre ces problèmes, avec une meilleure organisation des services et une plus grande collaboration entre toutes les personnes concernées du réseau sont des éléments qui ressortent. Le manque de reconnaissance de l'expertise des personnes intervenantes et la compréhension des mandats de chacun sont des défis fréquemment cités.

Le manque d'intégration entre les services de SAD et les services professionnels de santé, ainsi que le travail en silo, nuisent à la continuité des soins et à la qualité des

services (Janvier, 2023). La complexité de l'écosystème du SAD, qui implique les différents secteurs publics, privés et communautaires, rend difficile la collaboration et la coordination (CSBE, 2023b). En constante transformation, les instances locales et régionales peuvent engendrer une perte d'information sur les différentes personnes intervenantes (CSBE, 2023b). Les personnes professionnelles en SAD, particulièrement en région rurale, sont confrontées à des difficultés liées à la disponibilité des ressources. Ces conditions peuvent influencer la qualité des soins et des services offerts et mettre à rude épreuve la capacité des personnes intervenantes à offrir une approche bientraitante.

5.1.4 Le microsystème : l'environnement immédiat

Le microsystème se réfère à l'environnement immédiat de la personne professionnelle en travail social au soutien à domicile, incluant les pratiques de son milieu de travail. Il englobe les interactions directes et quotidiennes que la personne a dans son environnement de travail telles que les rencontres individuelles et les interactions directes avec les personnes ainées et leurs familles, les réunions avec des collègues pour discuter des cas, échanger des idées et des stratégies d'intervention. Il inclut aussi les réunions de supervision, les évaluations de performance et les discussions de soutien professionnel.

Les rôles exercés au soutien à domicile nommés par les personnes participantes de l'étude corroborent les écrits existants. Tukino (2023) précise que les personnes professionnelles en travail social exercent un rôle clé dans l'évaluation des besoins complexes des personnes ainées, qu'ils soient d'ordre médical, social, émotionnel ou financier. L'auteur mentionne qu'elles doivent avoir une compréhension approfondie des maladies chroniques, des limitations physiques, de l'isolement social et des difficultés économiques auxquelles les personnes ainées sont confrontées. Il ajoute que les personnes professionnelles agissent comme coordinatrices de soins en s'assurant que les personnes reçoivent les services et le soutien nécessaires. La collaboration avec des équipes multidisciplinaires, notamment des médecins et d'autres personnes professionnelles de la santé et des services sociaux, garantit une approche globale. De plus, les personnes professionnelles en travail social offrent un

soutien émotionnel aux personnes ainées, en particulier celles qui souffrent d'isolement social, de solitude, de dépression ou de stress (Tukino, 2023). Elles utilisent des approches psychosociales pour les aider à faire face aux défis émotionnels liés à l'âge, à la maladie et à la perte. De plus, elles fournissent une éducation et des informations essentielles aux personnes ainées et à leurs familles concernant les maladies, les traitements, les services disponibles et les stratégies d'adaptation. De plus, Spitzer et Davidson (2013) indiquent que les personnes professionnelles de cette discipline peuvent agir comme médiatrices et plaider en faveur de leur clientèle auprès des différents systèmes et organisations. Elles sont particulièrement attentives aux situations d'âgisme et cherchent à promouvoir une vision positive du vieillissement (Berg-Weger et Morley, 2020). Tukino (2023) mentionne que les personnes professionnelles en travail social collaborent étroitement avec d'autres disciplines professionnelles de la santé, des familles, des personnes proches aidantes et des organisations communautaires pour assurer des soins complets et coordonnés. Celles-ci doivent être capables de s'adapter aux nouvelles approches de prestation de services pour répondre aux besoins des personnes ainées.

5.1.4.1 Les enjeux pour l'application de la bientraitance au SAD

Les personnes professionnelles en travail social au soutien à domicile font face à divers défis qui peuvent influencer la qualité de leurs interventions et la mise en place des principes de bientraitance. Plusieurs personnes interrogées dans cette étude ont mentionné la nécessité d'être bien traitées elles-mêmes pour offrir une approche de la bientraitance auprès des personnes ainées. La bientraitance est perçue comme une valeur intrinsèque au travail social, et non comme un simple concept à appliquer. La bientraitance doit aussi s'exprimer à travers les relations entre collègues et dans la façon dont l'organisation traite son personnel.

LES ENJEUX LIÉS AUX CONDITIONS DE TRAVAIL

L'analyse des résultats met en lumière plusieurs enjeux liés aux conditions de travail qui concordent avec la recension des écrits. Dans son essai de mémoire,

Pomar-Chiquette (2019) soulève que les personnes professionnelles manquent souvent de temps pour mettre en œuvre des pratiques bientraitantes. Cette contrainte de temps peut conduire à des situations où les objectifs quantitatifs priment sur la qualité des services. Elle ajoute qu'une charge de travail élevée peut rendre difficile l'adoption de pratiques bientraitantes, en raison des contraintes organisationnelles. De plus, la surcharge de travail et l'impossibilité d'exprimer des difficultés peuvent entraîner de la souffrance psychologique, de la détresse éthique, de l'épuisement professionnel et, même, des problèmes de santé mentale (Bourque et al., 2023 ; Drolet et al., 2021). D'ailleurs, l'intégration de nouvelles approches, comme la bientraitance, peut parfois être perçue comme un fardeau, ajoutant des tâches supplémentaires.

Les établissements sont soumis à des contraintes budgétaires qui peuvent limiter les investissements nécessaires pour favoriser la bientraitance (Bourgès, 2022, Éthier et al., 2021 ; Pomar-Chiquette (2019). Ce manque de ressources financières peut se traduire par un manque de personnel, de temps et de moyens (ex. : manque d'équipement) pour répondre aux besoins des personnes ainées. Si on considère que plus de 90 % du budget de la santé est dédié aux médicaments et aux actes médicaux (Drolet et al., 2021), cela laisse peu de moyens pour répondre aux autres besoins des personnes ainées. Par conséquent, le manque de financement affecte la qualité des services, car il peut causer un accès limité aux soins et services à domicile et à un manque de personnel qui compromet le maintien des personnes ainées dans leur milieu de vie.

Les résultats de l'étude permettent également de dégager les avantages de la bientraitance et de souligner la nécessité de mettre en place des conditions de travail favorables pour pouvoir l'intégrer pleinement dans leur pratique et, ainsi, mieux répondre aux besoins des personnes ainées. Si les personnes participantes sont conscientes que la bientraitance doit s'appliquer à tous les niveaux, y compris à elles-mêmes, elles estiment que des conditions de travail saines, une charge de travail raisonnable et un soutien adéquat sont essentiels pour leur propre bien-être et pour leur capacité à offrir des services de qualité aux

personnes ainées. Le besoin d'être considérées comme des personnes à part entière et que la bientraitance s'applique aussi à leur égard ressort également.

LES ENJEUX LIES A LA GESTION AXEE SUR LE CONTROLE ET LA PRODUCTIVITE

Des liens entre la bientraitance et les enjeux liés à une gestion axée sur le contrôle et la productivité ressortent de l'analyse des entretiens de recherche. Les personnes participantes perçoivent que cette approche de gestion, axée sur les résultats et l'efficacité, entre souvent en conflit avec les valeurs et les pratiques de la bientraitance. Elles dénoncent que la gestion axée sur le contrôle et la productivité peut créer des impacts négatifs chez les personnes professionnelles en travail social qui doivent choisir entre offrir des services bientraitants et répondre aux objectifs quantitatifs de l'organisation. Les exigences administratives et les procédures complexes augmentent la charge de travail et les détournent de leur mission d'accompagnement.

La littérature établit des liens entre le soutien à domicile et la Nouvelle Gestion Publique (NGP), montrant comment cette dernière influence l'organisation et la prestation des services à domicile (Bourque et al., 2023). « La notion de Nouvelle Gestion Publique (NGP) constitue l'élément principal des réformes initiées par les gouvernements depuis plusieurs années [...] » (Bourque et al., 2023, p. 257). La NGP est présentée comme une approche de gestion mettant l'accent sur l'atteinte de résultats, l'imputabilité des services et la performance (Drolet et al., 2021). L'un des problèmes relevés avec la NGP concerne la logique bureaucratique qui entre en conflit avec la logique professionnelle prédominante dans les rapports sociaux avant son introduction (Drolet et al., 2021). Le *Lean management*, l'un des modèles de la NPG qui est principalement utilisé dans le réseau de la santé et des services sociaux depuis les années 2000, a entraîné une uniformisation des pratiques, une accélération du rythme de travail et une exigence accrue de performance (Bourque et al., 2023). En d'autres termes, il s'agit de travailler plus rapidement et de produire davantage afin de réduire les coûts. La pression à atteindre ces objectifs peut être une source de stress. Selon l'OTSTCFQ (2024), environ 16 % des personnes professionnelles en travail

social du Québec envisagent de quitter leur profession dans les deux prochaines années. La lourdeur bureaucratique et la charge de travail sont les principaux facteurs contribuant à un niveau de satisfaction au travail significativement plus bas dans le réseau public de la santé et des services sociaux. Elles sont plus nombreuses que la moyenne des travailleurs et des travailleuses de la province à éprouver un niveau de stress élevé lié au travail.

Les personnes professionnelles vivent des dilemmes éthiques et de la détresse au travail en raison des contradictions entre les exigences de la NGP et leurs valeurs professionnelles. Les recherches démontrent qu'elles ont l'impression que leur expertise et leur jugement professionnel sont dévalués par une approche de gestion axée sur la performance et les protocoles standardisés. Elles entrent souvent en opposition aux normes institutionnelles en regard de la reddition de comptes et elles sont régulièrement en surcharge de travail. De plus, elles se font imposer des pratiques, allant parfois à l'encontre de leur code de déontologie (Bourque et al., 2023; Grenier et Bourque, 2018). Dans ce contexte, la promotion de la bientraitance peut engendrer un sentiment de culpabilité chez les personnes intervenantes si elles perçoivent qu'elles n'en font pas assez, ce qui peut mener à une démobilisation de leur part (Boudreau, 2021a).

5.1.5 L'ontosystème : les personnes participantes au centre du processus

L'analyse des données sociodémographiques et du développement professionnel des personnes participantes démontre un profil diversifié. Cette section examine l'ontosystème, c'est-à-dire l'ensemble de leurs expériences et influences personnelles et professionnelles.

5.1.5.1 Caractéristiques individuelles des personnes participantes

Les données sociodémographiques présentent une diversité d'âges avec une moyenne de 33,8 ans et une expérience variable en travail social, allant de 1,5 an à 29,5 ans. Certaines ont commencé leur pratique auprès des personnes ainées dès la fin de leurs études, tandis que d'autres ont exploré différents domaines. Plusieurs ont exercé dans divers milieux tels que les hôpitaux, les centres de réadaptation, les CHSLD et les services de santé mentale, ce qui

souligne la polyvalence de leurs compétences. Bouchard (2022) souligne que les niveaux d'expérience variés influencent la perception et la compréhension des pratiques et des défis au sein d'une organisation. Les personnes intervenantes plus anciennes ayant vécu les réformes de l'organisation au fil du temps ont plus de chances de ressentir les impacts positifs, car elles sont plus susceptibles de s'appuyer sur des méthodes qui ont déjà fait leurs preuves. À l'inverse, les personnes nouvellement arrivées en emploi sont plus ouvertes au changement et, donc, plus susceptibles d'introduire des approches innovantes. Par conséquent, la diversité, qu'elle soit démographique (comme l'âge et l'expérience) ou cognitive (basée sur des compétences et des perspectives variées), est un facteur de créativité et d'innovation (Bouchard, 2022; Bruna et Chauvet, 2013). Selon Bruna et Chauvet (2013), les personnes les plus expérimentées peuvent servir de mentors aux moins expérimentées en partageant leurs connaissances et leur expertise. Les auteurs décrivent le mentorat comme une pratique qui permet à l'organisation de tirer un profit supérieur des compétences et du potentiel de toutes les personnes impliquées, car le partage de connaissances facilite la formation continue et le développement des compétences au sein de l'équipe.

5.1.5.2 Comprendre l'engagement des personnes participantes : un regard sur leurs motivations

L'étude révèle que les personnes participantes ont choisi le travail social en étant animées par un désir d'aider les autres, en particulier les personnes vulnérables, et de contribuer à une société plus juste et bientraitante. Ce désir est souligné dans la littérature comme une composante de la motivation. La motivation est un concept complexe qui est influencé par de nombreux facteurs, notamment la perception d'autonomie, de compétence et de lien social, leurs objectifs, leurs valeurs, les défis qu'elles rencontrent dans leur travail et l'environnement de travail dans lequel elles évoluent (Ryan et Deci, 2020). Les objectifs axés sur la performance peuvent être perçus comme des contrôles ou des pressions et réduire la motivation. La littérature sur la motivation, en particulier la théorie de l'autodétermination, peut fournir un cadre utile pour comprendre et améliorer la motivation des personnes participantes. Selon Di Domenico et Ryan (2017), la motivation intrinsèque intégrée dans la

théorie de l'autodétermination « fait référence aux tendances spontanées des gens à être curieux et intéressés, à rechercher des défis et à exercer et développer leurs compétences et leurs connaissances, même en l'absence de récompenses » (p. 145). L'autodétermination qui désigne la capacité de choisir et de prendre des décisions implique qu'une personne exerce une activité, parce qu'elle en ressent du plaisir et de la satisfaction sans pression extérieure. Sansone et Tang (2021) soulèvent que la motivation extrinsèque peut favoriser le bien-être psychologique lorsqu'elle provient de valeurs auxquelles la personne s'identifie ou qui sont pleinement intégrées à la personne, même si la personne n'était pas intrinsèquement motivée au départ. Les expériences et les rencontres ont orienté et consolidé leur choix professionnel. Les motivations intrinsèques (désir d'aider, valeurs personnelles, expériences) et extrinsèques (influence des proches, reconnaissance des pairs) sont cohérentes avec les concepts de motivation décrits dans la littérature.

5.1.5.3 Formations préparant à intervenir auprès des personnes ainées

Plusieurs personnes participantes ont exprimé que la formation universitaire en travail social est trop théorique et qu'il faut un apprentissage sur le terrain pour mettre en application les connaissances acquises. La formation est un passage obligatoire pour s'assurer que la bientraitance soit intégrée aux pratiques. La bientraitance peut être perçue comme un concept relatif, ambigu, voire abstrait, et il peut y avoir une confusion entre « bientraitance » et « maltraitance », ce qui peut être une source de malentendus et de souffrance pour les personnes professionnelles (Bourgès, 2022).

Spitzer et Davidson (2013) soulignent l'importance d'une formation spécialisée pour les personnes professionnelles en travail social. Ils nomment qu'une grande partie d'entre elles qui interagissent auprès des personnes ainées manquent de formation spécifique en gérontologie, malgré une augmentation des besoins. Selon eux, il existe un besoin de renforcer les compétences en gérontologie dans les programmes de formation en travail social. Ils soulèvent que les établissements de formation doivent évaluer et mettre à jour, en permanence, leur base de connaissances et leur programme d'études pour répondre aux

besoins contemporains. La formation en travail social doit s'adapter à l'évolution du contexte des soins de santé, des changements démographiques, des avancées technologiques et des nouveaux modèles de prestation de services. La formation en travail social doit être axée sur l'acquisition de compétences spécialisées et la capacité à s'adapter à un environnement en évolution. D'ailleurs, intégrer des stages dans des milieux variés offre aux personnes étudiantes l'opportunité d'acquérir une expérience pratique concrète en travaillant directement avec des personnes ainées, des familles et d'autres disciplines professionnelles de la santé. Les stages permettent de mettre en pratique les connaissances acquises en classe dans des situations réelles et, ainsi, développer les compétences professionnelles. Par ailleurs, les formations doivent axer également sur la collaboration transdisciplinaire, l'utilisation de données probantes, ainsi que la maîtrise des outils technologiques et la préparation aux défis spécifiques du vieillissement de la population (Spitzer et Davidson, 2013).

5.1.5.4 Valeurs, croyances et attitudes des personnes participantes face au vieillissement démographique

L'analyse des valeurs, des croyances et des attitudes des personnes participantes révèle les principes qui guident leur pratique. Les propos des personnes participantes trouvent une résonance dans la littérature qui souligne, de façon similaire, les préoccupations et les défis associés à la population vieillissante. Spitzer et Davidson (2013) relèvent l'importance, pour les personnes professionnelles en travail social, de maintenir un engagement envers une perspective axée sur les forces, le respect de la dignité et des droits, la justice sociale et l'amélioration de la qualité de vie. Ils ajoutent qu'elles doivent également faire preuve de sensibilité, de compassion et de rationalité dans leur pratique. Dans son mémoire de maîtrise, Genece (2021) soulève que les personnes professionnelles en travail social peuvent avoir leurs propres peurs et préjugés concernant le vieillissement, ce qui peut influencer leur perception. Selon elle, il est important qu'elles soient conscientes de leurs propres attitudes et croyances à l'égard du vieillissement et qu'elles travaillent à surmonter les préjugés en acceptant les différences culturelles, sociales et individuelles des personnes ainées pour adapter la pratique à leurs besoins. De plus, la pandémie de COVID-19 a mis en évidence

une augmentation de l'âgisme, ce qui souligne la nécessité, pour les personnes professionnelles en travail social, de contrer ces préjugés (Berg-Weger et Morley, 2020).

5.2 LA BIENTRAITANCE : UN CONCEPT TRANSVERSAL

Bien que le Québec mette l'accent sur l'intervention bientraitante auprès des personnes vulnérables, son application auprès des personnes ainées demeure fragmentaire. L'intégration des six dimensions de la bientraitance (individuelle, relationnelle, collective, organisationnelle, sociétale et éthique) apparaît essentielle pour répondre aux besoins complexes des personnes ainées. La figure 7 présente les six dimensions de la bientraitance qui sont soulevées dans la littérature.

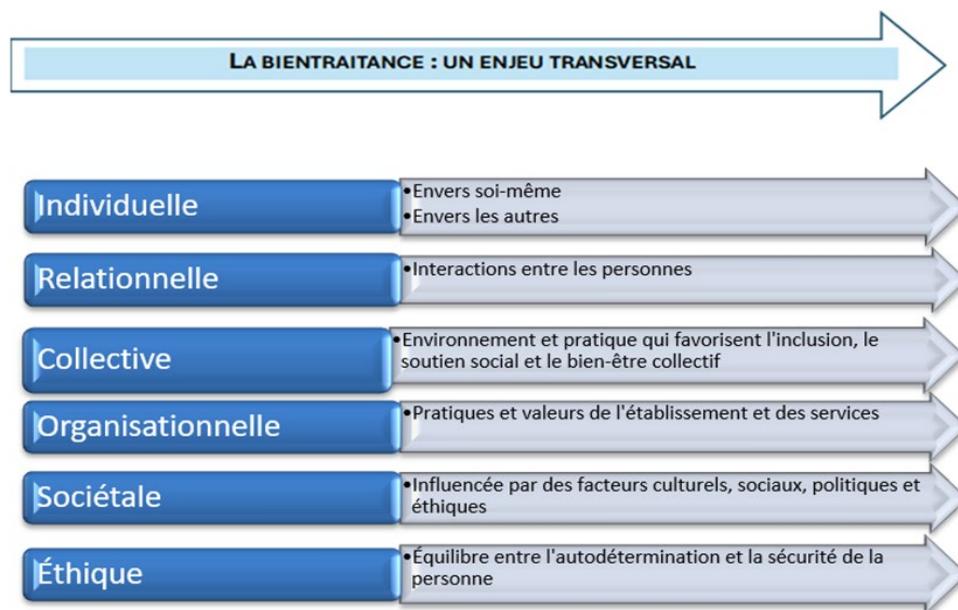


Figure 7. Les six dimensions de la bientraitance soulevées dans la littérature (Héon, 2025)

Ces six dimensions soulignent que la bientraitance n'est pas un concept monolithique, mais plutôt un ensemble d'aspects interreliés. Cette complexité est rarement explicitée de cette façon dans les écrits qui se concentrent souvent sur seulement un ou deux aspects. Cette interprétation est renforcée par le fait que les définitions européennes englobent le bien-être des diverses personnes avec lesquelles elle interagit et suggère que la bientraitance doit être

considérée dans son ensemble et de façon transversale. La recension des écrits et la réalité vécue par les personnes participantes ont permis de faire ressortir ces six dimensions qui étaient éparses dans la littérature. Ce faisant, la présente étude contribue à structurer le concept de la bientraitance et illustre comment les dimensions interagissent et s'influencent mutuellement, ce qui renforce la pertinence de les considérer de façon intégrée afin de permettre de passer d'une compréhension théorique à une approche pratique et contextualisée. L'analyse des résultats a permis de comprendre le travail, les valeurs et motivations des personnes professionnelles (dimension individuelle). Elle a fait ressortir les interactions entre les personnes professionnelles et les personnes ainées ainsi qu'avec les familles et les autres personnes actrices du réseau (dimension relationnelle), en plus de souligner le rôle de la responsabilité de toutes les personnes concernées pour une culture de bientraitance (dimension collective). L'analyse a démontré comment les conditions de travail et les pratiques institutionnelles influencent la mise en œuvre de la bientraitance (dimension organisationnelle). Elle a permis de considérer les influences culturelles, sociales, politiques et éthiques sur la pratique de la bientraitance (dimension sociétale). Pour sa part, la dimension éthique a fait ressortir la nécessité d'un équilibre entre la protection et l'autonomie de la personne.

En considérant ces dimensions, l'étudiante chercheuse a analysé les interactions entre les niveaux individuel, organisationnel et sociétal avec une approche plus exhaustive. Cette approche a permis de démontrer comment la bientraitance est influencée par des facteurs à plusieurs niveaux (ontosystème, microsystème, mésosystème, exosystème et macrosystème). L'analyse révèle que la bientraitance n'est pas une notion simple et que son application demande une compréhension holistique. Cette perspective renforce la nécessité de considérer le phénomène de façon globale et intégrée, et non de façon fragmentée, comme il est souvent présenté dans les écrits existants. Les organisations doivent prendre en compte de toutes ces dimensions si elles souhaitent implanter une culture de bientraitance. En allant au-delà de la simple synthèse de la littérature existante, le rôle de l'étudiante chercheuse a été de faire la synthèse de toutes ces dimensions pour faire avancer les connaissances sur le sujet et apporter la contribution des personnes participantes qui souhaitent améliorer les pratiques en travail

social et les conditions de pratiques au SAD. Par conséquent, la mise en évidence des six dimensions de la bientraitance a enrichi l'analyse inspirée du modèle bioécologique de Bronfenbrenner.

5.3 APPORTS ET LIMITES DE LA RECHERCHE

La présente recherche apporte une meilleure compréhension et génère des connaissances sur le concept de la bientraitance. L'étude permet d'identifier les enjeux rencontrés par les personnes participantes dans l'application de l'approche de la bientraitance dans la pratique du travail social en soutien à domicile. Les résultats peuvent servir de source d'informations aux personnes chercheuses qui désirent mener de futures études sur le sujet. Cette recherche aura également des retombées pour les personnes participantes, puisque plusieurs ont verbalisé que la participation à l'étude avait permis une réflexion sur leurs propres pratiques. Elle a aussi contribué à créer un espace pour verbaliser leurs préoccupations et partager leurs expériences. Également, elle a révélé les enjeux liés à la complexité des situations et aux difficultés rencontrées auprès de la clientèle ainée.

Bien que les données obtenues soient intéressantes et apportent de nouvelles connaissances, il est important d'indiquer certaines limites. Le caractère exploratoire de l'étude et la taille de l'échantillon ne permettent pas de généraliser les résultats. De plus, les résultats de l'étude sont spécifiques au contexte du Bas-Saint-Laurent et aux personnes professionnelles en travail social, ce qui peut limiter la transférabilité à d'autres contextes ou professions. De plus, le faible taux de réponses peut s'expliquer, au moins en partie, par le manque de personnel, la surcharge de travail de même que le contexte pandémique et postpandémique de la COVID-19. Une autre limite concerne plus spécifiquement l'objet d'étude. Il est possible que les personnes qui ont accepté de participer à la recherche soient des personnes professionnelles ayant un intérêt pour la question et ayant un préjugé favorable à l'égard de la bientraitance. Bien que l'étude explore la compréhension de la bientraitance, plusieurs personnes participantes ont exprimé un manque de connaissances sur le sujet. De

plus, l'utilisation d'une vignette clinique a permis de diminuer l'impact de la désirabilité sociale sur les résultats, mais ce biais ne peut être complètement exclu.

5.4 PERSPECTIVES POUR DES RECHERCHES FUTURES

Cette étude ouvre de nombreuses perspectives pour des recherches futures qui pourraient permettre d'approfondir la compréhension de la bientraitance, d'améliorer les pratiques professionnelles et de favoriser le bien-être des personnes concernées. La recherche soulève la nécessité de poursuivre les efforts pour promouvoir la bientraitance dans tous les milieux. Les résultats mettent en évidence que l'environnement organisationnel a un impact sur la capacité des personnes professionnelles à appliquer l'approche de la bientraitance et, donc, un impact direct sur la qualité des services offerts aux personnes ainées. Des recherches pourraient examiner plus en détails les facteurs organisationnels qui entravent l'implantation de la bientraitance tels que le manque de temps, la lourdeur des tâches administratives ou le manque de ressources et proposer des pistes de solutions pour surmonter ces obstacles. Elles pourraient explorer comment créer un environnement de travail qui favorise la bientraitance, tout en tenant compte de tous les obstacles qui ne peuvent être modifiés. Ces études pourraient explorer l'impact de la pénurie de personnel sur la qualité des services offerts aux personnes ainées et sur la capacité des personnes intervenantes à appliquer les principes de la bientraitance.

L'étude démontre qu'il est important d'adapter le concept de la bientraitance à la réalité régionale. L'implantation de la bientraitance ne peut pas être uniforme, car elle doit tenir compte des particularités de chaque région, de ses ressources, de ses défis et des caractéristiques de la population (ex. : vieillissement démographique). Une approche adaptée permet de mieux répondre aux besoins spécifiques des personnes ainées et des personnes professionnelles en travail social. Des recherches pourraient être menées dans d'autres régions du Québec ou dans d'autres provinces, pour comparer les pratiques et les défis régionaux en matière de bientraitance. De plus, il serait intéressant de comparer les perspectives des personnes professionnelles en travail social avec celles d'autres domaines

disciplinaires de la santé et des services sociaux. Des recherches futures pourraient examiner l'impact de la mise en œuvre de pratiques bientraitantes sur le bien-être et la qualité de vie des personnes ainées, notamment en termes de réduction de la maltraitance et de maintien de l'autonomie. Il serait pertinent de mener des études longitudinales pour évaluer l'évolution des pratiques bientraitantes et leurs effets à long terme sur la santé et le bien-être des personnes ainées.

Les résultats de cette étude pourraient servir de base pour le développement d'outils visant à promouvoir la bientraitance individuelle, relationnelle, collective, organisationnelle, sociétale et éthique. Les recherches pourraient se pencher sur l'ensemble de ces dimensions de la bientraitance pour approfondir le concept.

5.5 LES PISTES DE REFLEXION POUR LE TRAVAIL SOCIAL

L'étudiante chercheuse retient des pistes de réflexion pour la pratique en travail social en s'appuyant sur les résultats obtenus et en tenant compte des limites de la recherche.

5.5.1 De l'écoute à l'action : un soutien organisationnel centré sur les besoins des personnes professionnelles en travail social

Les personnes participantes ont exprimé un sentiment d'impuissance face au manque d'écoute et de soutien de la part des instances supérieures de leur organisation. Elles déplorent que les décisions prises ne tiennent pas compte de la réalité du terrain et que leurs suggestions soient ignorées. Ce sentiment de ne pas être entendues influence leur capacité à intervenir efficacement. Une reconnaissance insuffisante de leur travail et le manque de soutien de la part de la hiérarchie peuvent avoir un impact sur la motivation (Ryan et Deci, 2020). L'amélioration de la communication entre les instances supérieures et les personnes intervenantes sur le terrain peut renforcer la compréhension mutuelle et favoriser un environnement bientraitant. Proposer des mécanismes réguliers de rétroaction et de consultation pour mieux intégrer les perspectives du terrain peut aussi favoriser le soutien organisationnel sur les interventions. Explorer les alternatives pour diminuer la lourdeur

administrative pour augmenter le temps d'intervention direct pour répondre aux besoins des personnes ainées peut aussi permettre aux personnes intervenantes de se sentir soutenues par l'organisation. Par exemple, questionner la pertinence de certains aspects administratifs ou valider si certaines démarches administratives doivent absolument être réalisées par les personnes professionnelles.

5.5.2 Du concept à la pratique de la bientraitance : outiller les personnes professionnelles en travail

L'étude révèle que les personnes professionnelles en travail social doivent constamment trouver l'équilibre entre le respect de l'autonomie de la personne ainée et la nécessité de la protéger. Le rôle des personnes professionnelles, tel que décrit par les personnes participantes, est d'être un soutien pour la personne ainée, de l'accompagner dans ses choix et de la protéger des dangers. Laisser une personne dans une situation de risque contredit cette approche et peut engendrer des sentiments de frustration, d'impuissance et de culpabilité chez les personnes intervenantes. Attendre qu'il arrive quelque chose avant d'agir est incompatible avec les principes de respect de l'autonomie, de la bientraitance et de la prévention. Adopter une approche proactive qui consiste à évaluer les risques, à anticiper les problèmes et à agir le plus tôt possible assure la sécurité et le bien-être de la personne, tout en respectant son autonomie. L'inaction, sous prétexte d'attendre une crise, peut être interprétée comme une forme de négligence et peut entraîner des conséquences néfastes pour les personnes vulnérables. Il est donc essentiel que les personnes professionnelles et les organisations soient conscientes de ces enjeux et qu'elles s'engagent à mettre en œuvre des pratiques fondées sur la bientraitance afin de trouver des solutions pour améliorer le système et permettre aux personnes professionnelles d'agir de façon proactive et bientraitante. La recherche d'un équilibre entre ces deux valeurs est un défi qui nécessite une réflexion éthique.

Le développement d'outils qui permet de trouver un équilibre entre ces deux impératifs, en tenant compte des particularités de chaque situation, semble à privilégier. Macleod et ses collègues (2023) ont réalisé une étude qui offre une perspective pratique et concrète sur la façon de résoudre le dilemme éthique entre autonomie et protection de la

personne en proposant un outil appelé Living with Risk : Decision Support Tool (LwR:DST). L'outil a été développé pour aider les personnes professionnelles de la santé à prendre des décisions plus éclairées en tenant compte à la fois des risques possibles et des préférences de la personne. Le LwR:DST propose une méthode structurée pour évaluer le risque de façon plus complète en considérant les aspects positifs et négatifs ainsi que la perspective de la personne. Il prend en compte la tolérance au risque de la personne et de la recherche des solutions qui respectent au mieux son autonomie tout en assurant un niveau de sécurité acceptable. L'outil est conçu dans cet esprit, en impliquant activement la personne ainée et ses proches, dans le processus de prise de décision. Cet outil aide à définir des compromis qui permettent à la personne de vivre de la façon la plus significative possible sans pour autant l'exposer à des risques inacceptables. Les résultats de l'étude suggèrent que l'utilisation du LwR:DST pourrait élargir la réflexion clinique des personnes professionnelles, structurer la prise de décision, améliorer la communication et augmenter la compétence et le confort en matière d'évaluation et de gestion des risques.

En outre, il existe déjà des outils pour favoriser une pratique bientraitante auprès des personnes ainées, dont l'*Outil réflexif sur l'intervention bientraitante destiné aux travailleurs sociaux du programme de soutien à domicile à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)* développé dans l'essai de maîtrise de Boudreau (2021b). Cet outil énumère plusieurs préalables ou conditions optimales liés à ce contexte de travail. Celui-ci peut permettre d'amorcer une réflexion sur la pratique et être un point de départ pour développer d'autres outils favorisant des pratiques axées sur la bientraitance, tout en ajoutant des éléments concrets ou proposer des alternatives pour composer aux réalités de contexte de travail moins optimal.

5.5.3 De la théorie à la pratique : une formation axée sur le vieillissement et la bientraitance

Plusieurs personnes participantes ont exprimé un manque de connaissances sur le concept de bientraitance, ce qui met en évidence la nécessité de renforcer la formation continue des personnes professionnelles sur le sujet. Il est important de développer des

formations spécifiques qui abordent non seulement les aspects théoriques, mais aussi les dimensions pratiques de la bientraitance, en tenant compte des spécificités de l'intervention auprès des personnes ainées. De plus, les formations devraient porter sur les aspects légaux, administratifs, relationnels et psychologiques. Il est aussi pertinent que les programmes de formation intègrent des contenus sur le vieillissement et la bientraitance dans leur cursus afin de sensibiliser les jeunes générations et les futures personnes professionnelles aux enjeux du vieillissement et de la réalité des interventions sur le terrain. Offrir des formations sur la bientraitance et sur les particularités de l'intervention auprès des personnes ainées permettrait également de sensibiliser les personnes intervenantes aux enjeux éthiques.

Globalement, cette étude a contribué à explorer l'approche de la bientraitance dans la pratique en travail social au soutien à domicile. Dans cette optique, elle a permis de mieux comprendre les facteurs qui favorisent ou contraignent l'application de l'approche de la bientraitance auprès des personnes ainées dans la pratique des personnes professionnelles en travail social. Elle a donné l'opportunité d'identifier les concordances entre la théorie liée à cette approche et la façon dont elle est comprise et appliquée actuellement dans la région du Bas-Saint-Laurent. Les résultats de cette recherche ont mis en perspective les connaissances déjà acquises par les personnes intervenantes et celles à considérer pour améliorer la pratique en contexte de protection des personnes ainées, le cas échéant. L'étude a confirmé le besoin d'accentuer les formations liées au vieillissement, à la maltraitance et à la bientraitance. En somme, l'ensemble de la démarche a permis de répondre aux objectifs de l'étude. Si les pistes de réflexion sont associées au travail social, elles pourront assurément trouver un écho et s'appliquer à d'autres professions (ex. : personnel infirmier, ergothérapeute, technique en travail social, technique en éducation spécialisée) de la santé et des services sociaux.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette recherche a permis d'explorer la compréhension de la bientraitance par les personnes professionnelles en travail social, en ressortant les défis et les enjeux rencontrés dans leur pratique au soutien à domicile. Elle a contribué à une meilleure compréhension des interactions complexes entre les niveaux individuel, organisationnel et sociétal. L'étude, en se basant sur le modèle bioécologique de Bronfenbrenner, a permis de répondre à la question de recherche en explorant la compréhension de la bientraitance par les personnes participantes et en analysant son impact sur leurs pratiques. Les résultats ont mis en lumière la complexité de l'intervention auprès des personnes ainées au soutien à domicile ainsi que la nécessité d'une approche globale qui prend en compte les différents systèmes dans lesquels évoluent les personnes participantes. Les résultats obtenus soulignent l'importance de soutenir et d'outiller les personnes professionnelles en travail social afin qu'elles puissent appliquer les valeurs de la bientraitance et offrir un accompagnement de qualité aux personnes ainées. Les résultats ont également démontré qu'elles accordent une grande importance à la bientraitance qu'elles considèrent comme faisant partie intégrante du travail social et comme étant une nécessité pour assurer le bien-être et la sécurité des personnes ainées. Elles l'associent à des valeurs fondamentales du travail social telles que le respect, l'autonomie, la dignité et l'empathie.

De nature exploratoire, la taille de l'échantillon ne permet pas de généraliser les résultats. D'ailleurs, les résultats spécifiques au contexte du Bas-Saint-Laurent et aux personnes professionnelles en travail social limitent leur transférabilité à d'autres contextes ou professions. De plus, le faible taux de réponses peut s'expliquer par le manque de personnel et la surcharge de travail ainsi que par le contexte pandémique et postpandémique. Il est aussi possible que les personnes qui ont participé à l'étude aient un intérêt particulier pour la question de la bientraitance, ce qui peut biaiser les résultats. Par ailleurs, plusieurs

personnes participantes ont exprimé un manque de connaissances sur le concept de bientraitance, ce qui peut également influencer les données recueillies dans cette étude.

En revanche, l'étude a mis en évidence la nécessité de poursuivre les efforts pour promouvoir la bientraitance tout en prenant en compte les mesures ministérielles et leurs impacts sur son application. Il est essentiel de reconnaître les défis auxquels les personnes professionnelles sont confrontées, notamment la surcharge de travail et le manque de ressources qui peuvent entraver la mise en pratique de la bientraitance en contexte de soutien à domicile. Il serait pertinent d'examiner plus en détails les facteurs organisationnels qui entravent l'implantation de la bientraitance, comme le manque de temps et de ressources, afin de proposer des pistes de solutions pour surmonter ces obstacles. Malgré ces défis, la nécessité de créer des conditions favorables, notamment en réduisant les charges de travail, en offrant des formations adéquates et en favorisant une culture organisationnelle axée sur la bientraitance a été soulevée dans cette étude. L'application de la bientraitance dans tous les milieux nécessite la prise en compte des aspects individuel, relationnel, collectif, organisationnel, sociétal et éthique. Il est pertinent de comprendre comment ils interagissent et s'influencent mutuellement. Une approche qui négligerait l'une de ces dimensions pourrait compromettre l'objectif de bien-être et de respect. La bientraitance est transversale, car elle ne se limite pas à un seul aspect ou contexte, mais touche à de multiples dimensions. Elle est applicable à toutes les personnes impliquées, qu'ils soient clients, fournisseurs de services, gestionnaires, décideurs ou professionnels.

Enfin, cette étude a offert un espace afin que les personnes participantes puissent exprimer leurs préoccupations et partager leurs expériences, révélant les défis et la complexité du travail social auprès des personnes ainées. Elle a favorisé une meilleure compréhension de la complexité de l'approche de la bientraitance dans la pratique du travail social, tout en soulignant la nécessité de poursuivre les recherches et de développer des outils pour favoriser une implantation efficace. Les résultats de cette recherche peuvent servir de base pour de futures études sur le sujet et pour le développement d'outils visant à promouvoir

la bientraitance et l'intégration de ses différentes dimensions dans les pratiques auprès des personnes ainées.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Absil, G., Vandoorne, C. et Demarteau, M. (2012). *Bronfenbrenner, écologie du développement humain. Réflexion et action pour la promotion de la santé.* <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/114839/1/ELE%20MET-CONC%20A-243.pdf>.
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). (2008). *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.* <https://www.cnrd.fr/IMG/pdf/bientraitance.pdf>.
- Anadón, M. et Savoie Zajc, L. (2009). L'analyse qualitative des données. *Recherches qualitatives*, 28(1), 1-7.
- Assemblée nationale du Québec. (2022). *Projet de loi n° 101 : Loi visant à renforcer la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité ainsi que la surveillance de la qualité des services de santé et des services sociaux (chapitre 6).* Gouvernement du Québec.
- Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic (AQRP). (2025a). *Mémoire de l'Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic. Consultation publique sur la politique nationale de soutien à domicile.* <https://www.aqrp.ca/documents/documentation/Consultation-publique-sur-la-politique-nationale-de-soutien-a-domicile.pdf>
- Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic (AQRP). (2025b). *Soutien à domicile : l'AQRP propose une réforme ambitieuse.* [Communiqué]. <https://www.aqrp.ca/documentation/communiques-de-presse/2025/01/soutien-a-domicile-laqrp-propose-une-reforme-ambitieuse?form=MG0AV3>
- Baraldi, R. (2016). Coup d'œil sur les soins et services à domicile reçus par les aînés au Québec en 2013-2014. Institut de la statistique du Québec. *Zoom santé* (57). 1-8. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/no-57-coup-doeil-sur-les-soins-et-services-a-domicile-recus-par-les-aines-au-quebec-en-2013-2014-serie-enquete-sur-la-sante-dans-les-collectivites-canadiennes.pdf>.

Beaud, J-P. (2021). L'échantillonnage. Dans I. Bourgeois (dir.). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (7^e éd., 201-230). Presse de l'Université du Québec.

Beaulieu, M. et Crevier, M. (2010). Contrer la maltraitance et promouvoir la bientraitance des personnes aînées. Regard analytique sur les politiques publiques au Québec. *Gérontologie et société*, 133(2), 69-87.

Beaulieu, M., Spahic-Blazevic, A. et Crevier, M. (2013). *Un Québec vieillissant. Réflexions sur les défis anticipés et la réponse sociale à donner aux personnes aînées*. Dans XXe Conférence des juristes de l'état 2013. Éditions Yvon Blais. 5-25.

Beaulieu, M., Leboeuf, R., Pelletier, C. et Cadieux-Genesse, J. (2018). La maltraitance envers les personnes aînées. Dans J. Laforest, L.M. Bouchard et P. Maurice (dir.) *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Institut national de santé publique. Gouvernement du Québec. 169-197.

Beaulieu, M. et Le Borgne-Uguen, F. (2022). Maltraitance envers les aînés : contextualisation des terminologies, définitions et modes d'action. *Gérontologie et société*, 44(169), 9-21.

Beaulieu, M. (2019). Maltraitance envers les aînés : connaissances scientifiques et pistes pour intervenir. Une maltraitance sous-estimée et qui doit être repérée. *La Revue du praticien*, 69, 1028-1031.

Beaulieu, M. et Cadieux Genesse J. (2021). *Mémoire soumis dans le cadre de la consultation gouvernementale en vue du développement d'un Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2022-2027*. Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées.

Bédard-Lessard, J. (2018). *La professionnalisation de l'action bénévole dans la lutte contre la maltraitance matérielle et financière envers les personnes aînées*. [Mémoire de maîtrise. Université de Sherbrooke].
<https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/12035>.

Berg-Weger, M. & Morley, J. E. (2020). Loneliness and Social Isolation in Older Adults during the COVID-19 Pandemic: Implications for Gerontological Social Work. *The journal of nutrition, health & aging*, 24(5), 456–458. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1366-8>.

Blondet, E. (2008). *L'évaluation des pratiques professionnelles : un outil au service de la bientraitance*. [Mémoire en Santé Publique. École des Hautes Études]. Rennes. France. <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2008/ds/blondet.pdf>.

- Bonamy, P., Desert, M., Frighi, S., Monzérian, C., Monfort, M., Vernazobre, I. et Marchand, P. (2012). Les freins à la bientraitance dans l'aide à domicile. *Vie sociale et traitements*, 116, 66-72.
- Bouchard, A. (2022). *La transmission de la culture organisationnelle par les gestionnaires de première ligne*. [Mémoire de maîtrise. Université du Québec à Rimouski]. <https://semaphore.uqar.ca/id/eprint/2128/>.
- Boudreau, C. (2021a). *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. Université de Sherbrooke].
- Boudreau, C. (2021b). *Outil réflexif sur l'intervention bientraitante destiné aux travailleurs sociaux du programme de soutien à domicile à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)*. https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/documents/Essai_synthese_REA/Boudreau_Catherine_outil-intervent_VF.pdf.
- Bourassa Forcier, M., Dumont, D. et Prévosto, H. (2024). *Les résidences privées pour ainées (RPA) au Québec : enjeux et opportunités*. 2024RP-03- Rapports de projets. CIRANO. <https://doi.org/10.54932/JUAJ9460>.
- Bourgès, F. (2022). *Les acteurs, notamment bénévoles, dans l'émergence, le développement et la mise en oeuvre des politiques publiques de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées en France. : Une analyse critique des politiques et pratiques à partir d'un regard croisé avec le Québec*. [Thèse de doctorat. Normandie Université et Université de Sherbrooke]. <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/19999>.
- Bourque, M., Grenier, J., Drouin-Soucy, F., Barbe, M. et Bilodeau, D. (2023). Les paradoxes du Lean management et les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux. Dans F. Gagnon, E. Martin et M-H. Morin (dir.), *Le système de santé et de services sociaux au Québec : territorialité et santé des populations*. Presses de l'Université du Québec.
- Bradbury-Jones, C., Taylor, J. et Herber, O. R. (2014). Vignette development and administration: a framework for protect research participants, *International Journal of Social Research Methodology*, 17(4), 427-440.
- Bruna, M. G. et Chauvet, M. (2013). La diversité, un levier de performance : plaidoyer pour un management innovateur et créatif. *Management international / International Management / Gestión Internacional*, 17, 70–84. <https://doi.org/10.7202/1015813ar>.
- Cardinal, L., Langlois, M-C., Gagné, D. et Tourigny, A. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Agence de la santé et

des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec.

Casagrande, A. (2010). Quel destin possible pour la bientraitance. *Soins gérontologie*. 84, 25-27.

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (CISSS- BSL). (2020, 15 juin). *Portons un regard nouveau sur les personnes ainées*. [Communiqué]. Campagne de sensibilisation.

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (CISSS- BSL). (2024). *Services aux aînés et aux personnes en perte d'autonomie*. <https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/soins-services/services-aux-aines-aux-personnes-en-perte-d-autonomie>.

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord. (2020). *Normes et standards de pratique des travailleurs sociaux. Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA-SAD)*. Soutien à domicile.

Chaput-Richard, L. (2024). La réforme Dubé et Santé Québec : encore plus loin dans la même direction. Entrevue avec Anne Plourde, chercheuse à l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. *Nouvelles pratiques sociales*, 34(1), 7–18. <https://doi.org/10.7202/1114797ar>

Clavet, N-J., Décarie, Y., Hébert, R., Michaud, P-C. et Navaux, J. (2021). *Le financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées à la croisée des chemins*. Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels.

Code de déontologie des membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. C-26, r. 286.1 (2024). <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/C-26,%20r.%20286.1>

Comité national d'éthique sur le vieillissement (CNEV). (2018). *Pour lutter contre la maltraitance financière : accompagner l'autonomie de la personne âgée*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/CNEV-2018_avis_maltraitance.pdf

Comité national d'éthique sur le vieillissement (CNEV). (2022). *Entre le respect de l'autonomie et la sécurité des personnes les plus âgées à domicile : un équilibre fragile dans le parcours de vie à domicile*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-830-31W.pdf>

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2023a). *Portrait de la gouvernance des services de santé et de services sociaux destinés aux personnes âgées en milieux d'hébergement et contrôle de la qualité de ces services*. Gouvernement du Québec.

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2023b). *Bien vieillir chez soi. Tome 1. Comprendre l'écosystème*. Gouvernement du Québec.

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2023c). *Bien vieillir chez soi. Tome 2. Chiffrer la performance*. Gouvernement du Québec.

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2023d). *Bien vieillir chez soi. Tome 3. Poser un diagnostic pour agir : degré de la mise en œuvre de la Politique de SAD de 2003 au Québec*. Gouvernement du Québec.

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2024). *Bien vieillir chez soi. Tome 4. Une transformation qui s'impose*. Gouvernement du Québec.

Conseil du statut de la femme. (2021). *Consultation en vue de la préparation du Plan d'action gouvernemental 2022-2027 pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées*. Gouvernement du Québec.

Côté, L. et Turgeon, J. (2002). Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie médicale*, 3(2), 81-90. <http://dx.doi.org/10.1051/pmed:2002018>

Couturier, Y. et Belzile, L. (2018). *La collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux*. Presses de l'Université de Montréal.

Delli-Colli, N., Belzile, L., Gagnon, D., Couturier, Y., Cheminais, C., Moreau, O. et Fournier, N. (2022). Integrating clinical tools in the continuum of interprofessional collaboration: The providers' perspectives of an evolving process. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 26. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2021.100491>

Denis, J., Guillemette, F. et Luckerhoff, J. (2019). Introduction : les approches inductives dans la collecte et l'analyse des données. *Approches inductives*, 6(1), 1–9. <https://doi.org/10.7202/1060042ar>.

Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. (1^e éd.). McGraw-Hill.

Deslauriers, J-M, Deslauriers J-P et LaFerrière-Simard, M. (2017). La méthode de l'incident critique et la recherche sur les pratiques des intervenants sociaux. *Recherches qualitatives*, 36(1), 94-112.

- Di Domenico, S. et Ryan, R.M. (2017). The Emerging Neuroscience of Intrinsic Motivation: A New Frontier in Self-Determination Research. *Frontiers in human Neuroscience*. 11(45). <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00145>.
- Drolet, M-J., Pinard, C., Viscogliosi, C., Pageau, F., Tremblay, L., Duguay, I., Ruest, M., Beaulieu, M. et Cadieux Genesse, J. (2021). Mémoire déposé dans le cadre de la Commission parlementaire entourant le dépôt du projet de loi 101 sur la maltraitance. https://www.researchgate.net/publication/354960222_Memoire_depose_dans_le_cadre_de_la_Commission_parlementaire_entourant_le_depot_du_projet_de_loi_101_sur_la_maltraitance_30_septembre_2021.
- Drolet, M-J. et Ruest, M. (2023). Les enjeux éthiques et défis professionnels dans un système de santé et de services sociaux en constante transformation. Dans F. Gagnon, E. Martin et M-H. Morin (dir.), *Le système de santé et de services sociaux au Québec : territorialité et santé des populations*. Presses de l'Université du Québec.
- Dubuc, A. (2021). *Soins à domicile : Le statu quo ne sera plus possible*. Institut du Québec. <https://institutduquebec.ca/content/publications/soins-a-domicile-le-statu-quo-ne-sera-plus-possible/202108-idq-soins-a-domicile.pdf>.
- Éthier, S., Beaulieu, M., Perroux, M., Andrianova, A., Fortier, M., Boisclair, F. et Guay, M-C. (2020). Favoriser la bientraitance pour que proche aidance ne rime plus avec maltraitance. *Revue Intervention*, 151, 33-46.
- Éthier, S., Gagnon, É., Couture, M., Aubry, F., Andrianova, A. et Smele, S. (2021). *Démarche de mise en valeur des pratiques de bientraitance « ordinaire » en CHSLD, RI et RPA au Québec. Guide pratique pour appliquer la démarche*. Fonds de recherche Société et culture. https://creges.ca/wp-content/uploads/2022/02/Guide_Bientraitance-Ethier-et-al-2021.pdf
- Fleury-Payeur, F. et Azeredo, A-C. (2022). La mortalité et l'espérance de vie au Québec en 2021. Institut de la statistique du Québec. *Bulletin sociodémographique*. 26 (2), 1-12.
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. (4e éd.). Chenelière éducation.
- Fortin, S. (2018). *Le soutien à domicile auprès des personnes âgées en perte d'autonomie : Enjeux et dilemmes éthiques liés à la sécurité des travailleurs sociaux*. [Mémoire de maitrise. Université de Sherbrooke].
- Fournier, C., Dubé, G., Cazale, L., Godbout, M. et Murphy, M. (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011* :

Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité.
Volume 2, Institut de la statistique du Québec.

- Gagnon, I., David, H., Cloutier, E., Ouellet, F., Ledoux, É., Bourdouxhe, M. et Teiger, C. (2003). Organisation du travail et développement de stratégies protectrices : cas d'auxiliaires sociales et familiales de services publics de maintien à domicile. *Gérontologie et société*, 26(107), 131-148.
- Gauthier, B. (2021a). La structure de la preuve. Dans I. Bourgeois (dir.). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (7^e éd., 131-155). Presse de l'Université du Québec.
- Gauthier, M. (2021b). Le comportement migratoire des jeunes et les régions éloignées : qu'en est-il en 2020 au Québec ? *Cahiers de géographie du Québec*, 66 (186), 245-257.
- Genece, A-M. (2021). *Social workers perspective on the challenges and rewards of working with the aging population*. [Master's thesis. California State University – San Bernardino]. <https://scholarworks.lib.csusb.edu/etd/1335>.
- Gingras, L. (2020). *Enquête sur la maltraitance envers les personnes aînées au Québec 2019. Portrait de la maltraitance vécue à domicile*. Institut de la statistique du Québec.
- Grassin, M. et Wanket- Thibeault, P. (2016). L'éthique de la bientraitance. *Soins*, 805. 26 28.
- Grenier, J. et Bourque, M. (2018). *Les services sociaux à l'ère managériale*. Les Presses de l'Université Laval.
- Hirst, S. P., Penney, T., McNeill, S., Boscart, V. M., Podnieks, E. et Sinha, S. K. (2016). Best-Practice Guideline on the Prevention of Abuse and Neglect of Older Adults. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 35(2), 242-260.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2020). *Le bilan démographique du Québec*. Édition 2020. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-du-quebec-edition-2022.pdf>.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2021). *Bulletin statistique régional -Bas-Saint-Laurent*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bulletin-statistique-regional-bas-saint-laurent-2021.pdf>.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2022a). *Le bilan démographique du Québec*. Édition 2022. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-du-quebec-edition-2022.pdf>.

Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2022b). *Mise à jour 2022 des perspectives démographiques du Québec et de ses régions, 2021-2066*. Bulletin sociodémographique. 36(4).

Institut de la statistique du Québec. (2023a). *Panorama des régions du Québec*. Édition 2023. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/panorama-des-regions-du-quebec-edition-2023.pdf>.

Institut de la statistique du Québec. (2023b). *Fiches démographiques – Les régions administratives du Québec en 2022*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/fiches-demographiques-regions-administratives-quebec-2022.pdf>.

Institut de la statistique du Québec. (2024). *Le bilan démographique du Québec*. Édition 2024. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2024.pdf>

Janvier, R. (2023). Quelques enjeux pour les pratiques et les organisations : un travail du social pour « aller plus loin ». Dans R. Janvier, « L'aller-vers » en travail social. Une mutation des pratiques et des organisations. (93-135). Champ social. <https://shs-cairn-info.acces.bibl.ulaval.ca/l-aller-vers-en-travail-social--9791034608478-page-93?lang=fr>.

Job , M-F. et Bouchara, J. (2010). La bientraitance, l'affaire de tous. *Soins gérontologiques*. 15(84). p. 19.

Laforest, J., Maurice, P., Beaulieu, M. et Bouchard, L-M. (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Institut national de santé publique du Québec.

Laforest, J. et Tourigny, A. (2021). *Prévenir la maltraitance pour un vieillissement en santé – Pistes de réflexion*. Institut national de santé publique du Québec.

Levasseur, M., Naud, D., Presse, N., Delli-Colli, N., Boissy, P., Cossette, B., Couturier, Y. and Cadieux Genesse, J.Cadieux Genesse, J. (2022). Aging all over the place: a multidisciplinary framework that considers place and life trajectories of older adults within their communities. *Quality in Ageing and Older Adults*Quality in Ageing and Older Adults, 23(3). 150-162. <https://doi.org/10.1108/QAOA-07-2021-0057>

Loi sur les services de santé et les services sociaux. Québec, L.R.Q. c. S-4.2 (2024). <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2>.

Lord, M.-M., Therriault, P.-Y., Desrosiers, L., Aubin, G. et Carboneau, H. (2016). Innovation et travail : quels enjeux pour les intervenants sociaux du secteur de la santé et des services sociaux ? *Nouvelles pratiques sociales*, 28(2), 187-202.

Lavoie-Moore, M. (2023). *Réforme Dubé- Trois problèmes essentiels auxquels la réforme Dubé ne s'attaquera pas*. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante-et-services-sociaux/reforme-dube-trois-problemes/>.

MacLeod, H., Veillette, N., Klein, J., Delli-Colli, N., Egan, M., Giroux, D., Kergoat, MJ., Gingrich, S. et Provencher, V. (2023). Shifting the narrative from living at risk to living with risk: validating and pilot-testing a clinical decision support tool: a mixed methods study. *BMC Gériatrics*, 23. 1-14.

Maillé, I. (2018). *L'expérience d'accompagnement au sein des organismes à but non lucratif des personnes aînées en situation de maltraitance*. [Mémoire de maîtrise, Université Laval].

Manseau-Young, M-E., Bouchard, S., Xenocostas, S. et Couture, M. (2016). *Mémoire de la Ligne Aide Abus Aînés. Consultation sur le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2017-2022*. Ligne Aide Abus Aînés.

Martin, C. (2022). *L'application d'une approche de bientraitance par les travailleurs sociaux dans leurs interventions auprès des personnes proches aidantes vivant de la maltraitance*. [Essai de maîtrise. Université de Sherbrooke].

Martin, E. (2023). Le système de santé et de services sociaux au Québec : assises, réformes et tendances. Dans F. Gagnon, E. Martin et M-H. Morin (dir.), *Le système de santé et de services sociaux au Québec : territorialité et santé des populations*. Presses de l'Université du Québec.

Masse-Desrosiers, M. (2017). *Le rôle des travailleurs sociaux en collaboration interprofessionnelle auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres maladies apparentées*. [Mémoire de maîtrise. Université Laval].

Merlier, P. (2017). La bienveillance. *Perspective soignante*, 58. 113-122.

Michaud, P-C., Clavet, N-J., Hébert, R., Navaux, J. et Raiche, M. (2023). *Horizon 2040 : Projection des impacts du soutien à l'autonomie au Québec*. Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques. HEC Montréal. Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE).

Ministère de la Famille et de l'Enfance. (2001). *Le Québec et ses aînés : engagés dans l'action*. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Famille et des Aînés. (2010). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015*. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Famille et des Aînés. (2012). *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec*. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Famille et des Aînés. (2017). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes ainées 2017-2022*. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Famille et des Aînés. (2018). *Plan d'action 2018-2023 : Un Québec pour tous les âges*. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Chez soi : le premier choix*. La politique de soutien à domicile. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action 2005-2010 : Un défi de solidarité : les services aux ainés en perte d'autonomie*. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées* (2^e Éd.). Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux*. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020a). *Plan d'action pour une deuxième vague*. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020b). *Rapport annuel 2019-2020. Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité. Chapitre II – Politique de lutte contre la maltraitance*. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes ainées 2022-2027*. Documents de consultation. Appel de mémoires. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2022a). *Contribuer à la lutte contre la maltraitance : Guide à l'intention des municipalités amies des aînés*. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022a). *Entre le respect de l'autonomie et la sécurité des personnes les plus âgées à domicile : un équilibre fragile dans le parcours de vie à domicile*. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022b). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes ainées 2022-2027. Reconnaître et agir ensemble*. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2023a). *Actualisation de la politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix »*. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023b). *Favoriser la bientraitance envers toute personne ainée, dans tous les milieux et tous les contextes*. Cadre de référence. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). *Plan d'action gouvernemental 2024-2029 : La fierté de vieillir*. Gouvernement du Québec.

Monfort, E., Besse, P., Bellet, A. et Fontaine, A.-C. (2018). Perceptions de la qualité de vie et de la bientraitance par des personnes âgées résidant en institution gériatrique et par leurs proches. *Pratiques psychologiques*, 24(4), 389-402.

Moulias, R., Moulias, S. et Busby, F. (2010). La « bientraitance », qu'est-ce que c'est ? *Gérontologie et société*, 33(133). 10-31.

Moulias, R. (2012). Abus et violences envers les professionnels de l'assistance et du soin (care) de longue durée. *Gérontologie*, 161, 16-27.

Moulias, R. et Busby, F. (2013). Maltraitance, bientraitance, de quoi parle-t-on ? *Revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 20(195), 192-196.

Moulias, R., Monfort, J-C., Beaulieu, M., Simon-Marzais, M., Isern-Real, M.-H., Poch, B., Pépin, M., Cadilhac, J-C., Martinent, E. et Moulias, S. (2020). Pratiques professionnelles inappropriées et maltraitances. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 20(116), 112-123.

Mukamurera, J., Lacourse, F. et Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26(1), 110–138. <https://doi.org/10.7202/1085400ar>.

Myrand, A. (2021). *Les pratiques bientraitantes des préposés aux bénéficiaires en milieu d'hébergement québécois : une réflexion sur l'éthique du care*. [Mémoire de maîtrise. Université Laval].

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ). (2012). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*.

https://beta.otstcfq.org/sites/default/files/referentiel_de_competences_des_travailleurs_sociaux.pdf.

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ). (2021a). *Avis soumis dans le cadre des consultations portant sur le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les ainés 2022-2027*. <https://www1.otstcfq.org/wp-content/uploads/2021/06/Avis-Plan-daction-sur-la-maltraitance.pdf>.

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ). (2021b). *Mémoire soumis dans le cadre des consultations particulières et des auditions publiques sur le projet de loi 101, Projet de loi visant à renforcer la lutte contre la maltraitance envers les ainés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité ainsi que la surveillance de la qualité des services de santé et des services sociaux.* <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/documents-deposés.html>.

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ). (2023). *Guide explicatif du Règlement sur la formation continue obligatoire des membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.* https://www.otstcfq.org/wp-content/uploads/2023/05/Guide_Explicatif_du_Reglement_VF.pdf.

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ). (2024). *Exaspérées par la paperasse et la charge de travail, des milliers de travailleuses sociales songent à quitter la profession.* <https://www.otstcfq.org/communiques-et-prises-de-position/exasperees-par-la-paperasse-et-la-charge-de-travail-des-milliers-de-travailleuses-sociales-songent-a-quitter-la-profession/>

Organisation des Nations unies (ONU). (2020). *L'impact de la COVID-19 sur les personnes âgées.* Note de synthèse.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé.* Éditions de l'OMS.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd.). Armand Colin.

Philibert, S. (2021). *Les pratiques d'intervention des travailleuses sociales œuvrant auprès des ainés ayant des idées suicidaires.* [Mémoire de maîtrise. Université du Québec en Outaouais]. <https://di.uqo.ca/id/eprint/1336/>.

- Pelletier, C. et Beaulieu, M. (2016). Rôles et défis actuels en gérontologie dans le réseau public du Québec, *Revue Intervention*, 143, 135-146.
- Pelletier, C., Leboeuf, R. et Beaulieu, M. (2016). La bientraitance : approche, connaissances et pratique. Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD. Repéré à https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/forum-chsld/La_bientraitance_approche_connaissances_et_pratiques.pdf.
- Point, S. & Baudet, C. (2022). Pour une justification du choix d'adoption, de l'intention d'usage et de l'utilisation effective du logiciel NVivo. *Management international/International Management/Gestión Internacional*, 26 (special), 279-294. <https://doi.org/10.7202/1098588ar>.
- Pomar-Chiquette, S. (2019). *Bientraitance des aînés : nouveau paradigme à conjuguer à la lutte contre la maltraitance*. [Mémoire de maîtrise. Université de Sherbrooke].
- Pomar-Chiquette, S. et Beaulieu, M. (2019). Bientraitance des aînés : une nouvelle approche d'intérêt pour les travailleurs sociaux. *Revue Intervention*, 150, 101-111.
- Robidoux, M. (2021). *La maltraitance organisationnelle ou du personnel envers les personnes proches aidantes : réflexions et pistes d'action*. [Essai de maîtrise. Université de Sherbrooke].
- Rochman, J. et Tremblay, D.-G. (2010). *Le soutien à la participation sociale des aînés et le programme « ville amie des aînés » au Québec*. Notes de recherche 2010-5. Télé-université/Université du Québec à Montréal.
https://spip.teluq.ca/aruc/IMG/pdf_ARUC-NR10-05-2.pdf.
- Rondeau, K., Paillé, P. et Bédard, E. (2023). La confection d'un guide d'entretien pas à pas dans l'enquête qualitative. *Recherches qualitatives*, 42(1), 5–29.
- Rouiller, M. (2022). *De la maltraitance à la bientraitance envers les personnes âgées : analyse thématique de la pratique infirmière en établissement de soins infirmiers*. [Mémoire de maîtrise. Université du Québec en Outaouais].
- Roulet Schwab, D. et Bovet, C. (2015). Bientraitance envers les aînés : une notion à bien traiter. *Krankenpflege. Soins infirmiers*, 108(9), 72-73.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2020). Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemporary Educational Psychology*, 61. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860>.

- Sandelowski, M. (2010). What's in a Name? Qualitative Description Revisited. *Research in Nursing and Health*, 33, 77-84. <https://doi.org/10.1002/nur.20362>
- Sansone, C. & Tang, Y. (2021). Intrinsic and extrinsic motivation and self-determination theory. *Motivation Science*, 7(2), 113–114. <https://doi.org/10.1037/mot0000234>.
- Samson, M. et Bélanger, C. (2018). Le dialogue du droit civil et des droits de la personne au Québec : l'exemple de la protection juridique des personnes aînées. *Revue des droits de l'homme*, (14), 1-21.
- Savoie-Zajc, L. (2019). Les pratiques des chercheurs liées au soutien de la rigueur dans leur recherche : une analyse d'articles de Recherches qualitatives parus entre 2010 et 2017. *Recherches qualitatives*, 38(1), 32–52. <https://doi.org/10.7202/1059646ar>.
- Savoie-Zajc, L. (2021). L'entrevue semi-dirigée. Dans I. Bourgeois (dir.). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (7e éd., 201-230). Presse de l'Université du Québec.
- Simard, M. (2020). Vieillissement, fragilité et décroissance démographique dans le Bas-Saint-Laurent : enjeux et défis en matière d'aménagement du territoire. *Cahiers de géographie du Québec*, 64(181-182), 115–134. <https://doi.org/10.7202/1090223ar>
- Skilling, K. & Gabriel, J. (2020) Using vignettes in education research: a framework for vignette construction, *International Journal of Research & Method in Education*, 43 (5), 541-556, DOI: 10.1080/1743727X.2019.1704243.
- Smithman, M.A., Lamoureux-Lamarche, C., Dionne, E., Deslauriers, V. et Breton, M. (2023). L'accès aux services de première ligne. Dans F. Gagnon, E. Martin et M H. Morin (dir.), *Le système de santé et de services sociaux au Québec : territorialité et santé des populations*. Presses de l'Université du Québec.
- Spitzer, W.J. & Davidson, K.W. (2013). Future Trends in Health and Health Care: Implications for Social Work Practice in an Aging Society, *Social Work in Health Care*, 52(10), 959-986, DOI: 10.1080/00981389.2013.834028.
- Statistique Canada (2023). Enquête canadienne sur l'incapacité, 2017 à 2022. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/231201/dq231201b-fra.pdf?st=Ehg3sRiS>.
- Theriault, P.-Y., Streit, U. et Rhéaume, J. (2004). Situation paradoxale dans l'organisation du travail : une menace pour la santé mentale des travailleurs. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 173–200. <https://doi.org/10.7202/008830ar>.

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

Trudel, L., Simard, C. et Vornax, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire ? *Recherches qualitatives*, 5 (hors-série), 38-45.

Tukino. T. (2023). The challenges and strategies of social workers in the care of the elderly with chronic illness. *International Journal of Science and Society*, 5(4). 746-753.

Van der Vlugt, E. et Audet-Nadeau, V. (2020). *Bien vieillir au Québec : Portrait des inégalités entre générations et entre personnes aînées*. Observatoire québécois des inégalités. <https://www.observatoiredesinegalites.com/fr/publication-bien-vieillir-au-quebec>.

Varady-Szabo, H. et Lachance, A. (2022). *Bien vieillir chez soi: Soutien à domicile*. [Infographie]. https://semaphore.uqar.ca/id/eprint/2030/1/Hirondelle_Varady- Szabo_et_al_2022_8.pdf

Westercamp, I. (2020). *De la bientraitance : soins et accompagnement*. L'Harmattan.

Wilks, T. (2004). The Use of Vignettes in Qualitative Research into Social Work Values. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 3(1), 78– 87. <https://doi.org/10.1177/1473325004041133>.

World health organization. (2002). *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse*. https://eapon.ca/wp-content/uploads/2021/09/toronto_declaration_en.pdf.

ANNEXE I : SYNOPSIS DE LA PRISE DE CONTACT AVEC LES MEMBRES DE LA DIRECTION DU SAPA

Bonjour Madame/Monsieur,

Je m'appelle Nicole Héon et je suis une étudiante à la maîtrise en travail social à l'Université du Québec à Rimouski et membre étudiante de la Chaire interdisciplinaire pour la santé et les services sociaux pour les populations rurales (CIRUSSS), sous la direction de Marie-Hélène Morin, professeure chercheuse au Département de psychosociologie et de travail social et cotitulaire de la Chaire CIRUSSS.

Dans le cadre de ma maîtrise, je réalise un projet de recherche sur l'approche de la bientraitance auprès des personnes ainées dans un contexte de soutien à domicile. Je m'intéresse à la signification que donnent les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales au vieillissement et à cette approche novatrice.

Je sollicite votre aide afin de recruter une douzaine de travailleurs sociaux œuvrant au programme soutien à domicile depuis au moins deux ans. La participation des professionnels consistera à participer à une seule entrevue de recherche d'une durée de 90 à 120 minutes au moment qui leur convient par Teams ou par Zoom. L'objectif général de mon projet de recherche est de mieux comprendre l'expérience humaine telle que vécue et rapportée par les participants. La confidentialité des renseignements fournis par les participants est assurée.

Des retombées potentielles de mon projet de recherche contribueront à un état de connaissance sur l'approche de la bientraitance dans les milieux de pratiques en travail social et au transfert de connaissances sur celle-ci. Par le fait même, elles seront également bénéfiques pour la clientèle, car l'étude documentera les meilleures pratiques et celles mises en place pour contrer la maltraitance envers les personnes ainées. De plus, ma recherche

s'intègre dans l'évolution des activités pour contrer la maltraitance envers les personnes ainées déjà réalisées dans le CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Pour recruter des personnes participantes pour mon projet de recherche, j'aimerais procéder de la façon suivante :

- 1) J'aimerais d'abord présenter mon projet lors d'une réunion d'équipe : cela permettra d'expliquer mon projet de recherche et transmettre mes coordonnées afin que les personnes intéressées puissent me contacter.
- 2) Je vous transmettrai des affiches et un dépliant de recrutement que vous pourrez distribuer par courriel à vos équipes et afficher sur un babillard.
- 3) Je vous demanderai enfin de faire circuler les informations sur le projet et possiblement de relancer les intervenants quelque temps après la rencontre virtuelle.

Est-ce que cette façon de faire pourrait vous convenir ?

Enfin, dans le but d'encourager et de faciliter la participation à l'étude, serait-il possible de permettre aux intervenants de réaliser l'entrevue de recherche (durée de 90 à 120 min.) sur leurs heures de travail ? Une attestation de participation sera remise, car l'activité est admissible aux heures de formation continue (HFC) de l'OTSTCFQ.

Je vous remercie pour l'intérêt porté à ma demande.

Mes meilleures salutations,

Nicole Héon, étudiante chercheuse

Candidate à la maîtrise en travail social
Université du Québec à Rimouski

ANNEXE II : AFFICHE

RECHERCHÉS

Pour participer à une étude



Critères de sélection

- Vous êtes un travailleur social ou une travailleuse sociale œuvrant au soutien à domicile;
- Vous pratiquez auprès de cette clientèle depuis au moins deux ans;
- Vous êtes à l'emploi du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

L'implication dans cette étude consiste à participer à une entrevue individuelle d'une durée approximative de 90 à 120 minutes.

Votre participation contribuera à améliorer les pratiques en travail social auprès des personnes aînées.

Si vous êtes intéressés ou vous souhaitez en savoir davantage, contactez :

Nicole Héon, Ph.D.
étudiante-chercheuse à la maîtrise en travail social à l'UQAR :
418 509-3166
nicole.heon@uqar.ca

CONFIDENTIALITÉ ASSURÉE

Les données rendues anonymes seront conservées sur un ordinateur protégé par un mot de passe.

Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

N° d'approbation :
N° 2022-324
CISSBSL-2022-01

Recherche dirigée par
Marie-Hélène Monini, Ph.D.,
professeure en travail social
à l'UQAR, Chaire CIRUSSS

L'approche de la bientraitance dans la pratique en travail social

ANNEXE III : DEPLIANT

Qu'est-ce que ma participation m'apporte ?



Votre participation nous aidera à mieux comprendre les enjeux liés à la pratique en travail social.

Elle contribuera à améliorer les pratiques en travail social auprès des personnes âgées.

Qu'est-ce que ce projet de recherche ?

Le but du projet de recherche est d'explorer l'approche de la bienveillance auprès des personnes âgées dans la pratique en travail social.

Il s'interesse aux interventions réalisées auprès des personnes âgées.

Il a pour objet de connaître la réalité vécue par les professionnels de cette discipline ouvrant en contexte de soutien à domicile.

Mes intérêts de recherche s'articulent autour des enjeux actuels associés au vieillissement de la population, la protection sociale des personnes âgées et de la pratique du travail social gerontologique.

Qu'est-ce que je dois faire ?

L'implication dans cette étude consiste à participer à une entrevue individuelle d'une durée approximative de 90 à 120 minutes par Teams ou Zoom au moment qu'il vous convient.

Les risques encourus : Le principal inconvénient associé à votre participation est le temps accordé à la démarche. Vous êtes libre de participer ou non à cette étude. Vous pouvez mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision.

Toute information sujette à révéler l'identité des participants et l'établissement où ils travaillent sera reliée du verbatim.

Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

Les données rendues anonymes seront conservées sur un ordinateur protégé.

Merci !

ANNEXE IV : SYNOPSIS DU PREMIER CONTACT AVEC LA PERSONNE PARTICIPANTE

Bonjour,

Je m'appelle Nicole Héon, étudiante à la maîtrise en travail social à l'Université du Québec à Rimouski. Je vous appelle, car vous avez démontré de l'intérêt à mon projet de recherche sur la signification qu'ont les travailleurs sociaux sur l'approche de la bientraitance auprès des personnes ainées dans un contexte de soutien à domicile.

L'objectif général de mon projet de recherche est de mieux comprendre comment s'applique cette approche selon votre expérience sur le terrain. Votre participation vous permettra de mettre en contexte, d'expliquer et préciser votre point de vue concernant l'approche de la bientraitance.

La participation consiste en une seule entrevue d'une durée de 90 à 120 minutes à un moment qui vous convient par Teams ou par Zoom. Une attestation de participation sera remise, car l'activité est admissible aux heures de formation continue (HFC) de l'OTSTCFQ. La confidentialité des renseignements fournis par les participants est assurée. Un retour sur les résultats vous sera acheminé personnellement lorsque la recherche sera complétée.

Si vous acceptez de participer au projet, je vous enverrai un formulaire de consentement qui explique le déroulement plus en détail et nous pourrions en discuter au moment qui vous conviendra. La participation est volontaire et un refus de participer n'entraînera aucune répercussion sur l'emploi.

Je vous remercie de l'intérêt porté à mon projet de recherche.

Nicole Héon, étudiante chercheuse

Candidate à la maîtrise en travail social

Université du Québec à Rimouski

ANNEXE V : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche : **La protection sociale des personnes aînées : le paradigme de la bientraitance dans la pratique des travailleurs sociaux au Bas-Saint-Laurent**

Nº de projet :

Chercheuse principale: Nicole Héon, travailleuse sociale, étudiante chercheuse

Directrice de recherche : Marie-Hélène Morin, travailleuse sociale, Ph.D., directrice de mémoire.

Téléphone

Madame, Monsieur,

Nous sollicitons votre participation au projet de recherche en titre, en tant que travailleur social⁵ dispensant des services de soutien à domicile.

Avant d'accepter ce projet, il est pertinent de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements suivants. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, veuillez signer le formulaire de consentement à la fin du présent document et nous vous en remettrons une copie.

Ce formulaire vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les risques et inconvénients ainsi que les avantages, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires à la chercheuse responsable du projet et à la directrice de recherche.

⁵ L'écriture inclusive n'était pas utilisée lors de la rédaction du projet de recherche. Certaines annexes sont sous forme de générique masculine, car le masculin suggère une forme neutre pour désigner un groupe mixte.

Nature et objectifs du projet de recherche

Ce projet de recherche a pour but d'explorer la perception qu'ont les travailleurs sociaux sur l'approche de la bientraitance à partir de la signification qu'ils en donnent. Le projet vise à explorer l'approche de la bientraitance dans la pratique en travail social dans l'optique de comprendre l'expérience humaine telle qu'elle est vécue et rapportée par les participants. Nous souhaitons connaitre votre point de vue sur le sujet et la façon dont vous abordez les situations dans votre pratique professionnelle en travail social.

Déroulement du projet de recherche

Si vous acceptez de participer à l'étude, vous rencontrerez l'étudiante chercheuse une seule fois. Durant cette rencontre, d'une durée de 90 à 120 minutes, nous procéderons à une entrevue de recherche vous permettant de vous exprimer sur notre sujet à l'étude. L'entretien sera enregistré en format audio pour faciliter la transcription. Elle se déroulera au moment et au lieu qui vous conviendra. Le contenu de l'entrevue portera sur votre expérience professionnelle et les effets perçus de l'approche de la bientraitance.

Collaboration du participant

En participant, vous vous engagez à répondre aux questions au mieux de vos connaissances. Pour s'assurer de la neutralité des propos et éviter la contamination du contenu, vous vous engagez également à ne pas divulguer le contenu de l'entrevue aux autres participants.

Risques et inconvénients pouvant découler de votre participation au projet de recherche

Votre participation à cette recherche est à risque minimal. Il se pourrait que les réflexions qui en découlent ravivent des souvenirs désagréables pour vous et génèrent un certain inconfort. Une liste de ressources de soutien vous sera fournie. De plus, nous ferons tous les efforts nécessaires pour minimiser ces inconvénients. Vous pouvez décider de ne pas répondre à des questions ou d'arrêter l'entrevue. Si vous ressentez un malaise quelconque, n'hésitez pas à en parler à l'étudiante chercheuse qui vous orientera vers des ressources professionnelles

appropriées. La participation à ce projet de recherche entraînera surtout une contrainte liée au temps que vous accorderez à votre participation à l'étude.

Avantages pouvant découler de votre participation au projet de recherche

Par votre participation au projet, vous contribuez à l'avancement des connaissances et à l'amélioration des pratiques dans le domaine de la lutte contre la maltraitance. De plus, les résultats obtenus contribueront largement à l'avancement des connaissances dans le domaine du travail social. Votre participation vous permettra également de mettre en contexte, d'expliquer et préciser votre point de vue concernant l'approche de la bientraitance. Votre participation pourra également vous donner l'occasion de réfléchir sur votre pratique professionnelle.

Participation volontaire et droit de retrait du projet de recherche

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer du projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison, en faisant connaître votre décision à l'étudiante chercheuse ou la chercheuse principale.

Si vous vous retirez de l'étude, vous aurez le choix de nous autoriser ou non à conserver l'information déjà obtenue dans le cadre de l'étude.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante chercheuse et la chercheuse principale recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs de l'étude seront recueillis.

Ces renseignements comprennent des données sociodémographiques, les enregistrements audio des entrevues ainsi que leur retranscription.

Tous ces renseignements recueillis au cours du projet demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous serez identifiés par votre expérience professionnelle et un numéro (Ex : TS01). Le code reliant votre nom au dossier de recherche sera conservé de façon sécuritaire par l'étudiante chercheuse, la directrice de recherche et la personne responsable de la gestion des données de recherche (GDR) de l'UQAR.

Il est possible que les entrevues soient retranscrites par une personne externe. Le cas échéant, cette personne signera une entente de confidentialité et n'aura pas accès au nom des participants. Les données de recherche, les transcriptions des entrevues et les enregistrements audio seront conservés au maximum sept ans après le début de la recherche, ce qui correspond aux normes établies par l'UQAR. Après cette période, ils seront détruits.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou partagées avec d'autres personnes lors des discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Les enregistrements ne seront pas diffusés.

Afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos nom, prénom, coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet.

Compensation

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à ce projet.

Identification des personnes-ressources

Pour toute question concernant l'étude, si vous éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec l'étudiante chercheuse et sa directrice de recherche :

Nicole Héon, t.s

Étudiante chercheuse

Téléphone

Adresse courriel

Marie Hélène Morin, T.S., Ph.D.

Directrice de recherche

Téléphone

Téléphone sans frais

Adresse courriel

Service des plaintes et de la qualité du service du CISSS du Bas-Saint-Laurent

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Téléphone

Adresse courriel

Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes - Bas-Saint-Laurent (CAAP-BSL)

Si vous désirez porter plainte, le CAAP-Bas-Saint-Laurent peut vous aider et vous accompagner dans la démarche. Les services sont gratuits et confidentiels.

Téléphone

:

Numéro sans frais

Adresse courriel

Surveillance des aspects éthiques

Le Comité d'éthique de recherche du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent a approuvé ce projet de recherche (# approbation éthique) et en assure le suivi. De plus, nous nous engageons à lui soumettre, pour approbation, toute révision et toute modification apportée au protocole de recherche ou au formulaire de consentement, le cas échéant.

Si vous désirez joindre le responsable de l'évaluation et du suivi des projets de recherche :

NOM du responsable

Coordonnateur du Comité d'éthique de la recherche du CISSS du Bas-Saint-Laurent

Téléphone

Adresse courriel

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude. Nous vous remercions d'accepter d'y participer.

Énoncé du consentement

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que compte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par l'étudiante chercheuse.

J'ai eu l'occasion de poser les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante. Je reconnais avoir eu le temps nécessaire pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de me retirer en tout temps du projet de recherche sans que cela nuise aux relations avec les autres intervenants et sans préjudices d'aucune sorte.

Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche.

Nom du participant

Signature du participant

Date

ENGAGEMENT DU CERCHEUR

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'informations et de consentement et j'ai répondu aux questions qui m'ont été posées.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire de consentement et à remettre une copie signée et datée au participant.

Nom de la personne qui
a obtenu le consentement

Signature de la personne qui
a obtenu le consentement

Date

ANNEXE VI : DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

N° d'approbation :

N° d'identification à la recherche :

Nom :

Âge :

Sexe :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

Années d'expérience à titre de travailleur social/travailleuse sociale :

Années d'expérience auprès des personnes ainées :

Années d'expérience au service de soutien à domicile :

Lieu de pratique :

À remettre par courriel avant la date de l'entrevue: adresse courriel

ANNEXE VII : VIGNETTE CLINIQUE

*Noms fictifs

Madame Blanche Tourigny, âgée de 91 ans vit seule loin des services dans la maison appartenant à sa fille. Son conjoint est décédé il y a cinq ans. Madame a un bon contact avec ses six enfants (trois filles et trois garçons) et ceux qui demeurent à proximité lui apportent de l'aide quotidiennement. Il lui arrive d'appeler un de ses fils quand elle a trop peur durant la nuit. En décembre 2020, un calcul rénal a bloqué les voies urinaires et a causé une septicémie et un arrêt cardiaque. Madame est alors hospitalisée aux soins intensifs avant d'être relocalisée sur une unité de soins pour une période de rétablissement.

Madame Tourigny informe le médecin de son intention de retourner dans sa maison même si ses enfants nomment que ce n'est plus sécuritaire, même avec toute l'aide que ceux-ci lui apportent. Charlène, sa fille désignée pour représenter la famille, informe la travailleuse sociale que sa mère est plus confuse depuis quelques mois. Charlène administre les biens de sa mère, car celle-ci se place souvent en situation financière précaire. De plus, sa mère s'invente des scénarios qui n'existent pas, l'entretien ménager est négligé et elle refuse catégoriquement de recevoir de l'aide à ce niveau. Elle a également fait plusieurs chutes dont une qui lui a causé des douleurs aux bras et qui l'empêche de se déplacer avec la marchette. Elle a de la difficulté à faire la gestion de ses médicaments et commande plusieurs produits qui sont contre-indiqués avec sa médication actuelle.

Madame est alors relocalisée dans une chambre dans une résidence privée qui lui offre plusieurs services. Madame Tourigny récupère en ayant une alimentation équilibrée, de l'aide à l'hygiène et un sommeil réparateur, car elle ne craint plus de dormir seule. Son humeur est plus stable. Elle a recommencé à écouter ses émissions quotidiennes et à tricoter. Le personnel gère la médication, l'aide aux transferts, change les couvertures du lit quand elle mouille son lit malgré le port de culottes de protection. En revanche, Madame critique les services reçus. Elle dit qu'elle mangeait mieux chez elle, qu'elle voudrait une salle de

bain dans sa chambre, que la personne qui vit dans la chambre d'à côté fait trop de bruit et qu'une des préposées est trop brusque avec elle.

Comme la maison a été vendue entre temps, Madame veut aller vivre dans un appartement. Ses filles s'y opposent en lui reflétant qu'elle va mieux depuis qu'elle reçoit des services qu'elle refusait de recevoir chez elle. De plus, elles ne sont pas en accord avec le choix du logement qui est au-dessus de ses moyens financiers. Elles sont d'avis qu'en allant vivre seule, elle perd ses acquis et que leur mère a besoin d'une période d'adaptation pour vivre le deuil de son domicile. Le personnel de la résidence est du même avis qu'elles. Ses fils disent qu'ils soutiendront la décision de leur mère.

ANNEXE VIII : GRILLE D'ENTRETIEN

Date :

No d'identification :

La protection sociale des personnes aînées : le paradigme de la bientraitance dans la pratique des travailleurs sociaux au Bas-Saint-Laurent

Nicole Héon, étudiante chercheuse à la maîtrise en travail social, UQAR

Introduction à la rencontre
<p>Bref résumé du sujet de recherche : L'approche de la bientraitance auprès des personnes aînées est un sujet de plus en plus documenté comme approche complémentaire pour contrer la maltraitance. Le but du projet de recherche est d'explorer l'approche de la bientraitance auprès des personnes aînées dans la pratique en travail social. Mes intérêts de recherche s'articulent autour des enjeux actuels associés au vieillissement de la population, la protection sociale des personnes aînées et de la pratique du travail social gérontologique.</p>
<p>L'information recueillie est importante, car elle nous aidera à mieux comprendre les enjeux liés à la pratique en travail social et à améliorer les pratiques en travail social auprès des personnes aînées. Vous contribuerez à l'avancement des connaissances sur le sujet.</p>
<p>Brève présentation du déroulement de l'entrevue : nous aborderons 3 thèmes (cheminement professionnel, l'intervention auprès des personnes aînées et les effets perçus de la bientraitance) + des questions découlant d'une vignette clinique.</p>
<p>Permission de l'enregistrer, confidentialité de la personne et des propos.</p>
<p>L'importance de ne pas divulguer le contenu de l'entrevue aux autres personnes participantes.</p>

Questions	Objectifs
<p>Thème 1 : Cheminement professionnel</p> <p>1.1 Données sociodémographiques : (Annexe A : complété avant la rencontre).</p> <p>1.2 Parlez-moi de votre expérience professionnelle et de votre parcours en tant que travailleur social/travailleuse sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.2.1 Qu'est-ce qui vous a incité à choisir le travail social comme profession? 1.2.2 En quoi vos formations académiques et/ou professionnelles vous ont préparé à intervenir auprès des personnes ainées? <p>1.3 Pourriez-vous m'expliquer en quoi consiste votre travail?</p>	<p>Connaitre la personne participante et son expérience professionnelle.</p>
<p>Thème 2 : L'intervention auprès des personnes ainées</p> <p>2.1 Selon votre expérience, est-ce qu'il y a des particularités dans l'intervention auprès des personnes ainées?</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1.1 Particularités sur le plan individuel? 2.1.2 Particularités sur le plan familial? 2.1.3 Particularités sur le plan social? 2.1.4 Particularités sur le plan sociétal? <p>2.2 Quels sont les difficultés et les enjeux rencontrés lors de vos interventions auprès de cette clientèle?</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.2.1 Quelles sont les problématiques que les personnes ainées peuvent vivre? 2.2.2 Êtes-vous déjà intervenu auprès d'une personne ainée vivant de la maltraitance? 2.2.3 Si oui, de quels types de maltraitance s'agissaient-ils? 2.2.4 Comment avez-vous réagi? <p>2.3 Que représente pour vous le vieillissement de la population?</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.2.1 Selon vous, quels sont les stéréotypes ou des préjugés associés au vieillissement? 	<p>Explorer les croyances et les valeurs des personnes professionnelles en travail social concernant le vieillissement accéléré de la population.</p>

Questions	Objectifs
Thème 3 : Présentation de la vignette clinique	
3.1 D'un point de vue clinique, et en quelques mots, que pensez-vous de cette situation ?	
3.2 À la lumière de cette vignette clinique, quelles sont les interventions que vous mettriez en œuvre pour cette personne?	Documenter les stratégies d'intervention associées à l'approche de la bientraitance dans leur milieu de pratique.
3.2.1 Auprès de la personne ainée? Pour quelles raisons?	
3.2.2 Auprès de la famille? Pour quelles raisons?	
3.2.3 Auprès du médecin? Pour quelles raisons?	
3.2.4 Auprès du personnel de la résidence? Pour quelles raisons?	
3.3 Quels types de suivi effectueriez-vous ou quels types de techniques d'intervention utiliseriez-vous?	Connaitre l'impact de la bientraitance en contexte organisationnel.
Thème 4 : Les effets perçus de la bientraitance	
4.1 Connaissez-vous le concept de bientraitance ?	
4.1.1 Si oui, pouvez-vous me le définir dans vos mots ?	
4.1.2 Si non, avez-vous une idée de ce à quoi renvoie ce concept?	Explorer la perception des personnes professionnelles en travail social sur l'approche de la bientraitance auprès des personnes ainées.
4.2 Voyez-vous des liens entre la bientraitance et le travail social ? Lesquels ?	
4.2.1 Selon vous, comment la bientraitance peut être une approche d'intervention intéressante pour le travail social ?	
4.3 Selon vous, quels sont les défis dans l'implantation de la bientraitance dans les milieux professionnels?	Connaitre les enjeux et les défis liés au concept de bientraitance.

Questions	Objectifs
4.4 Selon vous, quels sont les avantages dans l'implantation de la bientraitance dans les milieux professionnels?	
4.5 Selon vous, quelles sont les conditions qui favorisent la mise en place de pratiques bientraitantes?	

Conclusion

Dans un monde idéal, que suggériez-vous à un professionnel qui souhaite intégrer l'approche de la bientraitance dans sa pratique en travail social ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose concernant le sujet ou rajouter des éléments de réponses à une question précédente ?

Mots de remerciement

Je vous remercie pour votre temps et votre contribution pour mon projet de recherche

Informer des suites : Partage des résultats de l'étude

ANNEXE IX : ATTESTATION DE PARTICIPATION

La présente atteste que _____ a participé à une entrevue d'une durée de deux heures pour ***un projet de recherche*** tel que défini dans les activités admissibles établies par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.

Titre du projet de recherche : **La protection sociale des personnes aînées : le paradigme de la bientraitance dans la pratique des travailleurs sociaux au Bas-Saint-Laurent.**

- Projet présenté au Comité éthique de recherche du CISSS du Bas-Saint-Laurent

Nº de projet :

- Projet présenté au Comité éthique de recherche de l'Université du Québec à Rimouski
- Les participants recevront les références en lien avec les résultats de la recherche.

Selon l'article 8 du *Règlement sur la formation continue obligatoire des membres de l'OTSTCFQ* :

Le membre doit conserver, pour chaque période de référence et jusqu'à l'expiration de cinq ans suivant la fin de la période de référence à laquelle elles se rapportent, les pièces justificatives permettant à l'Ordre de vérifier qu'il satisfait aux exigences du présent règlement.

Nom de la directrice de recherche

Signature de la directrice de recherche

Nom de l'étudiante chercheuse

Signature de l'étudiante chercheuse

Date :

ANNEXE X : ENTENTE DE CONFIDENTIALITÉ POUR LA TRANSCRIPTION DES DONNÉES

ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ POUR LA TRANSCRIPTION DES DONNÉES DE RECHERCHE

Le devoir éthique de confidentialité réfère à l'obligation qu'ont les personnes de protéger l'information qui leur est confiée lors de la recherche. Tout manquement au devoir de confidentialité peut nuire au participant, à la relation de confiance entre le chercheur et le participant, ou à la réputation du milieu de la recherche.

Je _____ DÉCLARE être au courant que tout ce qui est contenu dans les enregistrements audio est strictement confidentiel et appliquerai les mesures de sécurité appropriées telles qu'énoncées dans le formulaire de consentement.

Je M'ENGAGE à ne divulguer à qui que ce soit et à n'utiliser d'aucune façon tout renseignement contenu dans les enregistrements audio des entrevues dans le cadre du projet de recherche: La protection sociale des personnes aînées : le paradigme de la bientraitance dans la pratique des travailleurs sociaux au Bas-Saint-Laurent.

Personne à la transcription des données

Étudiante chercheuse

Directrice de recherche

Date :

ANNEXE XI : GRILLE D'ANALYSE QUALITATIVE

Analyse qualitative (Thème numéro X : ...)

* Grille créée par Marie-Hélène Morin

ANNEXE XII : CODIFICATION N'VIVO

<p>Cheminement professionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Expérience professionnelle <ul style="list-style-type: none"> • Organismes communautaires • Organismes publics • Autres parcours ⇒ Choix du travail social <ul style="list-style-type: none"> • Motivation interne • Motivation externe ⇒ SAD ⇒ Formations <ul style="list-style-type: none"> • Académiques • Milieu de travail • Autres formations 	<p>Interventions auprès des PA</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Particularités des interventions <ul style="list-style-type: none"> • Sur le plan individuel • Sur le plan familial • Sur le plan social • Sur le plan sociétal ⇒ Difficultés et enjeux ⇒ Problématiques ⇒ Maltraitance <ul style="list-style-type: none"> • Types de maltraitance • Réactions ⇒ Représentation du vieillissement ⇒ Préjugés et stéréotypes
<p>Vignette</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Stratégies d'intervention <ul style="list-style-type: none"> • Auprès de la PA • Auprès de la famille • Auprès du médecin • Auprès du personnel de la résidence 	<p>La bientraitance</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Compréhension du concept ⇒ Liens avec le travail social ⇒ L'implantation <ul style="list-style-type: none"> • Les avantages • Les conditions favorables • Les défis
<p>Autres informations</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Bienveillance ⇒ Pandémie ⇒ Politique 	<p>Recommandations</p>