ÉCOLE DE TRAVAIL SOCIAL
Faculté des lettres et sciences humaines
Université de Sherbrooke

ESSAI DE MAÎTRISE

# Bientraitance des aînés : nouveau paradigme à conjuguer à la lutte contre la maltraitance

par
SARAH POMAR CHIQUETTE

Sous la direction de
Pre MARIE BEAULIEU
Essai présenté en vue de l'obtention de la maîtrise en service social

Sherbrooke
Dépôt final en date du
01 MARS 2019

# TABLE DES MATIÈRES


LISTE DES ACRONYMES ..... iv
INTRODUCTION ..... 5
*Problématique, but et objectifs de l'essai* ..... 5
MÉTHODOLOGIE ..... 8
*Partie 1: Méthodologie employée pour la recension des écrits* ..... 8
*Les premières démarches – été 2017* ..... 8
*La recension à partir de mots clés* ..... 9
*L'avortement des recherches dans les banques de données anglophones* ..... 10
*La suite des démarches – Été 2018* ..... 10
*Les premiers résultats* ..... 11
*Les résultats à la suite de la révision interjuge* ..... 11
*La composition du corpus final* ..... 12
*Justification de la méthodologie employée (recension systématique)* ..... 13
*Justification des nouveaux critères de discrimination* ..... 14
*Les limites de l'étude* ..... 17
*Partie 2 : Méthodologie employée pour la discussion exploratoire* ..... 18
*Discussion exploratoire à La Brunante* ..... 18
*Les critères d'inclusion* ..... 19
*Les premières démarches* ..... 19
*Justification de la méthodologie employée (discussion exploratoire)* ..... 19
*Les biais potentiels* ..... 21
CHAPITRE 1 : DÉFINITIONS DU CONCEPT ..... 22
***Des définitions multiples, mais convergentes*** ..... 22
***La bientraitance comme culture, posture, démarche et attitude*** ..... 22
***Une notion qui va au-delà de l'absence de maltraitance*** ..... 24
***Le caractère individuel et collectif de la bientraitance*** ..... 25
***Les contours de la bientraitance, dessinés en collégialité*** ..... 27
***Une définition québécoise à la fois conforme et singulière*** ..... 28
***La bienfaisance, la bienveillance et la bientraitance*** ..... 29
***La participation sociale, un concept central de la bientraitance*** ..... 30
***La traduction anglaise de la bientraitance*** ..... 30

**CHAPITRE 2 : ÉVOLUTION DU CONCEPT** ..... 33
***Les pionniers français*** ..... 33
*Le concept de bientraitance introduit dans des politiques publiques françaises* ..... 34
***À l'international*** ..... 40
***Au Québec*** ..... 42
*Les premiers balbutiements en la matière* ..... 43
**CHAPITRE 3 : CRITIQUES DU CONCEPT** ..... 50
***Une notion « fourre-tout » potentiellement instrumentalisée*** ..... 50
***Des efforts vains sans soutien financier*** ..... 51
***Un risque d'écarter le débat de la maltraitance*** ..... 52
***Un processus de certification remis en cause*** ..... 53
***Des exigences de productivité antagonistes à la bientraitance*** ..... 53
***De potentielles dérives*** ..... 54
***La bientraitance comme figure de déni, fausse orientation et réflexion critique*** ..... 55
***Une notion à promouvoir malgré ses failles*** ..... 56
**CHAPITRE 4 : ANALYSE DES DONNÉES DU CORPUS** ..... 58
***Principaux thèmes portant sur la bientraitance*** ..... 58
*Des conditions de la bientraitance* ..... 60
*L'évaluation des pratiques professionnelles* ..... 61
*Des pratiques, des outils et des guides pour promouvoir la bientraitance* ..... 63
*Les formations professionnelles* ..... 64
*Le travail interdisciplinaire et interprofessionnel* ..... 66
*La réflexion éthique des professionnels* ..... 68
*Le préalable de la bientraitance envers les professionnels* ..... 68
*L'implication des directions* ..... 71
*Une culture de bientraitance* ..... 72
*Les contraintes organisationnelles* ..... 72
*L'implication des personnes aînées* ..... 75
***Principaux thèmes en lien avec la maltraitance*** ..... 77
***Quelques tendances*** ..... 77
***Pertinence et intérêt pour la pratique du travail social*** ..... 78
**CHAPITRE 5 : EXEMPLE D'UN MILIEU DE VIE ORIENTÉ VERS LA BIENTRAITANCE** ..... 81
***Mise en contexte*** ..... 85
***La Brunante, un modèle de bientraitance?*** ..... 86

*Objectifs du projet : « On ne transplante pas un vieil arbre »* ..... 88
*Un milieu ouvert sur sa communauté* ..... 89
*Des pratiques bientraitantes* ..... 90
***La Brunante : une inspiration pour les travailleurs sociaux?*** ..... 93
**CONCLUSION** ..... 96
**BIBLIOGRAPHIE** ..... 102
**ANNEXE 1 : GRILLE DE LECTURE** ..... 116
**ANNEXE 2 : CONSENTEMENT DES PARTICIPANTS** ..... 120
**ANNEXE 3 : SCHÉMA D'ENTREVUE** ..... 121

## LISTE DES ACRONYMES

**ANESM** : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (France)

**AD-PA** : Association des directeurs au service des personnes âgées

**CHSLD** : Centres d'hébergement de soins de longue durée

**CNBD** : Comité national pour la bientraitance et les droits (France)

**CPM** : Conseil pour la protection des malades

**CQCH** : Confédération québécoise des coopératives d'habitation

**EHPAD** : Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (France) - communément nommés CHSLD au Québec

**ESSMS** : Établissements et services sociaux et médico-sociaux (France)

**FORAP** : Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé (France)

**HABEO** : Association française Handicap Age Bientraitance Écoute Orientation

**HAS** : Haute Autorité de Santé (France)

**LAAA** : Ligne téléphonique provinciale Aide Abus Aînés

**LGBT** : Personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et trans

**LSSSS** : Loi sur les services de santé et les services sociaux

**MOBIQUAL** : Mobilisation pour la qualité des pratiques professionnelles (programme français)

**PAM** : Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées

**RPA** : Résidences privées pour aînés

**USLD** : Unités de Soins de Longue Durée

# INTRODUCTION

## *Problématique, but et objectifs de l'essai*

Des pratiques préoccupantes à l'endroit des personnes aînées, particulièrement dans les CHSLD, font couramment les manchettes : l'unique bain par semaine, l'obligation d'utiliser la culotte d'incontinence, les repas peu nutritifs et insipides, l'horaire inadapté aux résidents, la surprescription de médicaments, la chaleur excessive dans les chambres et bien d'autres. Ces conditions de vie, qui correspondent à des manifestations flagrantes de maltraitance, ont de plus en plus d'écho sur la scène publique et politique. Par ailleurs, la problématique de la maltraitance envers les personnes aînées ne date pas d'hier. Il suscite des préoccupations au Québec depuis la fin des années 70. Des efforts concertés sont depuis lors consentis pour lutter contre cette problématique sociale par l'entremise de politiques publiques et de mesures législatives. Naguère, une nouvelle avenue voit le jour, soit celle de promouvoir la bientraitance. De fait, dans le second *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées (PAM) 2017-2022,* lancé à l'été 2017 à Québec par la ministre responsable des Aînés et de la Lutte contre l'intimidation, on définit l'approche de la bientraitance et on y propose des mesures concrètes pour la promouvoir (Ministère de la Famille, 2017).

Ces deux approches, soit la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance, sont complémentaires et gagnent à être conjuguées pour améliorer le bien-être des personnes aînées (Beaulieu, Lebœuf et Pelletier, 2017). Dans le *PAM 2017-2022*, il est mentionné que la promotion de la bientraitance « […] s'inscrit en parallèle à la lutte contre la maltraitance et est considérée comme un levier complémentaire de lutte contre la maltraitance. » (2017, p. 51). Nonobstant, à ce jour, peu d'écrits scientifiques s'intéressent spécifiquement à la promotion de la

bientraitance envers les personnes aînées au Québec. Il s'agit d'une approche qui est pour l'heure principalement déployée en Europe, mais qui gagne de plus en plus en popularité à travers le monde. Ainsi, un nombre croissant de pays développent des actions visant la bientraitance des personnes aînées, dont la France qui en est une pionnière. Afin de pouvoir conjuguer adéquatement ces deux approches, il importe tout d'abord de bien documenter l'approche de la bientraitance. Ce travail se veut justement une première tentative pour délabyrinther cette perspective innovante en matière de pratique gérontologique.

Plus spécifiquement, le but de cet essai est de dresser un portrait général des actions promouvant la bientraitance envers les personnes aînées et d'identifier des pistes de réflexion pour promouvoir une telle approche dans la pratique des professionnels œuvrant auprès des aînés, dont principalement les travailleurs sociaux du Québec. Les objectifs spécifiques sont de 1) Présenter les diverses définitions de la bientraitance; 2) Décrire l'évolution de l'approche de la bientraitance; 3) Réfléchir sur les critiques qui lui sont adressées; 4) Identifier les principaux thèmes de la bientraitance discutés dans la littérature scientifique; 5) Présenter les projets/outils promouvant la bientraitance envers les personnes aînées à l'international et au Québec; 6) Comprendre de quelles manières des initiateurs d'un projet de coopérative d'habitation pour personnes aînées promeuvent la bientraitance; 7) Montrer l'intérêt et la pertinence d'une telle approche pour les travailleurs sociaux.

Par conséquent, certaines questions à élucider sont abordées dans ce présent travail dont les suivantes : de quelle manière l'approche de la bientraitance se définit-elle? Quelles sont ses conditions d'implantation dans les milieux professionnels? Quels en sont les avantages et les

défis? Quels projets et outils innovants se fondent sur l'approche de la bientraitance dans le milieu gérontologique? Quelles sont ses limites? Comment se situe le Québec en matière de bientraitance envers les personnes aînées?

Cette dernière question est fort à propos alors que le Québec a adopté de nouvelles orientations gouvernementales en matière de santé et de services sociaux et que la maltraitance organisationnelle est de plus en plus décriée par la société en général. De ce fait, cet essai s'intéresse également aux pratiques du travail social qui sont incontestablement influencées par les politiques publiques. Enfin, la présentation d'un projet innovant de coopérative d'habitation pour personnes aînées dévoile des pratiques qui s'inspirent de l'approche de la bientraitance au Québec et qui gagnent à devenir un modèle dans le milieu gérontologique.

Cet essai est réalisé dans le cadre de la maîtrise en service social de l'Université de Sherbrooke, sous la direction de Mme Marie Beaulieu. Il est le fruit d'un travail réalisé au sein de la *Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées*. En guise d'introduction, la problématique à l'étude, le but ainsi que les objectifs de l'essai ont été exposés supra. Les méthodologies employées sont décrites, expliquées et justifiées dans la partie subséquente. Le corps du document se divise en cinq chapitres distincts : 1) Définitions du concept; 2) Évolution du concept; 3) Critiques du concept; 4) Analyse des données du corpus et 5) Exemple d'un milieu de vie orienté vers la bientraitance. Dans ce dernier chapitre de l'essai, je discute d'abord de la maltraitance organisationnelle, notamment dans les CHSLD, pour ensuite présenter un milieu de vie bientraitant pour les aînés. Un résumé du travail figure en clôture de l'essai.

# MÉTHODOLOGIE

Cette section de l'essai se divise en deux parties distinctes. La première partie décrit la méthodologie employée pour réaliser une recension systématique dans les écrits francophones sur le sujet de la bientraitance envers les personnes aînées. Quant à la deuxième partie, elle explique les démarches méthodologiques qui ont été employées pour procéder à une discussion exploratoire auprès d'initiateurs d'un projet de coopérative d'habitation pour personnes aînées promouvant des pratiques bientraitantes.

## *Partie 1: Méthodologie employée pour la recension des écrits*

### *Les premières démarches – été 2017*

Dans le cadre de cet essai, une recension systématique des écrits internationaux a été réalisée de mai à août 2017 dans le dessein d'amorcer un travail de réflexion sur la bientraitance envers les personnes aînées et d'identifier les pratiques innovatrices qui promeuvent la bientraitance. Pour ce faire, des recherches simultanées ont été opérées dans six banques de données informatisées internationales francophones – Erudit, Persée, Pascal et Francis, Cairn, Repère, BDSP – ainsi que dans neuf banques anglophones – Abstract in social gerontology, Ageline, CINAHL, ERIC, SocIndex with full text, Social work abstract, PsychINFO, PsycArticles, Medline –. La recension visait à répertorier tous les écrits internationaux de langue française et anglaise, publiés de 2012 à 2017, discutant de la bientraitance envers les personnes aînées. Les articles scientifiques, les chapitres de livre, les articles de vulgarisation, les rapports de recherche ainsi que les mémoires, les essais et les thèses ont été les types de documents retenus pour cette première étape de l'étude.

Il convenait d'abord d'élaborer une recherche étendue sur le sujet en raison de la méconnaissance et du manque de consensus au Québec sur l'approche de la bientraitance envers les personnes aînées. De fait, l'intérêt pour ce sujet est grandissant auprès des chercheurs québécois, mais demeure pour le moment peu documenté. De plus, une recension internationale dans la littérature scientifique permettait de repérer des pratiques, des attitudes, des actions relevant de cette approche dans les divers milieux auxquels les personnes aînées gravitent. Une plus-value considérant que des pays s'intéressent à cette approche depuis déjà quelques années et étudient d'ores et déjà les effets des projets promouvant la bientraitance envers les personnes aînées.

Ainsi, aux fins de ce travail de repérage étendu, des critères d'inclusion ont été choisis. Les documents ont d'abord été retenus s'ils traitaient des personnes aînées et de l'approche de la bientraitance ou s'ils en faisaient indirectement référence. À titre d'exemple, les articles qui mettaient en lumière des projets novateurs qui avaient pour mission d'améliorer les conditions de vie des personnes aînées, sans pour autant mentionner que le projet découlait d'une approche de bientraitance, ont été dans un premier temps retenus.

***La recension à partir de mots clés***

La recension a été réalisée à partir d'une combinaison de deux catégories de mots clés francophones (*voir tableau 1*) dont, bientraitance, milieu de vie, qualité de vie, qualité de soin, bonne pratique, pratique innovante, bien-être (1re catégorie) qui ont été liés au terme aîné et ses déclinaisons possibles (2e catégorie). Afin de déterminer les mots clés de la première catégorie, des articles scientifiques québécois (Beaulieu, Crevier, 2010 et Beaulieu, Pelletier, Leboeuf,

2017) abordant le sujet de la bientraitance ont été consultés et certains termes récurrents ont été identifiés et sélectionnés pour faire partie de cette première catégorie.

***TABLEAU 1 : Vocabulaire libre : Mots clés francophones***

| Catégorie 1 : Liés à la Bientraitance | ET | Catégorie 2 : Liés aux aînés |
|---|---|---|
| Bientrait* | | Aîné |
| « Milieu de vie » | | « Personnes aînées » |
| « Qualité de vie » | | Senior |
| « Qualité de soin » | | Vieux |
| « Meilleure* pratique* » | | Vieillard |
| « Pratique* innovante* » | | Retraité |
| « Bonne* pratique* » | | « Personnes âgées » |
| « Bonne* attitude* » | | Résidents |
| Bienveill* | | |
| « Bien-être » | | |

***L'avortement des recherches dans les banques de données anglophones***

Il est à mentionner qu'il n'existe pas pour l'heure de traduction officielle pour le terme spécifique de la bientraitance en langue anglaise. De ce fait, les recherches opérées dans les banques de données anglophones résultaient à plusieurs milliers de données. Promptement, il a été constaté de l'impertinence de procéder à une recension des écrits dans les banques de données anglophones dans le cadre de ce travail d'essai. Ainsi, les articles anglophones n'ont pas été retenus.

***La suite des démarches – Été 2018***

Finalement, des recherches ont également été réalisées de mai à août 2018 dans des moteurs de recherche tels que Google, Google scholar ainsi qu'à l'aide de l'Outil de découverte, disponible sur le site internet de l'Université de Sherbrooke. Cette démarche a été entreprise dans le dessein

de compléter le corpus d'articles qui n'auraient pas été hiérarchisés lors de la recension des écrits réalisée de mai à août 2017 et de repérer des articles pertinents qui répondent aux critères d'inclusion, mais qui n'ont pas été identifiés dans les banques de données choisies.

***Les premiers résultats***

La recension systématique des écrits dans les six banques de données francophones a permis de retenir 259 documents sur un total de 30 125 écrits trouvés. Ces premiers résultats ont permis de classer les documents en trois catégories distinctes. D'abord, les écrits qui proposent des projets, des attitudes, des actions innovantes dans le milieu gérontologique, mais qui n'abordent pas explicitement la bientraitance, ni la maltraitance. Puis, ceux qui emploient le terme de la bientraitance sans pour autant faire de liens directs avec la maltraitance envers les personnes aînées. Finalement, il y a les écrits qui abordent du sujet de la bientraitance en y faisant des liens explicites avec la maltraitance.

***Les résultats à la suite de la révision interjuge***

À la suite de la révision interjuge des articles des banques de données francophones, il a été convenu que la première catégorie, soit les écrits ne traitant pas explicitement de bientraitance et maltraitance, allait être exclue de la recherche. Pour procéder à cette démarche, l'ensemble des documents n'ayant pas les termes : bientraitance, maltraitance (ainsi que tous les autres termes associés) et personnes aînées (ainsi que tous les autres synonymes associés) dans leur titre, leur résumé ou leurs mots clés ont été rejetés. Il est à préciser que les mots clés suggérés par les banques de données ont été considérés. Ainsi, certains articles ont été retenus parce que les termes recherchés s'y trouvaient dans les mots clés de la banque de données. Quant aux dossiers

faisant mention des trois termes, la discrimination n'a pas été réalisée pour chacun des articles. L'ensemble des articles d'un dossier, qui répondait aux critères, ont été retenus. Qui plus est, afin de circonscrire la recherche, il a été jugé plus à propos de conserver uniquement les ouvrages scientifiques.

Il est à noter que des écrits ne répondant pas aux nouveaux critères d'inclusion ont été consultés et cités dans certains chapitres de l'essai – *Définitions du concept, Évolution du concept, Critiques du concept* –. De plus, certains articles qui répondaient aux critères d'inclusion n'ont pu être intégrés au corpus en raison de leur inaccessibilité, de leur coût trop élevé ou encore de la complexité des démarches pour les consulter.

***La composition du corpus final***

À la suite de la révision interjuge (*été 2017*) et d'une recherche aléatoire (*été 2018*) à partir de différents moteurs de recherche, un total de 42 articles scientifiques ont été retenus dans les banques de données francophones. Parmi ceux-ci 40 proviennent de la France, l'un d'entre eux est rédigé par des autrices suisses et un autre par des auteurs québécois. Les articles datent de 2012 à 2017 (*2012 (n= 12); 2013 (n = 9); 2014 (n = 3); 2015 (n = 7); 2016 (n = 8); 2017 (n = 3)*). Une grille de lecture a été rédigée pour chacun d'entre eux *(voir annexe 1)*. Ensuite, les données ont été compilées permettant d'analyser les données qualitatives. L'analyse du corpus a permis notamment d'identifier les principaux thèmes abordés par les auteurs, les outils et les projets novateurs promouvant la bientraitance envers les personnes aînées, les principaux sujets abordés en lien avec la maltraitance, les principaux milieux et acteurs bientraitants, les différentes

pratiques bientraitantes et les conditions de la bientraitance. L'analyse du corpus se trouve au *Chapitre 4* de ce présent travail.

***Justification de la méthodologie employée (recension systématique)***

Comme mentionné précédemment, une recension systématique dans les banques de données francophones était justifiée en raison de la problématique et des objectifs à l'étude. Ayant comme visée de dresser un portrait général de l'approche de la bientraitance, cette méthode a permis ce travail puisqu'elle « […] facilite un accès rapide à un bilan critique des connaissances scientifiques […] » (Bertrand, L'Espérance et Aranda, 2014, p. 145). De plus, le but de la revue systématique est de « repérer, évaluer et synthétiser des données » (Petticrew, 2001; Bambra, 2011; Egger et Smith, 2001, cité dans Bertrand, L'Espérance et Aranda, 2014, p. 147). Ce qui correspond aux objectifs de ce présent travail. L'essai a également pour objectif d'identifier les principaux thèmes abordés par les auteurs, d'analyser de quelles manières ceux-ci sont discutés par les chercheurs et dans quels contextes ils s'articulent. Comme le mentionne Mulrow (1987), les revues systématiques permettent également « […] de voir si les preuves scientifiques concordent d'une étude à une autre et si elles sont applicables à divers milieux, à diverses populations ou interventions, ou encore de voir si ces résultats ne s'appliquent qu'à des sous - groupes de personnes. » (Mulrow cité dans Martin et Renault, 2013, p. 6).

L'ensemble des étapes d'une revue systématique présentées par les auteurs Bertrand, L'Espérance et Aranda (2014) ont été réalisées, soit établir une question de recherche et identifier les critères d'inclusion et d'exclusion, réaliser une recherche et une sélection des études probantes, évaluer les critères de scientificités de celles-ci et assurer leur pertinence aux fins du

travail, puis produire une analyse et interprétation des résultats. Un autre objectif de l'essai qui concorde avec celui de la revue systématique est celui de repérer de futurs sujets de recherche (Bertrand, L'Espérance et Aranda, 2014). Le présent travail a effectivement permis de relever des sujets d'intérêts pour de futures recherches qui sont discutés en conclusion du document.

Il a été précisé précédemment les raisons pour lesquelles cette recension des écrits ne répond pas à tous les critères de scientificité attendus dans une telle approche de recherche. Par ailleurs, la richesse des résultats obtenus à la suite de l'analyse du corpus a permis de montrer la pertinence et l'intérêt de réaliser une telle recherche scientifique sur la notion de la bientraitance envers les personnes aînées. Qui plus est, comme le soutient Becker (1998), une recherche scientifique de qualité correspond à une étude qui trouve le juste milieu, l'équilibre nécessaire entre la largeur (le nombre de données) et la profondeur de l'analyse. L'ensemble des choix méthodologiques faits dans le cadre de cet essai s'appuie sur cette idée maitresse.

***Justification des nouveaux critères de discrimination***

Un aperçu des sujets trouvés lors du premier tour de la recension des écrits dans les banques de données francophones est présenté afin de mettre en lumière l'étendue et la diversité des études sur ce thème et de justifier la démarche méthodologique.

L'approche de la bientraitance comprend plusieurs principes, dont celui du respect des valeurs, de la culture, des croyances, du parcours de vie, de la singularité et des droits et libertés des personnes. Elle vise notamment l'épanouissement, le bien-être, la sécurité et l'inclusion sociale

des individus. Ainsi, plusieurs actions, projets, attitudes et pratiques peuvent être considérés comme étant vecteurs de bientraitance. Cette approche peut être mise en œuvre dans divers milieux que ce soit dans les centres hospitaliers, les centres de réadaptation, les CHSLD ou toutes formes d'organismes, d'institutions ou d'entreprises. Elle s'articule nécessairement dans des relations individuelles ou collectives, telles qu'entre soignants et soignés, aidants et aidés, employés et employeurs, mais également entre les employés ou les résidents eux-mêmes. L'approche de la bientraitance peut ainsi avoir plusieurs visées, s'appliquer à divers acteurs, à différents milieux et contextes, et ce, de manière très diversifiée. Ainsi, il est d'ores et déjà possible de constater l'étendue des possibilités d'étude sur le sujet de la bientraitance.

Lors du premier tour de la recension des écrits dans les banques de données francophones, plusieurs articles abordaient divers principes de la bientraitance dans les relations entre les professionnels de la santé et les patients. Certains écrits mettaient en lumière des projets pour améliorer la qualité des soins des usagers ou encore renforcer la littératie en santé des soignés. D'autres s'intéressant plus spécifiquement aux personnes aînées proposaient diverses interventions novatrices entre autres pour diminuer les risques de chute, réduire les prescriptions de psychotropes, améliorer les habitudes alimentaires et favoriser la participation des sujets âgés à des activités sportives. Toujours dans la catégorie d'articles ayant une perspective plus médicale, nombreux sont ceux qui mentionnaient les possibilités qu'offrent les nouvelles technologies pour améliorer la qualité des soins et par le fait même la qualité de vie des personnes aînées. L'approche centrée sur le patient était un sujet populaire parmi les articles recueillis au premier tour de la recension des écrits.

Afin de promouvoir le bien-être des personnes aînées, des auteurs se sont penchés sur l'art thérapie, la zoothérapie et la pratique religieuse. L'aménagement des milieux de vie des personnes aînées était également un sujet récurrent parmi les articles trouvés. Ceux-ci décrivaient notamment de quelles manières il était possible d'améliorer la qualité de vie des résidents et leur sécurité en adaptant l'architecture des milieux à leurs besoins. Des écrits identifiaient des distinctions à prendre en compte selon que les personnes aînées vivaient en milieu urbain ou rural. Qui plus est, un nombre considérable d'écrits scientifiques faisaient état des droits des personnes aînées en y décrivant les politiques, les lois et les règlements à mettre en place pour permettre une meilleure protection de ceux-ci. Sur cette question, des auteurs identifiaient des enjeux relatifs au respect de certains droits particulièrement celui de l'autonomie individuelle des personnes aînées.

Dans d'autres recherches, des chercheurs ont présenté plus concrètement des pratiques à prioriser dans le milieu gérontologique en décrivant des compétences (savoir-faire) à acquérir et des attitudes et des comportements (savoir-être) à adopter auprès de clientèles âgées. Les pratiques collaboratives, interdisciplinaires, pluriprofessionnelles ont été des concepts mentionnés et encouragés par certains chercheurs. Plusieurs études montraient l'importance des loisirs et des activités sociales chez les personnes aînées pour maintenir leur bien-être et leur qualité de vie. Puis, des auteurs s'attardaient plus spécifiquement aux pratiques respectueuses des besoins des personnes aînées selon leur culture, leurs croyances religieuses ou encore leur orientation sexuelle.

La bientraitance était également discutée par des chercheurs comme une approche à favoriser pour entre autres éviter l'épuisement des professionnels. Des auteurs suggéraient qu'une telle

approche soit promue au sein même des équipes de professionnels afin que ces dernières appliquent cette même approche auprès de leur clientèle. La formation des professionnels œuvrant auprès des personnes aînées était également un sujet récurrent parmi les articles recensés. Elle était encouragée afin d'inciter les professionnels à de nouvelles pratiques et attitudes auprès des personnes aînées.

Ainsi, les critères de discrimination mentionnés supra ont été choisis puisque le concept de la bientraitance est un sujet vaste auquel il est pour l'heure impossible d'opérer une recension systématique valide. Il s'avérait ainsi plus opportun et pertinent de limiter la recherche aux écrits scientifiques qui mentionnaient explicitement la bientraitance, la maltraitance (ainsi que les termes associés) et les personnes aînées (ainsi que tous les synonymes associés) dans leur titre, leur résumé ou leurs mots clés. Il est à préciser que plusieurs articles discutant de projets, de pratiques novatrices répondant aux principes de la bientraitance, ne mentionnaient pas nécessairement s'inspirer, promouvoir ou appliquer cette approche. Comme mentionné précédemment, la bientraitance envers les personnes aînées est un sujet d'intérêt pour de plus en plus de chercheurs, mais les études qui nomment explicitement cette approche sont, somme toute, peu nombreuses. Ainsi, il était nécessaire de consulter dans un premier temps les articles y faisant clairement mention.

***Les limites de l'étude***

Cette façon de discriminer les documents a permis de circonscrire le travail sur les recherches scientifiques qui s'intéressaient spécifiquement à l'approche de la bientraitance envers les

personnes aînées. Or ce choix méthodologique limite vraisemblablement l'analyse de projets novateurs qui sans le mentionner intègrent des principes de la bientraitance. De plus, le fait que ce travail se restreigne à analyser les articles scientifiques francophones biaise les résultats de recherche, considérant que des chercheurs ont publié des études sur le thème dans d'autres langues, particulièrement en langue espagnole.

## *Partie 2 : Méthodologie employée pour la discussion exploratoire*

Cette deuxième partie explique de quelles manières la discussion exploratoire avec les initiateurs d'un projet de coopérative d'habitation pour personnes aînées a été planifiée et réalisée dans le cadre de cette étude. Puis, la pertinence d'utiliser ce moyen de collecte de données sera illustrée.

### *Discussion exploratoire à La Brunante*

La discussion exploratoire avec deux des fondateurs de la coopérative d'habitation pour personnes aînées, La Brunante, ainsi que Mme Beaulieu s'est déroulée le 22 novembre 2017. D'une durée approximative d'une heure, cette rencontre informelle s'est tenue dans une salle de réunion de la Coopérative. Il a ainsi été possible d'observer l'environnement physique du milieu. Le consentement libre et éclairé des fondateurs a été obtenu par voie orale avant nos échanges. Avec leur accord, la discussion a été enregistrée pour faciliter le travail de rédaction. Les fondateurs ont accepté d'être identifiés. Ils sont ainsi chacun cités dans l'essai. Afin de présenter formellement leur consentement, les fondateurs ont envoyé par courriel un document signé témoignant de leur accord à ce que leurs propos soient utilisés dans le travail ci-présent (*voir annexe 2*).

***Les critères d'inclusion***

Pour cette entrevue, les critères d'inclusion étaient les suivants : être l'initiateur d'un projet de Coopérative d'habitation pour personnes aînées de la région de l'Estrie, connaître sommairement l'approche de la bientraitance, être toujours engagés dans la Coopérative afin de pouvoir expliquer le fonctionnement, l'organisation et la dynamique de la Coopérative. Le nombre de participants n'était pas au préalable prévu, mais le but était de présenter qu'un seul projet.

***Les premières démarches***

Réaliser cette discussion exploratoire avec deux des fondateurs de La Brunante a été suggérée par Mme Beaulieu. Celle-ci a communiqué avec les deux fondateurs afin d'évaluer leur intérêt à discuter de leur projet. Une rencontre a ensuite été planifiée à la Coopérative. À la suite de la rédaction de cette partie de l'essai, un courriel a été envoyé aux deux fondateurs afin qu'ils puissent y ajouter, modifier ou supprimer des passages du travail. Finalement, cette partie de l'essai a été bonifiée par des citations de résidents de la coopérative La Brunante qui proviennent d'une capsule audiovisuelle qui a été réalisée par Carole Laganière dans le cadre du projet QADA du gouvernement du Québec (CAMF, 2015).

***Justification de la méthodologie employée (discussion exploratoire)***

Les entretiens exploratoires ont pour but de tâter le terrain, de dégager les thèmes les plus pertinents et de recueillir des données pratiques qui ne sont pas nécessairement abordées dans la littérature scientifique. Ces discussions exploratoires sont « souvent utilisées en parallèle des premières lectures pour mettre au jour la problématique et définir de manière plus précise l'objet

à l'étude. » (Lefèvre, s.d., p.1). Ces entretiens sont non directifs et visent « […] des spécialistes du sujet qui pourront faire part de leur connaissance du terrain. » (Lugen, s.d., p. 2). Cette méthodologie était ainsi tout indiquée pour m'aider à entamer une réflexion sur le cadre conceptuel de mon travail.

Il est ainsi apparu pertinent de rencontrer des initiateurs d'un projet d'habitation pour personnes aînées qui promeuvent des principes qui s'apparentent à ceux de l'approche de la bientraitance. De fait, il apparaissait justifié de discuter avec des personnes qui avaient expérimenté la mise en place d'un projet d'habitation et qui étaient au fait des retombées positives d'une telle approche. C'était également l'occasion de faire des liens entre les connaissances issues de la recherche et celles issues du terrain et de comprendre des réalités qui sont plus spécifiques au Québec. Donc, l'objectif de cette rencontre informelle était d'entamer un travail de réflexion, de conceptualisation à partir d'un projet québécois qui se préoccupe depuis le début du « bien vivre ensemble » à travers notamment son comité de l'harmonie et qui est en voie d'adopter le vocable « bientraitance » dans ses futures orientations idéologiques.

L'échantillon de type intentionnel et non probabiliste a été privilégié, c'est-à-dire que : « les personnes sont choisies en fonction de leur expertise, pertinence par rapport à l'objet d'étude et parce qu'elles acceptent de verbaliser celle-ci. » (Savoie-Zajc, 2009, p. 348). Un schéma d'entrevue a été réalisé en amont, comme le suggère Savoie-Zajc *(voir annexe 3)*. Qui plus est, le sujet de l'essai, le but, les objectifs, les thèmes ainsi que l'intérêt de les rencontrer sont des aspects qui ont été présentés aux participants avant de commencer la discussion.

Pour réaliser cette discussion exploratoire, je me suis inspirée des façons de faire lorsqu'on réalise une entrevue semi-dirigée. Cette technique se définit comme suit :

> Une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant à la recherche. Grâce à cette interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec l'interviewé (Savoie-Zajc, 2009, p. 340).

Ce type de technique de collecte de donnée est une façon pour le chercheur de prendre conscience de la vision et de la position propre d'une personne vis-à-vis du phénomène à l'étude et ainsi co-construire le sens qu'ils en donnent (Savoie-Zajc, 2009).

***Les biais potentiels***

Malgré les efforts consentis pour réduire les possibles biais, une limite importante de cette technique de collecte de données est celle de la désirabilité sociale (Savoie-Zajc, 2009). Il est possible que les participants aient tenu un discours influencé par le souhait de bien paraître. Qui plus est, en raison du type de travail à réaliser dans le cadre de cet essai, il n'a pas été envisageable de trianguler les données recueillies avec d'autres sources de données. Par ailleurs, il y a eu négociation de sens avec les participants dans la mesure où ceux-ci ont eu la possibilité de relire leurs propos cités dans le travail et y apporter des changements. Puis, en raison du nombre de participants (n = 2), la transférabilité des résultats est vraisemblablement limitée.

# CHAPITRE 1 : DÉFINITIONS DU CONCEPT

Dans ce chapitre, le choix de présenter un nombre important de citations a été fait afin de ne pas dénaturer les propos des auteurs, de mettre en exergue l'étendue des points de vue et de bien saisir certaines subtilités de langage qui définissent l'approche de la bientraitance. Un résumé des principaux éléments discutés dans ce chapitre est exposé en guise de conclusion de cette partie.

## *Des définitions multiples, mais convergentes*

Le terme de la bientraitance acquiert son statut de néologisme dans Le Petit Larousse en 2013. Il se définit comme suit : « Fait de bien traiter un enfant, une personne âgée ou dépendante, un malade, etc. ; l'ensemble des bons traitements eux-mêmes. » (Collectif Larousse, 2013, p. 122). De par sa nouveauté, plusieurs personnes se prêtent au jeu de le définir à leur propre manière. C'est ainsi que différentes définitions du terme sont proposées par des chercheurs, des instances gouvernementales, des associations ou encore des praticiens. Plusieurs éléments de celles-ci se recoupent entre elles. Un aperçu des diverses définitions sur la bientraitance est présenté infra.

## *La bientraitance comme culture, posture, démarche et attitude*

De nombreux auteurs (Doridant et Job, 2010; Duportet, 2010; Ghadi, Terrien et Antonini, 2016; Loubat, 2012; Moulias, Moulias et Busby, 2012; Peoc'h, 2016; Ruault, Doutreligne et Ferry, 2012; Schwab et Bovet, 2015, Terrien, Anthoine et Moret, 2012; Terrien et al., 2012) se réfèrent à la définition de la bientraitance proposée par l'ANESM qui la définit comme une culture dans le cadre de sa recommandation sur la bientraitance en 2008 : « La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant à l'esprit le risque de

maltraitance. » (p. 14). Boissières-Dubourg (2014) ajoute à ce propos que ce concept est une « […] culture du respect de la personne et de son histoire, de sa dignité et de sa singularité afin de favoriser son mieux-être et de conserver son estime de soi. » (p. 108).

La bientraitance est également définie comme une posture, telle qu'une « […] manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus. » (ANESM, 2008, p. 15). Franco-Pernel (2015) soutient que « [s]i la maltraitance est un acte, la bientraitance est une posture dont tous les aspects sont à prendre en considération pour ne négliger aucune piste de mise en œuvre. » (p. 19). Pour Dugravier-Guerin (2014), c'est en reconnaissant et en acceptant le droit à autrui d'être différent que nous sommes en posture de bien traiter. De plus, elle estime que « [l]a bientraitance véritable est l'humble posture consistant à écouter autrui, c'est-à-dire à lui répondre en silence pour lui signifier qu'il ne m'est pas indifférent, que sa parole a une valeur absolue […]. » (p. 674).

Puis, dans le *Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD*, le Groupe Bientraitance FORAP-HAS décrit quant à lui la bientraitance comme :

> […] une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance. Cette démarche globale met en exergue le rôle et les interactions entre différents acteurs que sont le professionnel, l'institution, l'entourage et le patient, l'usager. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs (2012, p. 15).

L'ANESM évoque également que la bientraitance est une démarche et que celle-ci est volontariste (2008, p. 13). Elle « situe les intentions et les actes des professionnels dans un

horizon d'amélioration continue des pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable. La bientraitance est donc à la fois démarche positive et mémoire du risque. » (2008, p. 13). Boissières-Dubourg rejoint ces propos en y ajoutant que cette démarche volontariste est inévitablement bienveillante : « Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager [l'aîné] et du professionnel. » (2014, p. 108). L'autrice mentionne que « […] c'est aussi un ensemble de "petites" attentions qui permet à celui qui les reçoit d'être considéré comme une personne. » (2014, p. 108). Quant à Manciaux, la bientraitance est « […] une attitude qui nous amène à ne pas se polariser uniquement sur ce qui ne va pas, sur les difficultés, les carences et la souffrance des autres, qu'ils soient ou non usagers [des] services. » (2012, p. 3).

### *Une notion qui va au-delà de l'absence de maltraitance*

Cette idée de double action que permet la bientraitance, soit d'agir à la fois positivement et en promotion, est précisée par l'ANESM : « […] la bientraitance ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. Elle n'est ni le contraire logique, ni le contraire pragmatique de la maltraitance. » (2008, p. 14). À cet égard, le ministère de la Famille du Québec prévient dans le *PAM 2017-2022* que « […] l'absence de maltraitance ne signifie pas pour autant la présence de bientraitance. » (Ministère de la Famille, 2017, p. 37). Cet aspect est également repris par les auteurs Moulias et Busby qui précisent que la bientraitance a plutôt « […] pour préalable la conscience de la maltraitance. » (2013, p. 195). Ainsi, la notion de la bientraitance va au-delà du fait de ne pas maltraiter autrui. Elle suppose une intervention professionnelle qui est alerte aux risques de maltraitance, qui tend à les réduire et plus encore qui favorise le bien-être de la personne aînée. À titre d'exemple, un professionnel ne doit pas uniquement s'assurer de ne pas brusquer, offenser, maltraiter la personne aînée, il doit faire en sorte que ses interventions soient

des plus agréables pour elle afin d'assurer son bien-être. En d'autres mots, l'approche de la bientraitance s'articule nécessairement dans une perspective de promotion. Elle ne se limite donc pas à la prévention de la maltraitance envers les aînés.

Les auteurs Robert et Sophie Moulias énumèrent quelques brèves définitions de la bientraitance qui témoignent de cette valeur ajoutée que représente la bientraitance : « La bientraitance, c'est le côté positif du facteur humain », « La bientraitance, c'est ce qui manque une fois que l'on a parfaitement répondu à toutes les normes et à toutes les recommandations » et « La bientraitance, c'est ce qui fait que la dépendance ne soit plus vécue comme une déchéance » (2017, p. 132).

Pour Duportet (2010), la bientraitance est principalement « […] un état de vigilance dynamique qui associe dans un même regard la personne, son histoire, son environnement personnel et institutionnel et dans toute la mesure du possible l'expression de sa propre volonté. » (p. 23).

### *Le caractère individuel et collectif de la bientraitance*

De nombreux auteurs soulignent le caractère individuel et collectif du concept. À ce propos, Schmitt indique que « [l]a bientraitance est un objectif individuel et collectif, reposant sur des valeurs partagées, qui ne se forge pas dans l'abstrait des concepts, mais dans la réalité des relations humaines, vers lequel il faut tendre, à l'écoute des attentes d'une société en permanente évolution. » (2013, p. XIX). La HAS rappelle à son tour que la bientraitance « nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part de chacun des acteurs » (s.d., p.1). Doridant et Job évoquent également le fait que la bientraitance repose sur des valeurs partagées : « […] la bientraitance résulte […] d'un état d'esprit fondé avant tout sur des valeurs communes

telles le respect, l'empathie, le souci de l'autre, ou encore, l'écoute. » (2010, p. 28). Puis Mancieux soutient pour sa part que la bientraitance c'est également et principalement « […] un comportement fait de bonnes pratiques, de travail en équipe, de partenariat intersectoriel incluant également ceux dont nous nous occupons à un titre ou à un autre. » (Mancieux, 2012, p. 3). Cet aspect relationnel est repris par Chambenois (2018), qui explique que la bientraitance est « […] une forme d'écologie relationnelle, faite de qualité de présence, de sincérité, d'une certaine élégance, du souci d'autrui, mais aussi d'écoute, d'attention à soi, de capacité et de possibilité de dire, de questionner, de partager. » (p. 31).

Des auteurs (Arnal-Capdevielle, 2017; Bertézène, 2018; Casagrande, 2016; Chambenois, 2018; Franco-Pernel, 2015; Harrouet, 2012; Pourin et al., 2012) soutiennent que le concept de la bientraitance est étroitement lié à celui du management. On fait alors référence au management de proximité, humaniste, éthique, des connaissances et également au management économique. L'idée maîtresse de ces auteurs est clairement exposée par Arnal-Capdevielle (2017) : « La bientraitance en management est une démarche guidant les actions individuelles et les relations collectives. […]. Elle vise à promouvoir le bien-être du salarié en gardant présent à l'esprit le respect de l'autre. » (p. 147). Il y a ainsi un parallèle à faire avec la notion de culture de bientraitance, discutée précédemment.

Ainsi, la bientraitance est certes une approche individuelle puisqu'elle s'applique à des pratiques quotidiennes réalisées au travers d'une relation interpersonnelle (professionnel et personne aînée). Par ailleurs, ces pratiques doivent être soutenues, inscrites dans une approche globale qui est reconnue, acceptée et soutenue par l'ensemble des employés, employeurs, directions et usagers d'une organisation.

### *Les contours de la bientraitance, dessinés en collégialité*

Certains auteurs (Doutreligne et Ruault, 2013; Ledroit, 2016; Loubat, 2012; Pellissier, 2010; Schmitt, 2013; Ruault, Doutreligne et Ferry, 2012; Terrien, Anthoine et Moret, 2012) appuient les propos de l'ANESM en soutenant que l'exercice qui consiste à élaborer une définition commune de la bientraitance est en quelque sorte vain puisque ce travail réflexif doit plutôt être opéré de manière collégiale entre professionnels et même avec la participation des personnes aînées, des résidents et des patients. Selon ces penseurs, cette façon de procéder à l'élaboration d'une définition exclusive de la bientraitance est la seule viable si une application de pratiques bientraitantes est souhaitée. À cet effet, l'ANESM explique que :

> [l]a bientraitance s'inscrit dans les conceptions d'une société spécifique, à un moment donné du temps. Il appartient à chaque équipe de professionnels, en lien avec les usagers, d'en déterminer les contours et les modalités de mise en œuvre […]. Néanmoins, si la bientraitance est par définition une notion contextuelle et non figée, elle comporte un certain nombre de dimensions incontournables et ne peut donc relever d'un choix arbitraire (ANESM, 2008, p. 14)

Doutreligne et Ruault corroborent en affirmant que la bientraitance « […] ne peut répondre à une définition univoque, à des recettes ou à des dogmes. Elle doit être le fruit d'une réflexion menée ensemble, pour faire converger les convictions de chacun vers une vision commune de la bientraitance […]. » (2013, p. 150). Cette notion est ainsi dire « multiple, subjective et fragile. » (Ruault, 2012, p. 353). Pour mener cette réflexion éthique au sein des équipes de professionnels, Doutreligne et Ruault proposent certains questionnements auxquels le professionnel devrait s'interroger : « qu'est-ce que la bientraitance au niveau institutionnel, dans l'établissement dans lequel je travaille?; qu'est-ce que la bientraitance pour moi, qui travaille dans cet établissement?; qu'est-ce que la bientraitance pour la personne accueillie dans l'établissement dans lequel je

travaille?; qu'est-ce que la bientraitance pour l'entourage des personnes accueillies dans l'établissement dans lequel je travaille? » (2013, p. 150). Pour Ledroit, la bientraitance est : « […] une notion complexe, fragile, évolutive et surtout jamais acquise. Elle ne consiste pas en des règles absolues, décrétées par une sous-commission par exemple. Elle reste un projet, une démarche, un processus, une posture et une intention. » (2016, p. 45).

### *Une définition québécoise à la fois conforme et singulière*

Au Québec, dans le second *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2017-2022*, le gouvernement du Québec propose une définition de la bientraitance qui se lit comme suit :

> La bientraitance vise le bien-être, le respect de la dignité, l'épanouissement, l'estime de soi, l'inclusion et la sécurité de la personne. Elle s'exprime par des attentions, des attitudes, des actions et des pratiques respectueuses des valeurs, de la culture, des croyances, du parcours de vie, de la singularité et des droits et libertés de la personne aînée (Ministère de la Famille, 2017, p. 38).

La définition du gouvernement du Québec s'arrime avec les principes et valeurs mis de l'avant dans la définition proposée par l'ANESM et celles d'auteurs scientifiques. Par ailleurs, comme inscrit, la bientraitance fait référence à des attentions, des actions et des pratiques professionnelles et les notions de « culture » et de « management » n'y figurent point. De fait, la définition québécoise de la bientraitance est précisément orientée vers les aînés et elle ne fait pas référence à une culture à instaurer autant auprès des personnes aidées qu'auprès des professionnels, des directions, des cadres, etc. De plus, alors que la définition qui suit s'applique précisément, comme indiqué, à des personnes aînées, en France le concept est orienté à la fois vers les usagers du système de santé, les personnes aînées et les personnes handicapées. Qui plus

est, dans la définition du gouvernement du Québec, on cible l'ensemble des personnes aînées, qu'elles soient vulnérables ou non. Or, Robert et Sophie Moulias et Busby définissent la bientraitance comme un objectif qui semble être nécessairement centré sur une personne en situation de dépendance : « l'ensemble des aides, soins, accompagnement, paroles et gestes qui visent à permettre de vivre avec bien-être et dignité à une personne devenue dépendante d'une assistance humaine pour ses activités de la vie quotidienne » (2012, p. 830). Ils ajoutent que « la bientraitance est un objectif qui doit sous-tendre toute l'activité d'une équipe qui a pour mission de faire vivre des personnes dépendantes et d'assurer leur bien-être. » (2012, p. 830).

### *La bienfaisance, la bienveillance et la bientraitance*

Merlier se prête à l'exercice de différencier les notions de « bienfaisance », « bienveillance » et de « bientraitance ». Alors que la bienfaisance réfère à une « qualité morale », à la charité chrétienne, la bienveillance est plutôt un « principe éthique » et relève de la générosité (2017, p. 117). Quant à la bientraitance, elle est « […] une bonne pratique contrôlée » (2017, p. 118). Elle est « une notion juridique et politique », soutient l'auteur en présentant les trois lois françaises qui font mention de cette notion – la loi de 2002, la loi de 2005 et la loi de 2007 – (2017, p. 119). Il ajoute que contrairement à la bienveillance, la bientraitance « se fonde sur l'utilité » (2017, p. 120). Finalement, l'auteur apporte une réflexion critique fort éloquente quant à cette notion désormais normée : « la bienveillance consiste à vouloir le bien de l'usager et du patient, la volonté ne saurait pour autant se légiférer : avec son arsenal juridique, la bientraitance n'a guère de prise sur elle. Le vouloir relève d'une initiative de son auteur […] » (2017, p. 120).

### *La participation sociale, un concept central de la bientraitance*

Il en ressort à la lecture de ces définitions que la notion de participation sociale est centrale dans l'approche de la bientraitance. Abordé de manière implicite par certains ou explicite par d'autres, il n'en demeure pas moins que plusieurs auteurs font référence à cette notion. En effet, on mentionne notamment l'importance d'être respectueux des choix et des besoins des personnes, d'être à l'écoute, de favoriser le bien-être et de reconnaître la juste valeur de la parole d'autrui. Qui plus est, on soutient qu'il est impossible de définir préalablement la bientraitance en raison du fait que ce travail exige nécessairement une démarche concertée où les personnes engagées participent toutes à l'élaboration de celle-ci. Nous pouvons également entrevoir que l'approche de la bientraitance concerne une multitude d'acteurs, dont les professionnels de diverses disciplines, les personnes aidées ainsi que leurs proches. En outre, on remarque qu'elle peut s'appliquer à différents milieux de pratique et de soins. D'ailleurs, le gouvernement du Québec apporte cette précision dans son plus récent *Plan d'action 2017-2022* en mentionnant que la bientraitance : « […] s'applique à tous les contextes, à tous les milieux de vie et vise toute personne aînée, qu'elle soit en situation de vulnérabilité ou non. » (Ministère de la Famille, 2017, p. 38).

### *La traduction anglaise de la bientraitance*

Pour l'heure, il n'y a aucun équivalent du terme bientraitance dans la littérature anglo-saxonne. Par ailleurs, des auteurs en font mention en faisant « […] références aux bons soins (good care ou good cure), aux meilleures pratiques (best practices) ou aux pratiques probantes (evidence-based practices) […] » (Beaulieu et Crevier, 2010, p. 72). D'autres auteurs emploient plutôt ces termes : traitements positifs – positive treatment – (Dugravier-Guérin, 2014), bien traiter – well caring –

(Moulias, Moulias et Busby, 2012) soins centrés sur les patients – patient-centered care ou patient centered-ness – (Terrien, Anthoine et Moret$_{ab}$, 2012). En consultant les mots clés des articles scientifiques du corpus à l'étude, il est possible de noter que le terme *patient-centered care* est le plus fréquemment utilisé dans les mots clés. Par ailleurs, plusieurs autres termes sont également employés pour faire référence à la bientraitance dont, *compassionate care, good caring, good treatment, treating well, welfare, goodcare practices, wellbeing, appropriate treatment* et *well-treatment*.

Comme en témoigne ce chapitre, l'approche de la bientraitance est définie de diverses manières par nombreux auteurs. Bien que plusieurs idées se recoupent entre elles, aucune définition ne fait consensus jusqu'à ce jour. En somme, retenons que l'approche de la bientraitance peut être définie comme une culture, une posture, une démarche, une attitude et une pratique dite « contrôlée ». Elle comprend des actions individuelles et collectives et s'actualise forcément en équipe. Elle fait nécessairement référence à des pratiques humaines et empathiques, au respect de la personne, de ses besoins et de ses choix et à un devoir de vigilance. Elle a pour visée de maintenir ou d'améliorer le bien-être des personnes aidées tout comme celui des professionnels.

Rappelons-nous que les personnes qui souhaitent appliquer l'approche de la bientraitance doivent prendre le temps de la définir ensemble, telle qu'elles l'entendent, tout en s'assurant que leur définition fasse écho aux principes de base de cette approche et que les points de vue de tous, y compris des personnes aidées, soient pris en compte. Tel que le réitèrent des auteurs, pour qu'une telle approche soit efficacement intégrée dans un milieu, elle doit nécessairement résulter d'une réflexion à la fois individuelle et collective pour qu'au final elle fasse le même sens pour tout un

chacun. De cette façon, on s'assure que la mission, les objectifs, les pratiques et les attentes soient partagés et que tous se dirigent dans la même direction.

# CHAPITRE 2 : ÉVOLUTION DU CONCEPT

Pour cette section de l'essai, une contextualisation de l'avènement du concept de la bientraitance sera mise en exergue. Celle-ci comprend trois parties distinctes, soit la présentation de l'émergence du concept d'abord en France, ensuite à l'échelle internationale, puis pour terminer au Québec.

## *Les pionniers français*

Le concept de la bientraitance voit le jour dans les années 1990 en France. Il faut remonter à l'année 1978, alors que le film *Enfants en pouponnière demandent assistance* – dont les autrices sont Rapoport et Levy – fait scandale et alerte Simone Veil, ministre de la Santé, sur la maltraitance que subissent les enfants français. Celle-ci déclenche aussitôt une démarche nommée « Opération pouponnières » qui a pour but de tenir compte des souffrances vécues à la fois par les enfants, les parents et les professionnels (Rapoport, 2013). Après un certain temps, les participants du comité de pilotage de cette opération deviennent découragés devant la gravité des actes de maltraitance à l'égard des enfants et les conséquences afférentes (Casagrande, 2016). C'est ainsi en 1996 que le comité de pilotage de cette opération discute pour la première fois de « la bien-traitance institutionnelle » (Rapoport, 2013). Ce terme propose ainsi de nouvelles valeurs professionnelles et institutionnelles (Casagrande, 2016). Il signifie une démarche qui implique surtout, « […] de respecter la continuité du développement de l'enfant dans son histoire, non plus à court terme, mais envisagée dans un projet d'avenir, et de l'aider à construire son identité dans la sécurité affective et l'épanouissement de toutes ses possibilités. » (Rapoport, 2006, p. 21). Le trait d'union du terme n'est pas sans signification. De fait, il appuie le lien qui unit toutes les personnes qui participent à cette démarche. Plus encore, il regroupe tous les

professionnels qui proviennent de diverses disciplines et assure que leur objectif soit commun, que leur énergie soit canalisée (Rapoport, 2013).

L'enjeu de ce concept est résumé par Reichen – coordinatrice du Comité de pilotage de « l'Opération pouponnières » – comme suit : « la bien-traitance des plus vulnérables d'entre les siens est l'enjeu d'une société tout entière, un enjeu d'humanité. » (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1997, cité dans Rapoport, 2013, p. 4). L'utilisation de ce nouveau terme, qui éveille les espérances de toute une société, impulse des chercheurs à étudier le concept de la bientraitance envers les enfants et les médias à participer, à leurs manières, à ce nouvel engouement (Rapoport, 2013).

Par ailleurs, ce n'est que dans les années 2000 que le concept de la bientraitance fait écho dans le champ social et médico-social (Grassin et Wanquet-Thibault, 2016). Certains auteurs estiment que ce prompt intérêt à l'égard de ce concept dans les institutions sanitaires et médico-sociales françaises est dû aux nombreux scandales de maltraitance envers les personnes aînées et les personnes handicapées qui ont fait largement les manchettes dans le pays (Job et Bouchara, 2010; Moulias, Moulias et Busby, 2012; Schwab et Bovet, 2015). Tel qu'il sera présenté infra, ce concept sera fortement appuyé par des politiques publiques et des dispositifs d'évaluation et d'amélioration des pratiques.

***Le concept de bientraitance introduit dans des politiques publiques françaises***

Trois importants textes de loi font référence à la bientraitance, soit la *Loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*, la *Loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la*

*participation et la citoyenneté des personnes handicapées* et la *Loi de 2007 réformant la protection de l'enfance* (ANESM, 2008).

La loi du 2 janvier 2002 reconnaît sept droits aux usagers, dont « le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité; […]; une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins […] » (Ispenian, 2005, p. 51-52). Une autre loi de 2002, soit celle du 4 mars, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, apporte également des changements majeurs dans le système de santé français. Elle renforce les droits des malades et les obligations des professionnels de la santé, en favorisant la participation des patients au système ainsi qu'en améliorant la qualité des services de soins (LégiFrance, 2017). Ainsi, ces deux textes de loi de 2002 représentent les fondements mêmes de la notion de bientraitance.

Dans cette même année, l'Association française pour la Bientraitance des Aînés et Adultes Handicapés (AFBAH) est créée – depuis 2011 nommée HABEO (Handicap Age Bientraitance Écoute Orientation) - et gère entre autres le centre d'écoute national, le 3977, lancé en 2008 (Duportet et al., 2012). Cet outil de communication s'avère encore aujourd'hui d'un grand intérêt d'un point de vue économique, politique, administratif, scientifique, préventif et éthique (Duportet et al., 2012). De fait, les données recueillies par ce dispositif permettent notamment de réaliser des études pour parfaire les connaissances sur le sujet de la lutte et de la prévention de la maltraitance (Duportet et al., 2012).

Dès l'année 2006, le concept de la bientraitance est discrètement introduit dans un plan d'action gouvernemental, soit le *Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010*. Parmi ses objectifs, on retrouve celui d'améliorer la qualité de vie des aînés en réduisant les conséquences de leur douleur au quotidien (Ministère de la Santé et des Solidarités, $2006_a$). L'une des mesures proposées à cet effet est celle d'organiser une formation action sur la bientraitance envers les personnes aînées et handicapées dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les Services de soins à domicile (Ministère de la Santé et des Solidarités, $2006_a$). Dans la même année, la *Charte de la personne hospitalisée* est actualisée. Elle stipule entre autres dans l'article 2 que : « [l]es établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins » et dans l'article 8 que : « [l]a personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité. » (Ministère de la Santé et des Solidarités, $2006_b$, p.1). Il y a également la *Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance* qui met de l'avant des pratiques bientraitantes en préconisant entre autres la liberté de choix de vie et la préservation de l'autonomie (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2009).

Ensuite, le *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance* est lancé en 2007. Ce dispositif national permet de prendre en compte à la fois les personnes aînées et les personnes handicapées (Duportet et al., 2012). Il permet la création du programme Mobilisation pour la qualité des pratiques professionnelles (MobiQual). En ce qui a trait spécifiquement à la thématique de la bientraitance, ce programme est un outil qui permet aux professionnels de se questionner continuellement sur leurs pratiques et ainsi assurer des actions bientraitantes envers les personnes aînées en EHPAD et dans les établissements de santé (SFGG, 2015).

Toujours dans la même année, la Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé (FORAP) est créée. Celle-ci a entre autres pour mission de représenter ses membres, composés d'organismes régionaux et territoriaux, auprès de l'État, dont le ministère de la Santé, de créer des dispositifs internes partagés par l'ensemble des organismes adhérents et d'améliorer la qualité et la sécurité des soins par l'entremise d'activités variées (FORAP, s.d., s.p.). Cette fédération comprend à ce jour quatorze adhérents, soit des structures régionales d'évaluation (SRE) et des structures régionales d'appui (SRA) (FORAP, 2016).

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) est créée par la loi 2002-2 et mise sur pied en 2007 (Hervy, 2013). Elle nait du désir des pouvoirs publics d'aider et de soutenir les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)[1] dans l'élaboration des évaluations internes et externes, instituées par la loi du 2 janvier 2002 (ANESM, 2017). Plus spécifiquement, l'agence a pour dessein de promouvoir la culture de la bientraitance dans le secteur social et médico-social (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2015). C'est ainsi que l'ANESM propose sa première recommandation en 2008. Celle-ci a pour incidence de populariser la notion de la bientraitance (Casagrande,

[1] Les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) sont régis par le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). Ils peuvent être publics ou privés. Pour de plus amples détails sur ces établissements, consulter l'Article L312-1 à l'adresse suivante : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006797382&dateTexte=&categorieLien=cid. Mentionnons que le système de santé français comprend plusieurs structures : « sanitaires (pour la prise en charge hospitalière), médico-sociales et sociales (pour des publics dits « fragiles », âgés ou handicapés […]), ambulatoires (pour les soins dits « de ville »). » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017, s.p.). Les établissements médico-sociaux sont entre autres les EHPAD et les structures pour personnes handicapées (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017).

On définit le domaine social comme « l'ensemble des actions relevant de l'amélioration des conditions de vie d'une société. » Alors que le terme médico-social « est relatif à la médecine sociale, c'est-à-dire qui tient compte du contexte social et des conditions sanitaires d'une population. » (Wikipedia, 2018, s.p.)

2016). Les établissements et services sociaux et médico-sociaux sont désormais tenus de procéder à des évaluations internes et externes pour assurer la qualité de leurs soins et services.

Dans la même année, l'opération « Bientraitance des personnes âgées » est lancée par le secrétariat d'État à la Solidarité obligeant l'instauration de démarches d'auto-évaluation des pratiques bientraitantes par les établissements accueillant des personnes aînées dépendantes (Secrétariat d'État à la Solidarité, 2008). Un an plus tard, le gouvernement confie pour mission à la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) de former les professionnels sur l'approche de la bientraitance par l'entremise du programme MobiQual (Groupe Bientraitance FORAP-HAS, 2012).

Quant au secteur sanitaire, la Haute Autorité de Santé (HAS), instance indépendante, participe sérieusement à la réflexion sur la bientraitance en évaluant les pratiques professionnelles dans le secteur de la santé. D'ailleurs, en 2010, elle publie le rapport *La maltraitance ordinaire dans les établissements de santé* et du même coup la promotion de la bientraitance est ajoutée comme un critère central à la certification des établissements de santé (Groupe Bientraitance FORAP-HAS, 2012). La HAS s'associe en 2010 à la FORAP et ensemble elles créent un guide d'accompagnement pour les établissements de santé et les établissements d'hospitalisation des personnes âgées dépendantes. Celui-ci offre aux professionnels des outils permettant le déploiement de la bientraitance (Saillour-Glénisson et al., 2012).

La ministre, M$^{me}$ Roselyne Bachelot, proclame l'année 2011 l'année des patients et de leurs droits. Parmi les trois axes des travaux préliminaires, il y a celui de « La bientraitance à l'hôpital » (Ministère de la Santé et des Sports, 2010, p. 5). La mission est alors

d'identifier « […] les moments clés, souvent très quotidiens, au cours desquels se noue une relation bientraitante : l'accueil et l'accompagnement des patients et de leurs proches; l'assistance dans les besoins fondamentaux […]; les consultations, les traitements, les soins invasifs […] », etc. (Ministère de la Santé et des Sports, 2010, p. 5). En 2013, le Comité national pour la bientraitance et les droits (CNBD) est mis sur pied et remplace le Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés (Merlier, 2017). Des actions politiques concrètes et des outils stratégiques d'accompagnement émanent ainsi du secteur sanitaire et médico-social pour promouvoir la bientraitance dans les établissements (Saillour-Glénisson et al., 2015).

En 2015, la *Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement* est adoptée. Cette dernière mise particulièrement sur la valorisation de l'autonomie des personnes aînées (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2018). C'est dans le cadre de cette loi qu'un guide national est créé nommé « *Aide à domicile aux personnes âgées : le guide des bonnes pratiques* ». Ce référentiel des bonnes pratiques discute de thématiques variées, dont le choix libre et éclairé des personnes, la tarification juste des services et même des conditions d'emploi du personnel (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2016).

Plus récemment, soit en février 2018, la Commission de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance a vu le jour en France. Il est mentionné que cette commission, qui fait également suite à une mesure de la *Loi d'adaptation de la société au vieillissement*, a entre autres pour visée d'améliorer le repérage, le signalement et le traitement des situations de maltraitance ainsi que de favoriser la promotion de la bientraitance (Buzyn, 2018). Cette annonce publique s'est faite alors que les professionnels de la santé décrient leurs conditions de travail. Des

manifestations pour l'amélioration des conditions de travail en Ehpad ont d'ailleurs eu lieu au cours de l'année. En réaction à cette annonce gouvernementale, le président de l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA) a soutenu que la commission n'est pas une solution au problème actuel. Il soutient que la réelle priorité est plutôt d'augmenter substantiellement le nombre d'effectifs qui offrent des services dans les établissements de soins et à domicile (Thoizet, 2018). Finalement, il est à mentionner que depuis le 1er avril 2018, l'évaluation des activités de la qualité des établissements et services médico-sociaux est désormais confiée à la HAS. Elle assumera ainsi les anciennes missions de l'ANESM.

### *À l'international*

Des démarches politiques ont également cours depuis plusieurs années à l'international pour promouvoir la bientraitance envers les personnes aînées. Une première Assemblée mondiale sur le vieillissement est tenue à Vienne en 1982. Lors de cette première rencontre, les pays membres des Nations Unies adhèrent à certains principes, dont ceux de porter une attention particulière à l'égard des personnes aînées ainsi qu'à leur qualité de vie, de respecter leurs droits afin qu'elles puissent maintenir leur pleine participation à la vie en société ainsi que de reconnaître leurs diversités – culturelles, éducationnelles, expérientielles, religieuses – afin de mieux répondre à leurs besoins et attentes (Nations Unies, 1982). L'Assemblée générale des Nations Unies adopte dès 1991 cinq principes pour les personnes aînées, soit l'indépendance, la participation, les soins, l'épanouissement personnel et la dignité. Sur ce dernier principe, il est mentionné que les personnes aînées doivent pouvoir vivre dans la dignité et la sécurité et dans des environnements exempts de violences physiques et psychologiques (Nations Unies, 1991).

Lors de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement en 2002, le *Plan international sur le vieillissement de Madrid* adopte trois principales orientations soit, « les personnes âgées et le développement » (Nations Unies, 2002, p. 9); la « promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées » (Nations Unies, 2002, p. 24); et la « promotion d'un environnement favorable au développement social » (Nations Unies, 2002, p. 36). Quant à cette dernière proposition, il est entre autres indiqué comme objectif d'éliminer « […] toutes les formes d'abandon, de sévices et de violence à l'encontre des personnes âgées. » (Nations Unies, 2002, p. 42). Parmi les mesures proposées, on retrouve celle de légiférer plus fortement les situations où les personnes aînées subissent des sévices (Nations Unies, 2002). Il est possible de constater que des propositions de ce plan s'inscrivent dans une démarche de bientraitance, bien que le terme ne soit pas explicitement mentionné. On s'intéresse entre autres à la participation des personnes aînées à la société, au respect de la dignité, à la prise en compte des besoins intrinsèques des personnes aînées, aux normes de sécurité à renforcer, à l'équité et à la justice, etc. (Nations Unies, 2002). Beaulieu et Crevier soutiennent que ces deux documents des Nations Unies [1991 et 2002] évoquent la bidirectionnalité des orientations, soit d'un côté la promotion de la bientraitance et de l'autre la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées (2010).

Il est incontournable de souligner que la promotion de la bientraitance envers les personnes aînées a également cours depuis plusieurs années dans de nombreux pays hispanophones de l'Amérique latine – Argentine, Chili, Pérou, etc. – (Beaulieu et al., 2018). Par ailleurs, en raison de la barrière de la langue, le présent travail ne présente pas l'évolution de ce concept dans ces pays. Nonobstant, de futures recherches qui se penchent sur l'évolution de la bientraitance envers les personnes aînées dans les pays hispanophones seraient des plus pertinentes notamment pour

alimenter les discussions et les réflexions, puis pour enrichir ultimement les pratiques d'ici et d'ailleurs.

### *Au Québec*

Au Québec, l'intérêt à l'égard du concept de la bientraitance envers les personnes aînées se fait beaucoup plus tardivement qu'en France. Par ailleurs, comme il en sera discuté ci-après, de nombreux efforts sont consentis depuis quelques années pour adopter cette nouvelle approche.

Depuis la fin des années 70, l'enjeu de la maltraitance envers les personnes aînées suscite des préoccupations au Québec. D'ailleurs, la violence envers les personnes aînées est identifiée pour une première fois comme un enjeu public lors de colloques régionaux sur la violence, organisés par le ministère de la Justice à la fin des années 70 (Beaulieu et Crevier, 2010). C'est dans le rapport *Vieillir en toute liberté* (1989) que l'on décrit pour la première fois le phénomène de la maltraitance et que l'on mentionne l'importance des actions gouvernementales synergiques et des interventions conséquentes, structurées, pour lutter contre la maltraitance envers les personnes aînées (Beaulieu et Crevier, 2010). Des recommandations qui ont été reprises en 1992 dans le rapport *Vers un nouvel équilibre des âges* (Beaulieu et Crevier, 2010). Le rapport *Préparons l'avenir avec nos aînés* (2008), expose les résultats d'une importante consultation publique qui a trait aux conditions de vie des personnes aînées. Celui-ci fait de la lutte contre la maltraitance l'une des dix priorités pour l'amélioration des conditions de vie des personnes aînées du Québec (Beaulieu et Crevier, 2010). À la suite de cette publication, un comité interministériel, comprenant treize ministères et organismes gouvernementaux, est formé afin de mettre sur pied un plan d'action gouvernemental (Beaulieu et Crevier, 2010).

***Les premiers balbutiements en la matière***

À l'instar des politiques internationales, au Québec on retrouve d'abord des politiques publiques auxquelles la promotion de la bientraitance envers les personnes aînées est implicite. À ce sujet, les chercheuses Beaulieu et Crevier identifient quatre documents du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui marquent les premiers balbutiements en la matière.

En 2001, le MSSS publie les orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes aînées en perte d'autonomie. Plusieurs éléments de ces grandes orientations s'inscrivent dans une perspective de bientraitance. Dans la première orientation, on discute entre autres de la pertinence du travail de collaboration entre les professionnels afin d'offrir des soins et services continus aux personnes aînées (MSSS, 2001). La deuxième orientation énumère les services auxquels les personnes aînées doivent pouvoir bénéficier, et ce, quel que soit leur milieu d'hébergement : « L'information, la prévention et le dépistage; L'aide à la personne; L'aide aux proches; Les services professionnels de base » (MSSS, 2001, p. 22). Puis, la troisième orientation présente cinq notions qui permettent d'assurer la qualité des interventions soit, « l'identité, le contrôle, l'intimité, la sécurité et le confort. » (MSSS, 2001, p. 35).

Qui plus est, la politique de soutien à domicile *Chez-soi le Premier choix* énumère plusieurs valeurs qui composent l'approche de la bientraitance. De fait, on mentionne que le respect du choix des personnes aînées est prioritaire que ce soit les décisions qu'elles prennent au quotidien ou les décisions qui ont trait aux ressources auxquelles elles bénéficient (MSSS, 2003). De plus, elle promeut « […] le respect des valeurs culturelles et de la situation familiale et sociale. » (MSSS, 2003, p. 5). Puis, cette nouvelle politique identifie le soutien aux proches aidants comme

incontournable pour assurer la qualité de vie des personnes aînées. Beaulieu et Crevier expliquent que l'emphase accordée aux proches aidants est primordiale pour prévenir les actes de maltraitance envers les aînés et une façon efficace de promouvoir la bientraitance des proches aidants, souvent eux-mêmes des aînés (2010). Cette politique préconise également les services continus pour améliorer la qualité des services et répondre plus efficacement aux besoins des personnes aînées (MSSS, 2003). Ainsi, il est possible de constater que plusieurs valeurs mises de l'avant dans cette politique correspondent à celles de la bientraitance.

Le MSSS réalise depuis 2003-2004 des visites dans les divers CHSLD de la province afin d'en apprécier la qualité des services (Beaulieu et al., 2018). Ces visites tout comme la certification des Résidences privées pour aînés (RPA) assurent la qualité et la sécurité des milieux de vie et par le fait même la protection des personnes aînées (Beaulieu et al., 2018). On peut ainsi dire que de telles pratiques gouvernementales s'inscrivaient d'ores et déjà dans une perspective de promotion de la bientraitance, bien qu'elles n'aient pas été nommées comme telle.

Le *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie, Un défi de solidarité*, annonce entre autres des mesures qui tentent d'apporter des réponses adaptées aux besoins et attentes des personnes aînées ainsi que de leurs proches aidants (MSSS, 2005). Le *Plan d'action* a notamment pour dessein de faciliter le maintien à domicile des personnes aînées en perte d'autonomie et de soutenir les proches aidants dans l'accomplissement de leur rôle (MSSS, 2005). Les fondements du *Plan d'action 2005-2010* reposent sur cinq principes, soit :

> le respect de la liberté de la personne de choisir pour elle-même; la volonté ferme de permettre aux personnes aînées en perte d'autonomie de demeurer dans leur communauté; la solidarité à l'égard de la personne proche aidante, […], et la reconnaissance du caractère volontaire de son engagement […];

> l'information à la population sur le soutien auquel elle est en droit de s'attendre et l'assurance d'une réponse diligente et respectueuse de ses besoins; une réponse fondée sur les besoins des personnes et une contribution de l'usager indépendante du lieu où il réside, du type de résidence et du prestataire de services (MSSS, 2005, p. 33).

Le soutien à l'égard des proches aidants est également exposé dans ce *Plan d'action*. Comme mentionné précédemment, Beaulieu et Crevier (2010) soutiennent que ce type de mesure est une manière de promouvoir la bientraitance et de lutter contre la maltraitance. De fait, l'épuisement des proches aidants peut mener à des actes de maltraitance. Ainsi, réduire, voire éliminer les cas d'épuisement des proches aidants, permet par le fait même de lutter efficacement contre les situations de maltraitance.

En 2006, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) annonce la réforme organisationnelle des services, la fusion d'établissements ainsi que la responsabilité populationnelle des territoires. Il y a une priorité qui est octroyée à la participation des usagers dans les choix « des orientations, à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services » (Gouvernement du Québec, 2017, s.p.[2]). Les lignes directrices qui orientent les services de santé et les services sociaux sont les suivantes : « la raison d'être des services est la personne qui les requiert » (Gouvernement du Québec, 2017, s.p[3].), « le respect de l'usager et la reconnaissance de ses droits et libertés […] » (Gouvernement du Québec, 2017, s.p.[4]), « l'usager doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité » (Gouvernement

[2] LSSSS, 2006 : art. 2.1
[3] LSSSS, 2006 : art. 3.1
[4] LSSSS, 2006 : art. 3.2

du Québec, 2017, s.p.[5]), « l'usager doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant » (Gouvernement du Québec, 2017, s.p.[6]) et « l'usager doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse. » (Gouvernement du Québec, 2017, s.p[7].).

Ces lignes directrices s'harmonisent avec celles de la promotion de la bientraitance envers les personnes aînées. De fait, des actions centrées sur la personne, qui respectent les droits et libertés, la dignité, l'autonomie et les besoins des personnes, puis qui favorisent la participation notamment en offrant des informations éclairantes aux personnes, représentent incontestablement les fondements mêmes d'une approche de bientraitance. Bien que cette réforme s'applique à l'ensemble des personnes bénéficiant des services du système de santé et de services sociaux, les personnes aînées représentent nécessairement une part importante de ces prestataires.

Dans le cadre du programme de sensibilisation *Pour que vieillir soi gai*, mis sur pied en 2009 par la Fondation Émergence, la Charte de la bientraitance envers les personnes aînées lesbiennes, gaies, bisexuelles et trans (LGBT) a été créée. Celle-ci est un moyen d'outiller les personnes œuvrant auprès des personnes aînées LGBT et d'assurer des environnements inclusifs (Fondation Émergence, 2013). D'autres chartes de la bientraitance sont présentes au Québec, telles que la Charte de la bientraitance des personnes aînées de l'Estrie, lancée en 2016 par la Concertation estrienne contre la maltraitance des personnes aînées.

À la suite du premier *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015*, qui a été reconduit jusqu'en 2017, un second est lancé le 15 juin à

[5] LSSSS, 2006 : art. 3.3
[6] LSSSS, 2006 : art. 3.4
[7] LSSSS, 2006 : art. 3.5

Québec par la ministre responsable des Aînés et de la Lutte contre l'intimidation, M$^{me}$ Francine Charbonneau. Parmi les mesures annoncées dans le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées (PAM) 2017-2022*, quatre actions du premier plan, qui ont démontré leur pertinence par leurs résultats probants, ont été reconduites. Ces actions sont les suivantes : la campagne sociétale de dénonciation de la maltraitance, la Ligne Aide Abus Aînés, l'équipe de coordonnateurs régionaux ainsi que la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées (Ministère de la Famille, 2017). Ce *Plan d'action* présente deux nouvelles priorités du gouvernement. La première est celle de lutter contre la fraude financière. De fait, 20 % des mesures présentées portent sur ce fléau qui représente la forme la plus répertoriée de maltraitance au Québec (Ministère de la Famille, 2017). La deuxième est celle de promouvoir la bientraitance afin de prévenir la maltraitance envers les personnes aînées (Ministère de la Famille, 2017). Pour ce faire, le gouvernement du Québec définit l'approche de la bientraitance et propose des moyens concrets pour la promouvoir (Ministère de la Famille, 2017). Ceux-ci sont entre autres de « Recenser les pratiques dites "bientraitantes" en contexte de soins, […], et en faire la promotion auprès des employés du réseau de la santé et des services sociaux; Sensibiliser et mobiliser la population sur la bientraitance des personnes inaptes; Promouvoir la bientraitance en résidences privées pour aînés (RPA) par des activités et des outils de sensibilisation; Soutenir la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées de l'Université de Sherbrooke. » (Ministère de la Famille, 2017, p. 53 et 64).

En 2017, la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* est sanctionnée. En plus de prévoir des mesures de prévention à la maltraitance, celle-ci impose aux établissements qu'elles aient une politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées (Gouvernement du Québec, 2018).

Comme le soutiennent les auteurs Beaulieu et al. (2018), cette nouvelle loi laisse entrevoir l'adoption de nouvelles pratiques qui, espérons-le, s'arrimeront avec les principes de la bientraitance.

En 2018, une Entente-cadre nationale a été signée par plusieurs ministres et hauts fonctionnaires – ministre responsable des Aînés et de la Lutte contre l'intimidation, ministre de la Santé et des Services sociaux, ministre de la Sécurité publique, ministre de la Justice, directrice des poursuites criminelles et pénales, président-directeur général de l'Autorité des marchés financiers, Curateur public du Québec, président par intérim de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse –. L'objectif de celle-ci est de mieux protéger et aider les personnes aînées en situation de vulnérabilité qui subissent de la maltraitance par l'entremise d'interventions concertées entre les professionnels (Ministère de la Famille, 2018). Cette mesure, prévue au *PAM 2017-2022*, représente une avenue importante pour lutter efficacement contre la maltraitance. Une telle entente multisectorielle adoptée pour promouvoir la bientraitance envers les personnes aînées pourrait sans contredit être tout aussi pertinente et justifiée pour l'avancement de cette approche au Québec. Ce type de travail de concertation à l'échelle provinciale correspond à la notion de culture de bientraitance évoquée par moult auteurs.

Finalement, au printemps 2018, le gouvernement du Québec a mis en place un nouveau *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. Ce dernier, présenté par le MSSS, est très pertinent pour l'amélioration des pratiques institutionnelles. On mentionne l'importance que le partenariat et la mobilisation des acteurs soient inscrits dans une culture et que celle-ci se traduise : « tant sur le plan des valeurs promues par le MSSS et le réseau, que sur celui de l'accompagnement spécifique des différents

acteurs du système, usagers et proches en situation de partenariat. » (MSSS, 2018, p. 17). Ce guide de référence qui s'adresse à la fois aux usagers, proches, intervenants et gestionnaires gouvernementaux s'avère inéluctablement un début fort prometteur pour espérer une meilleure implication des personnes aînées et de leurs proches.

Il est à mentionner que lors d'un échange informel avec Marie Beaulieu (2019), celle-ci a soutenu qu'un pan important de l'histoire de l'avènement de la bientraitance au Québec n'est pas abordé dans la littérature scientifique. Elle explique que sont des acteurs de terrain et les coordonnateurs régionaux qui ont d'abord réclamé la promotion de la bientraitance au Québec :

> Ils ont constaté que le titre de diverses activités de sensibilisation pouvait avoir un effet délétère. Qui est intéressé par une activité au titre : venez parler de maltraitance? Ils ont alors fait valoir que la bientraitance pouvait être une avenue intéressante de dialogue, de sensibilisation, voire de moteur à des changements d'attitudes et de pratiques. En parlant de ce que l'on souhaite améliorer pour tendre vers la bientraitance, on aborde indirectement de ce qui ne va pas, donc de ce qui est maltraitant (Beaulieu, 2019).

En somme, bien que le concept de la bientraitance soit, comparativement à la France, peu étudié au Québec, le lancement du *Plan d'action 2017-2022* contribue à populariser l'approche et à susciter l'intérêt des chercheurs et des praticiens sur celle-ci. Qui plus est, les enjeux actuels en ce qui a trait entre autres à la qualité de vie des personnes aînées en CHSLD inciteront, pouvons-nous présumer, l'adoption de nouvelles mesures favorisant des pratiques qui répondent mieux aux principes de la bientraitance. Enfin, c'est ce que laisse présager le contexte social et politique actuel.

# CHAPITRE 3 : CRITIQUES DU CONCEPT

Bien que le concept de la bientraitance soit de plus en plus un axe d'intérêt pour les chercheurs, les praticiens et les décideurs publics, certains chercheurs lui adressent des reproches auxquels il importe de s'attarder plus sérieusement. D'autres auteurs témoignent plutôt des enjeux et des préoccupations qu'ils pressentent à l'égard de ce concept, sans pour autant le discréditer.

### *Une notion « fourre-tout » potentiellement instrumentalisée*

De prime abord, Rapoport prévient du risque que le concept ne se réduise qu'au contraire du concept de la maltraitance ou encore « [à] un label vide de sens, à des injonctions qui nous confineraient entre l'axe du mal-faire ou du bien-faire. » (Rapoport, 2013, p. 6). Des auteurs déplorent l'imprécision du concept de la bientraitance en le qualifiant de flou (Pellissier, 2010). Propulser un concept qui soit si peu clair quant à sa visée, ses moyens et ses avantages pragmatiques comporte, selon certaines personnes, le risque qu'il ne devienne qu'un ramassis d'idées diverses et confuses sans retombées positives (Pellissier, 2010). Dans son ouvrage *Ce que la maltraitance nous enseigne*, l'autrice Casagrande souligne que :

> Toute affirmation de valeur mal définie […] comporte en elle-même la trace de sa propre déchéance […]. Il n'en est pas autrement de la bientraitance, qui à peine affirmée court le risque de dégénérer en ratios et en grilles d'évaluation, ou de figer en une bonne conscience stérile les gestes et les pensées de ceux qui prétendent y accéder pour mieux s'y arrêter (2012, p. 171-172).

Le risque à l'instrumentalisation du concept est vraisemblablement présent. À cet effet, Pellissier (2010) affirme que plusieurs professionnels sont inquiets à l'effet que cette notion soit notamment instrumentalisée politiquement. Le fait que la bientraitance soit devenue « une norme prescrite, objectivable et évaluable » dénoterait de cette récupération politique (Schwab et Bovet,

2015, p. 73). L'approche serait devenue une norme dictée par le haut, soit par les décideurs publics, les directions, etc. (Schwab et Bovet, 2015). Étant donné qu'elle est définie et encadrée par des bureaucrates, inconscients des réalités vécues par les praticiens, les attentes de ces derniers sont inéluctablement irréalistes (Lechevalier Hurard, 2013). À ce propos, les chercheuses Beaulieu et Crevier soutiennent qu'étant donné que pour l'heure les résultats d'évaluation des programmes de bientraitance ne sont pas concluants, il serait préférable de parler de la bientraitance comme d'un objectif éthique et non pas comme d'un but évaluable, quantifiable (2010).

### *Des efforts vains sans soutien financier*

Selon Pellissier (2010), promouvoir la bientraitance au sein des équipes soignantes est a priori louable. Par ailleurs, sans investissements financiers considérables pour améliorer les conditions de formation, les conditions de travail et de soins, cette démarche n'est dans les faits que poudre aux yeux. Exiger de la part des professionnels de faire plus et mieux sans pour autant augmenter leurs ressources et/ou améliorer leurs conditions de travail est pervers selon l'auteur : « Pervers car contenant une part de vérité : oui, dans beaucoup de situations, le manque de moyens n'empêche pas d'améliorer certains aspects de la pratique. » (2010, p. 40). Or, cette situation entraine nécessairement des répercussions négatives chez les professionnels. En effet, les ressources étant limitées, ils peinent à répondre aux exigences plus élevées du milieu. Il y a un décalage de plus en plus important entre les objectifs attendus et les objectifs réalisables, selon les contraintes de travail. Ce décalage est certes lourd à porter pour les professionnels qui ont toujours l'impression de ne pas être à la hauteur (2010). L'épuisement des professionnels est d'ailleurs une problématique aujourd'hui reconnue et à laquelle il nous faut désormais réagir,

comme en témoigne les études et plusieurs faits d'actualité. Adopter une culture bientraitante dans les milieux de pratique nécessite des coûts. Ainsi, la question demeure à savoir si les décideurs publics et les directions sont prêts à investir davantage pour promouvoir réellement la bientraitance envers les personnes aînées. Dans ce même ordre d'idée, l'auteur Merlier (2017) pose une question centrale : si bientraiter les professionnels en leur assurant de bonnes conditions de travail influence inévitablement leur capacité à bientraiter les usagers, les politiques sociales ne devraient-elles pas s'appuyer sur ce lien de cause à effet?

Les propos de Schwab et Bovet sont sans équivoques : les décideurs, les directions, les acteurs publics ont fait de la bientraitance un cadre normatif leur permettant de promotionner la qualité des services (2015). Selon les autrices, la bientraitance doit plutôt être utilisée comme « […] un projet collectif, une visée éthique et non une finalité objectivable et mesurable. Cette posture implique de penser la bientraitance comme un processus dynamique, une co-construction, et non comme une norme figée, définie une fois pour toutes depuis le haut. » (2015, p. 73).

### *Un risque d'écarter le débat de la maltraitance*

Pour certains chercheurs, le risque de parler de la bientraitance est celui d'arrêter de parler de la maltraitance. En fait, la bientraitance serait une échappatoire facile, une fuite, un moyen d'éviter de parler du réel problème social qu'est la maltraitance (Schwab et Bovet, 2015). Pour d'autres, il s'agirait plutôt d'une dénégation de l'éthique du soin, une forme de dénigrement de l'acte du soin qui serait censé, par définition, être bienveillant (Schwab et Bovet, 2015). Les auteurs Moulias et Busby sont d'avis que le concept de la bientraitance a malheureusement été trop fréquemment

employé pour masquer celui de la maltraitance, voire pour nourrir le tabou sur ce problème (2013).

### *Un processus de certification remis en cause*

Certains affirment que la logique institutionnelle de certification dans laquelle est inscrite la bientraitance en France nuit plutôt à la prévention de la maltraitance. Elle aurait entre autres pour incidence de rendre pour seuls responsables de la qualité des services les professionnels et de déresponsabiliser les institutions qui ont fait leurs preuves en recevant la certification de « bientraitante » (Schwab et Bovet, 2015). De nombreux chercheurs s'interrogent sur la normalisation et la standardisation des pratiques bientraitantes. Harrouet (2012) soutient que l'action de soigner n'est pas seulement une action technique, mais également une action relationnelle. Elle se doit d'être personnalisée et non normalisée en raison des besoins et attentes qui diffèrent nécessairement de tout un chacun. Il s'avère ainsi d'autant plus complexe de quantifier, d'évaluer, de mesurer les pratiques. Bien que certains aspects puissent être mesurés, tels que la qualité de l'aide technique reçue par exemple, d'autres aspects plus subjectifs ne sont pas mesurables, mais tout aussi nécessaires (Moulias, Moulias et Busby, 2012).

### *Des exigences de productivité antagonistes à la bientraitance*

Moulias (2014) présente un autre enjeu important soit celui du stress et de la peur des directions et des professionnels d'être pénalisés à la suite de mauvaises évaluations. L'auteur explique que ce sentiment de crainte peut encourager les professionnels et les directions à respecter ad litteram les exigences règlementaires qui sont évaluables et à négliger les autres. De fait, d'autres facettes

de leur responsabilité, telles qu'assurer le bien-être des personnes, pourraient être laissées pour compte puisqu'elles sont difficilement mesurables.

Ainsi, ces visées de productivité et de rentabilité à tout prix exigées aux professionnels par l'entremise d'objectifs et de résultats quantifiables vont à l'encontre même de l'approche de la bientraitance. Elles s'avèrent des freins à la promotion de la bientraitance. Cette « dérive comptable » des milieux de pratique met en péril les conditions de travail des professionnels et par le fait même affecte la disposition des professionnels à bientraiter les personnes. Comme nommé précédemment, les professionnels doivent être bientraités pour être en posture de bientraiter autrui (Harrouet, 2012). L'auteur Harrouet ajoute que la mission, les interventions, les responsabilités des professionnels doivent faire sens pour eux afin qu'ils soient en mesure de bientraiter autrui (2012). Concernant cette nouvelle approche technocrate, Rajablat, qui discute de l'importance du soin de la toilette, est d'avis que

> […] l'univers des soins est devenu inhospitalier et la réflexion est sacrifiée au profit d'expertises technocratiques qui isolent, fragmentent et vident de sens les mots et les pratiques. On se targue d'″humanitude″ et de ″bientraitance″, alors que certains aides-soignants ont entre 3 et 7 minutes pour faire la toilette des patients/résidents de leurs institutions (2015, p. 15).

### *De potentielles dérives*

Les auteurs Robert et Sophie Moulias ainsi que Busby distinguent deux grandes dérives possibles en lien avec l'interprétation de la bientraitance. D'abord le « négationnisme de la maltraitance », c'est-à-dire que les professionnels estiment faire preuve de bientraitance dans le cadre de leurs fonctions, y compris ceux qui sont maltraitants. Les auteurs sont d'avis qu'affirmer que les professionnels d'un établissement sont bientraitants et donc qu'il n'y a pas de situations de

maltraitance est inéluctablement erroné et dangereux (Moulias, Moulias, Busby, 2012). Selon eux, faire un tel déni suppose que l'on ne souhaite ni voir, ni lutter contre ces possibles manifestations de maltraitance. Alors que le risque est perpétuel, il est d'autant plus présent s'il n'y a pas de regard critique, externe et si l'on s'appuie uniquement sur les normes prescrites : l'ensemble des normes ont été respectées, alors nous sommes immanquablement bientraitants, et il n'y a donc pas de maltraitance dans notre organisation (2012). Moulias et Busby rappellent qu'il est « […] fréquent de se croire bientraitant tout en maltraitant par abus de précaution, par ignorance ou par inconscience des besoins. » (2013, p. 195).

La deuxième dérive est en lien avec le sentiment de culpabilité des professionnels et leur démotivation. En effet, ceux-ci peuvent constater qu'ils n'atteignent pas l'ensemble des objectifs d'une bientraitance dite idéale, qu'ils n'actualisent pas tous les souhaits des personnes aînées et que ces dernières demeureront dépendantes, peu importe les actes posés. Devant ces constats, les professionnels peuvent se culpabiliser parce qu'ils ont le sentiment de ne pas être à la hauteur, de ne pas pouvoir répondre aux attentes. Puis, ce sentiment peut ultimement mener à la démotivation (Moulias, Moulias et Busby, 2012).

### *La bientraitance comme figure de déni, fausse orientation et réflexion critique*

L'autrice Casagrande (2010) résume les trois destins du concept de bientraitance. Le premier est le déni, c'est-à-dire faire fi des situations de maltraitance, comme présenté supra par les auteurs R. Moulias, S. Moulias et Busby (2012). Le second destin fait référence au fait que devant la popularité du concept auprès des professionnels, dirigeants, cadres et formateurs, tous se joignent à la mouvance, sans nécessairement savoir de quoi il en retourne ou sans réellement s'imprégner

de ses principes (2010). Puis, le troisième destin, que l'autrice estime moins fréquent, mais plus significatif, est celui de créer un temps de réflexion critique sur les pratiques professionnelles afin que celles-ci puissent être adaptées au milieu, aux personnes aînées, etc. C'est ainsi qu'elle soutient que trois dimensions sont essentielles pour garantir des retombées positives du concept de la bientraitance, soit : « accepter la traversée du négatif, refuser de figer le concept dans des solutions définitives et intégrer impérativement les pratiques médicales et managériales au sein du questionnement. » (Casagrande, 2010, p. 26).

### *Une notion à promouvoir malgré ses failles*

En réponse à toutes ces critiques et préoccupations, l'auteur Manciaux est d'avis qu'adopter l'approche de la bientraitance est réaliste : « Elle n'est ni naïveté, ni optimisme béat. Elle ne nie pas problèmes et difficultés. Elle est ce vers quoi il faut tendre […]. » (2012, p. 4).

L'auteur Pellissier (2010) nuance son propos en précisant que la notion de la bientraitance demeure pertinente dans la mesure où elle s'inscrit dans une démarche, une culture qui encourage la réflexion et s'éloigne des objectifs normatifs à atteindre. L'autrice Boissières-Dubourg (2014) abonde dans le même sens en évoquant que les contraintes organisationnelles ne doivent pas être un frein à la proactivité. C'est en maintenant l'espoir d'un avenir meilleur qu'il est possible d'avancer et d'affronter les enjeux structuraux.

Pour les chercheuses Beaulieu, Lebœuf et Pelletier de la *Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées*, la lutte contre la maltraitance – qui comprend un travail de prévention, de détection et d'intervention – ainsi que la promotion de la bientraitance sont des

approches à concilier (2017). C'est de cette façon, soit en diversifiant les actions, en multipliant les stratégies qu'une réelle lutte contre le fléau qu'est la maltraitance est possible (Beaulieu, 2015). Ainsi, la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance envers les personnes aînées sont des actions indissociables qui gagnent à être menées simultanément. Ce même discours est d'ailleurs repris dans le *PAM 2017-2022* (Ministère de la Famille, 2017).

# CHAPITRE 4 : ANALYSE DES DONNÉES DU CORPUS

Dans cette prochaine section, les données recueillies à partir des articles scientifiques retenus dans le corpus sont analysées. Parmi les 42 articles scientifiques composant le corpus à l'étude, les principaux thèmes abordés par les auteurs sont exposés en première partie. Les différents outils et projets promouvant la bientraitance envers les personnes aînées sont du même coup présentés. Une brève présentation des sujets liés à la maltraitance envers les personnes aînées compose la deuxième section de ce chapitre. Quelques données sur les principaux milieux auxquels les auteurs se sont rapportés dans leurs études, les principaux acteurs de bientraitance et les principales cibles des pratiques bientraitantes sont mises en exergue dans la troisième section. La pertinence et l'intérêt des informations recueillies pour la pratique du travail social sont montrés en clôture de ce chapitre.

## *Principaux thèmes portant sur la bientraitance*

D'entrée de jeu, il convient de mentionner qu'à quelques exceptions près, l'ensemble des auteurs scientifiques discute de la bientraitance envers les personnes aînées comme d'un moyen de prévenir la maltraitance. Une majorité d'auteurs soutient notamment que la réflexivité des praticiens, le travail interdisciplinaire et interprofessionnel et la formation professionnelle sont des conditions préalables à la promotion de la bientraitance ainsi qu'à la prévention de la maltraitance. Pour d'autres, une minorité, le lien entre la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance est plutôt sous-entendu.

***Des pratiques bientraitantes***

De nombreux auteurs mettent en lumière des exemples de pratiques bientraitantes à encourager et à contrario quelques autres chercheurs présentent plutôt des pratiques à proscrire pour être dans une posture bientraitante. Ces exemples s'inscrivent dans divers contextes, tels que dans les soins en EHPAD (Ghadi, Terrien et Antonini, 2016; Luthereau, 2015; Mimoso et Cugny, 2013; Monfort et al., 2017; Moulias, 2014; Perrein et Le Quellec, 2016; Postel et Brissette, 2016; Quentin, 2012), en milieux de santé (Casagrande, 2013; Salicrú, 2013; Schwab et Bovet, 2015; Terrien, Anthoine et Moret$_a$, 2012; Terrien, Anthoine et Moret$_b$, 2012) et à domicile (Bonamy et al., 2012; Décultot, Hermil et Baleizao, 2017; Ribeaucoup et Malaquin-Pavan, 2015). Des chercheurs s'intéressent plus spécifiquement aux soins de la toilette (Noël, 2015; Quinon, 2015; Rajablat, 2015; Blanchouin et Duda-Jouan, 2015) ou des repas collectifs dans les EHPAD (Guérin, 2016).

Les pratiques bientraitantes prônées vont toutes dans le même sens, elles se complètent les unes et les autres. Les auteurs ont principalement discuté de pratiques qui : respectent la personne et sa dignité (Bass, 2013; Ghadi, Terrien et Antonini, 2016; Moulias, 2012; Moulias, Moulias et Busby, 2012; Noël, 2015; Petit, 2017); encouragent le travail d'équipe (Benscri-Piet, 2012; Bonamy et al., 2012; Doutreligne et Ruault, 2013; Marmet, 2013; Mimoso et Cugny, 2013); placent la personne au centre des actions (Lechevalier Hurard, 2013; Marmet, 2013; Pourin et al., 2012; Salicrú, 2013; Schwab et Bovet, 2015; Thomas, Chandès et Hazif-Thomas, 2016). 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, de l'autonomie et des goûts gustatifs des personnes aînées ainsi que le respect mutuel entre les personnes aînées et les professionnels sont quelques autres aspects qui ont été nommés par les auteurs. Les qualités professionnelles

telles que l'écoute, la disponibilité physique et psychologique, la transparence, l'empathie, la proximité et la communication avec les personnes aînées et leurs proches sont à moult occasions citées par les chercheurs comme étant nécessaires à une pratique bientraitante.

***Des conditions de la bientraitance***

Les conditions de la bientraitance sont également présentées par certains auteurs (Bonamy et al., 2012; Caleca, 2012; Casagrande, 2013; Casagrande, 2016; Lechevalier Hurard, 2013; Monfort et al., 2017; Moulias, 2012; Moulias, 2014; Moulias, Moulias et Busby, 2012; Noël, 2015; Ribeaucoup et Malaquin-Pavan, 2015). Comme mentionné précédemment, l'importance des formations professionnelles (Benscri-Piet, 2012; Blanchouin et Duda-Jouan, 2015; Verborg et al., 2016), du travail interdisciplinaire et interprofessionnel (Caleca, 2012; Décultot, Hermil et Baleizao, 2017; Marmet, 2013; Moulias, Moulias et Busby, 2012; Ribeaucoup et Malaquin-Pavan, 2015) et du travail réflexif et introspectif des professionnels (Caleca, 2012; Casagrande, 2016; Doutreligne et Ruault, 2013; Moulias, Moulias et Busby, 2012; Perrein et Le Quellec, 2016; Petit, Karnycheff et Tetevide, 2013; Ruault, Doutreligne et Ferry, 2012) sont trois conditions importantes de la promotion de la bientraitance qui ont été notées dans plus de la moitié des articles du corpus.

Être conscient de ses compétences et de ses limites, agir pour favoriser le bien-être des personnes et savoir se remettre en question sont d'autres conditions identifiées par Moulias, Moulias et Busby (2012). Pour Ribeaucoup et Malaquin-Pavan (2015), les conditions de bientraitance sont les suivantes : « Écouter le point de vue des acteurs; Être vigilants aux conditions de travail et au prendre soin des équipes; Formaliser ce qui fonde la pratique quotidienne; Rendre compte des

niveaux d'excellence atteints ou pas […] » (p. 41). Pour Moulias, outre l'implication des pouvoirs publics pour assurer la qualité de vie dans les EHPAD, il estime que la bientraitance devient naturelle et la maltraitance est nécessairement enrayée lorsqu'une équipe professionnelle est « qualifiée, formée, informée sur chaque personne en soin, responsable, motivée, fière de sa difficile mission d'assurer vie et bien-être de personnes […], à l'encadrement compétent […] et…équipe en effectifs suffisants […]. » (2014, p.10).

En somme, les pratiques et les conditions bientraitantes, mises de l'avant par les chercheurs, dénotent fortement le double caractère de la bientraitance, à savoir celui qui est individuel et l'autre plus collectif. La grande majorité des auteurs naviguaient dans ces deux répertoires et discutaient pour ce faire de la culture de bientraitance ou du management coopératif. Les prochains thèmes abordés ci-après s'inscrivent également dans cette mouvance.

***L'évaluation des pratiques professionnelles***

Des auteurs estiment que l'adoption d'une culture de bientraitance passe incontestablement par l'évaluation des pratiques professionnelles (Moulias, Moulias et Busby, 2012; Moulias, 2012; Terrien, Anthoine et Moret, $2012_a$; Terrien, Anthoine et Moret, $2012_b$; Mikolajczak et Gabillaud, 2014; Salicrú, 2013; Ribeaucoup et Malaquin-Pavan, 2015). Moulias, Moulias et Busby (2012) vont jusqu'à écrire que sans processus d'évaluation, cette approche risque d'être que poudre aux yeux et de demeurer qu'une déclaration sans qui en découle de véritables actions. Ribeaucoup et Malaquin-Pavan (2015) estiment pour leur part que :

> [c]'est au travers de la dynamique d'évaluation des pratiques que le collectif comme l'individu peuvent situer leur niveau de pratique, tirant satisfaction des résultats obtenus et identifiant les axes d'amélioration à poursuivre. C'est au cœur de la stratégie de communication et d'information associant les équipes,

> les usagers et leurs familles que la promotion de ce qui est perçu comme bientraitant ou pas peut s'exprimer, ouvrant la réflexion porteuse de sens (p. 36).

Des chercheurs se penchent plus particulièrement sur les outils d'auto-évaluation pour promouvoir des pratiques bientraitantes chez les professionnels (Blanchouin et Duda-Jouan, 2015; Mikolajczak et Gabillaud, 2014; Moulias, 2012; Moulias, Moulias et Busby, 2012; Noël, 2015; Terrien, Anthoine et Moret, $2012_a$; Terrien et al., 2012). L'étude de Terrien, Anthoine et Moret ($2012_b$) montre l'efficacité de ce type d'évaluation au sein des établissements de santé. Ils mettent en lumière les réflexions et les remises en question que provoque cette évaluation auprès des praticiens. Blanchouin et Duda-Jouan nomment l'outil d'auto-évaluation ECORSET (efficacité, confort, organisation, responsabilité, sécurité, économie, transmissions) comme façon d'évaluer la qualité des soins offerts aux personnes aînées (2015).

Moulias (2012) précise quant à lui que l'auto-évaluation des professionnels doit se réaliser en équipe pour être efficace et apporter de réels changements dans la pratique. Puis, l'évaluation externe est incontournable dans la mesure où elle est réalisée par des évaluateurs compétents, neutres et impartiaux et que ceux-ci se basent sur des indicateurs objectifs et adéquats. Moulias, Moulias et Busby (2012) soutiennent que le processus d'évaluation doit comprendre à la fois l'auto-évaluation et l'évaluation externe qui sont deux démarches évaluatives complémentaires. Il n'en demeure pas moins que l'ensemble des outils d'évaluation peuvent devenir une source de stress pour les professionnels, voire devenir une source de maltraitance, souligne Moulias (2014) :

> La crainte des équipes et des directeurs d'être sanctionnés sur ce qui est facile à évaluer et non évalués sur le bien-être des ″résidents″, a pu donner à certains comme objectif principal de coller à la lettre à tous les règlements s'additionnant chaque jour un peu plus et non plus d'assurer vie et bien-être de

> leurs résidents, seul sens de leur mission. Mais le bien-être, individuel et subjectif, est bien plus complexe à évaluer (p. 8).

***Des pratiques, des outils et des guides pour promouvoir la bientraitance***

Moult exemples de pratiques, d'outils et de guides promouvant la bientraitance sont exposés par les auteurs : une commission d'évaluation des pratiques professionnelles sur la bientraitance, composée de plusieurs professionnels (Salicrú, 2013); une trousse de bientraitance pour améliorer les comportements et les pratiques des professionnels soignants dans les EHPAD et les établissements de santé (Ruault, Doutreligne et Ferry, 2012); un guide de la FORAP-HAS à destination des professionnels en établissements de la santé et EHPAD comprenant un kit d'outils de déploiement de la bientraitance, soit des outils d'auto-évaluation, de prévention du risque de maltraitance et des outils de management (Ghadi, Terrien et Antonini, 2016; Saillour-Glenisson et al., 2012); un outil d'aide à la décision pour le choix d'un prestataire de formation (Terrien et al., 2012); un outil pédagogique destiné aux professionnels d'encadrement de proximité œuvrant en établissement de santé et en EHPAD nommé *La bientraitance en situations de vie* (Pourin et al., 2012); l'Approche de Rehaussement de la Qualité de Vie des Aidés et leurs Proches (ARQVAP) qui mise entre autres sur les compétences des aidants et qui tente d'optimiser au quotidien les moments agréables et positifs des personnes ayant des atteintes cognitives par l'entremise de diverses activités adaptées (Lord et al., 2016).

Plus spécifiquement, Perrein et Le Quellec (2016) décrivent un projet qui s'est déroulé au pôle de gérontologie, au niveau des services d'hébergement du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nîmes où le dispositif CALME (Comme à la maison en EHPAD) a été mis en place. Celui-ci s'appuie sur l'approche de la bientraitance. De fait, selon ce dispositif, chaque journée est

singulière, il n'y a pas de journée type et d'horaire fixe. Les professionnels s'adaptent au rythme de chaque résident que ce soit pour le moment de la toilette, des repas, etc. Un projet qui est donc innovant en matière de bientraitance envers les personnes aînées. Selon ces autrices, la bientraitance a pour objectif de rendre les personnes en situation de vulnérabilité plus autonomes et de les responsabiliser le plus possible. En outre, bientraiter les personnes aînées suppose que ce sont les professionnels, les institutions qui s'adaptent aux résidents et non le contraire.

***Les formations professionnelles***

Le manque de formation est décrié par des chercheurs (Bonamy et al., 2012; Luthereau, 2015; Moulias, 2014). Ce problème résulte souvent du manque de temps et de moyens financiers des institutions ou des organisations. Par ailleurs, de nombreuses études prouvent l'efficacité des formations professionnelles pour intégrer une culture bientraitante dans les milieux de pratique (Blanchouin et Duda-Jouan, 2015; Monfort et al., 2017; Moulias, 2012; Moulias, Moulias et Busby, 2012; Ruault, Doutreligne et Ferry, 2012; Salicrú, 2013; Verborg et al., 2016). Moulias et Busby (2013) expliquent que les formations des professionnels à des pratiques bientraitantes doivent être adaptées aux besoins et aux attentes de chaque milieu de pratique pour être efficaces. À ce propos, l'étude de Salicrú (2013) est fort évocatrice. Cette étude a montré que les formations spécifiques de prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement perturbateurs dans un établissement gériatrique ont eu des répercussions positives envers les personnes aînées. De fait, outre la baisse significative des prescriptions de psychotropes dans l'établissement, les formations ont changé la culture de soin notamment en centrant davantage les objectifs d'intervention sur les aînés plutôt que sur les procédures de soin.

Qui plus est, l'ensemble des professionnels, incluant les cadres et la direction, doit participer aux formations afin que les objectifs de bientraitance et de prévention de la maltraitance aient un potentiel de réussite (Benscri-Piet, 2012; Moulias et Busby, 2013). Monfort et al. (2017) soutiennent que les formations professionnelles gagneraient à intégrer une approche mettant de l'avant la complémentarité des compétences à la fois des professionnels, des personnes aînées et des proches. Moulias, Moulias et Busby (2012) précisent que la formation sur la bientraitance comprend une partie qui est de l'ordre technique, mais il en a également une qui est davantage orientée vers le savoir-être. Il s'agit alors de former les professionnels sur les façons d'accompagner les personnes et d'être responsable d'une personne en situation de dépendance. Les auteurs ajoutent que les professionnels doivent être capables de réfléchir sur leurs pratiques, de remettre en question leurs actions professionnelles pour aspirer à devenir bientraitant.

Des études (Benscri-Piet, 2012; Blanchouin et Duda-Jouan, 2015; Verborg et al., 2016) s'intéressent entre autres à l'outil de formation *Simulation grand âge* qui a pour dessein d'aider les professionnels à adapter leurs pratiques auprès des personnes aînées. Celui-ci comprend trois ateliers animés, soit des ateliers de l'audition, de la motricité et de la vue (Benscri-Piet, 2012). Afin que les participants puissent expérimenter certains effets du vieillissement, ils sont entre autres invités à utiliser des prothèses qui simulent le handicap et limitent les flexions et des lunettes qui simulent une diminution de la vue (Benscri-Piet, 2012). Cet outil de formation est particulièrement intéressant comparativement à d'autres types de formation puisqu'il s'appuie sur « […] la théorie de l'apprentissage par l'expérience, l'apprenant est exposé à des expériences concrètes et à l'occasion de réfléchir et de faire des abstractions. » (2012, p.13).

C'est en suscitant la réflexion et en développant les connaissances et compétences des professionnels qu'il est possible de rompre la routine de ceux-ci, facteur de risque important de la maltraitance (Benscri-Piet, 2012). Blanchouin et Duda-Jouan (2015) discutent de la formation *Le moment de la toilette pour les personnes âgées en institution : un acte de bienveillance offerte* comme d'une façon d'améliorer les pratiques de ce soin auprès des personnes aînées. Les auteurs rappellent que ce soin est d'abord et avant tout un acte relationnel et qui de ce fait doit être réalisé en toute considération et tout respect de la personne : ses capacités, ses limites, ses besoins, ses attentes, etc.

Dans le cadre d'un projet d'établissement de l'EHPAD La Clairière des Bernardins, diverses démarches ont été entreprises dans le dessein d'améliorer les pratiques de travail et de favoriser le climat de travail. Parmi celles-ci, plusieurs formations ont été offertes aux professionnels, dont les suivantes : « […] gestion du stress et toucher-massage, bientraitance, Carpe Diem et prévention de l'épuisement professionnel. » (Postel et Brissette, 2016, p. 41). Pour les participants, ces formations ont été l'occasion de prendre du temps pour remettre en question leur travail, intégrer de nouvelles pratiques et harmoniser leurs interventions (Postel et Brissette, 2016). Décultot, Hermil et Baleizao (2017) mettent néanmoins en garde du risque potentiel que les formations sur le concept de la bientraitance se réduisent à des visées normatives.

***Le travail interdisciplinaire et interprofessionnel***

Marmet (2013) présente deux projets novateurs dans le milieu médical qui permettent de favoriser la qualité des soins et la qualité de vie des personnes aînées. La collaboration, le partage des connaissances et le travail d'équipe sont tous des éléments centraux dans ces deux projets.

Ceux-ci permettent une efficacité et une qualité dans l'offre de services. Le premier projet est celui de l'hospitalisation à domicile. En opposition à l'hospitalisation traditionnelle, la visée du projet est d'offrir des services qui soient synergiques, coordonnés entre l'établissement de soins et l'hospitalisation à domicile. Cette forme alternative d'hospitalisation permet d'offrir des soins personnalisés qui sont offerts par une équipe interdisciplinaire au domicile des personnes. Ce projet novateur est ainsi une façon de réduire considérablement, présume-t-on, le nombre d'hospitalisations des personnes aînées. Quant au deuxième projet, il s'agit du projet des réseaux de santé territoriaux, soit « une organisation qui vient apporter son soutien et son expertise aux dispositifs de soins de premiers recours. » (p. 103). Le but des réseaux de santé territoriaux est d'appuyer, de soutenir les équipes soignantes de proximité afin que celles-ci puissent offrir des soins et services les plus personnalisés que possible aux personnes et les plus adaptés aux besoins et au contexte environnemental de la personne.

Caleca (2012) nomme l'importance de « faire équipe », de réaliser un travail interdisciplinaire et surtout de prendre le temps pour ce travail collectif. Il discute des bienfaits du travail d'équipe auprès des soignants comme de faciliter la réflexion sur des problématiques de soin, de favoriser la créativité des personnes et de rendre les personnes plus résilientes, plus outillées pour affronter des difficultés. Décultot, Hermil et Baleizao (2017) nomment le point central que représente le travail d'équipe entre les différents intervenants d'un même patient afin d'assurer une prise en charge bientraitante. Une façon selon des médecins de partager des objectifs communs, de tous aller vers la même direction et de favoriser la communication entre les divers professionnels.

En bref, on présente principalement le travail d'équipe comme un incontournable à la réflexion éthique des professionnels et une condition au bien-être des personnes aînées qui bénéficient ainsi de meilleurs services.

### *La réflexion éthique des professionnels*

Selon Casagrande (2016) et plusieurs autres chercheurs, l'approche de la bientraitance comprend nécessairement un travail de réflexion éthique de la part des professionnels. À cet effet, Doutreligne et Ruault (2013) précisent que cette démarche réflexive doit s'inscrire dans un projet d'établissement, être clairement circonscrite et être soutenue par la direction : « Elle n'apparaitra légitime que si le management est le premier à interroger le caractère respectueux de ses pratiques de direction et d'encadrement vis-à-vis des professionnels. » (p. 151). Ils ajoutent que ces espaces de réflexion doivent être organisés, prévus à l'horaire et il est suggéré de prévoir un fonctionnement particulier pour assurer que la parole de tous soit entendue. L'auteur Caleca (2012) est du même avis. Il soutient que bien que ces moments d'échange et de réflexion soient souvent négligés en raison du fait que les équipes manquent de temps et qu'il y a des choses plus urgentes à faire, dans les faits prendre ces moments en équipe représente plutôt un gain de temps à long terme.

### *Le préalable de la bientraitance envers les professionnels*

Parmi les auteurs s'intéressant aux conditions de bientraitance envers les personnes aînées, nombreux sont ceux qui soulèvent les liens étroits entre celles-ci et les conditions de travail des professionnels. Des chercheurs mentionnent que la promotion de la bientraitance envers les personnes aînées ne peut se faire sans qu'il y ait au préalable des pratiques bientraitantes envers

les équipes professionnelles. En effet, la promotion de la bientraitance envers les personnes aînées doit nécessairement s'articuler dans une démarche plus globale qui tient également compte de la bientraitance envers les professionnels (Benscri-Piet, 2012; Caleca, 2012; Casagrande, 2016; Décultot, Hermil et Baleizao, 2017; Doutreligne et Ruault, 2013; Luthereau, 2015; Marmet, 2013; Moulias, 2012; Moulias, 2014; Moulias, Moulias et Busby, 2012; Petit, 2017; Postel et Brissette, 2016; Schwab et Bovet, 2015).

À ce propos, Moulias (2012) s'intéresse à la notion de la double bientraitance : « La bientraitance des personnes en situation de dépendance exige de "bien-traiter" ceux qui les assistent, professionnels et aidants familiaux. » (p. 27). Petit (2017) et Benscri-Piet (2012) soutiennent que les équipes soignantes doivent travailler dans des environnements bientraitants afin qu'ils adoptent des pratiques bientraitantes. Ainsi, non seulement les professionnels sur le terrain participent à ce changement de culture institutionnel, mais également les cadres et les directions des établissements. Une culture de bientraitance doit être adoptée par tous les types de professionnels, à tous les usagers du système. En d'autres mots, c'est l'affaire de tous. L'autrice Casagrande (2016) discute du lien étroit entre la bientraitance des personnes aînées et le climat de travail :

> […] il s'agit de comprendre à quel point la bientraitance des "fragiles" est tributaire des conditions d'organisation et de reconnaissance du travail des professionnels par leur encadrement. Ce n'est donc pas dans la symétrie professionnels-usagers qu'il faut penser la géométrie de la bientraitance, mais dans sa résonance "qualité et humanité des soins" / "qualité de l'organisation et démarche managériale ancrée dans le respect et la reconnaissance des collaborateurs" (p. 24).

L'importance de la reconnaissance et de la valorisation du travail des professionnels est un aspect abordé dans d'autres recherches (Bonamy et al., 2012; Casagrande, 2013; Moulias, 2012;

Moulias, 2014; Lord et al., 2016; Postel et Brissette, 2016; Schwab et Bovet, 2015). D'ailleurs, l'ANESM[8] rappelle à ce sujet que pour promouvoir des pratiques respectueuses des personnes, de leur dignité et singularité, « cela implique que les professionnels eux-mêmes soient reconnus, soutenus, accompagnés dans le sens qu'ils donnent à leurs actes. » (2008, p. 15).

L'étude de Lord et al. (2016), effectuée auprès de travailleurs sociaux, identifie trois sources de plaisir liées au travail. D'abord, le sentiment par le professionnel que son travail est reconnu par ses pairs et les autres professionnels de son milieu de travail. Comme deuxième source de plaisir, il y a celui du sentiment d'autonomie, c'est-à-dire lorsque le travailleur social a l'impression d'intervenir auprès d'autrui selon les valeurs de sa profession et selon la vision qu'il a de son rôle, de sa mission et de sa profession. Puis, faire partie d'un groupe d'appartenance est la troisième source de plaisir des professionnels identifiée par ces auteurs.

En se basant sur les études réalisées sur les relations familiales, Caleca (2012) avance que le risque de maltraiter autrui est plus élevé chez les personnes qui ont subi elles-mêmes de la maltraitance. C'est ainsi dire que nous ne pouvons pas promouvoir des pratiques bientraitantes ou du moins en espérer des résultats si les équipes estiment être maltraitées. Comme le nomme Harrouet[9] (2012), il est de mise de « […] donner; voire redonner, plus de valeur à l'activité de soins et aux soignants, prendre soin des équipes pour qu'à leur tour elles prennent soin des patients. » (p. 27). Des propos qui sont repris par Décultot, Hermil et Baleizao (2017).

[8] *Référence ne faisant pas partie du corpus à l'étude.*

[9] *Référence ne faisant pas partie du corpus à l'étude.*

***L'implication des directions***

Plusieurs propos d'ores et déjà exposés dans cette partie d'analyse ont fait référence à la profitabilité et à l'intérêt de l'engagement de la direction dans l'intégration d'une culture de bientraitance dans les milieux de pratique. Parmi les articles du corpus, un nombre important de chercheurs nomment cette condition (Benscri-Piet, 2012; Blanchouin et Duda-Jouan, 2015; Caleca, 2012; Casagrande, 2013; Casagrande, 2016; Doutreligne et Ruault, 2013; Ghadi, Terrien et Antonini, 2016; Moulias, 2012; Moulias et Busby, 2013; Perrein et Le Quellec, 2016; Petit, Karnycheff et Tetevide, 2013; Postel et Brissette, 2016; Pourin et al., 2012; Ribeaucoup et Malaquin-Pavan, 2015; Saillour-Glenisson et al., 2012; Salicrú, 2013; Schwab et Bovet, 2015; Terrien et al., 2012).

Cette condition est dans les faits en lien avec deux autres conditions, soit la primauté de la bientraitance des professionnels sur celle des personnes aînées et l'importance du travail interprofessionnel et interdisciplinaire. Tel que soulevé par des chercheurs, les directions doivent s'engager au même titre que les praticiens pour adopter, valoriser et préserver une culture bientraitante. Sans quoi les risques à l'instrumentalisation du concept sont importants, comme expliqué précédemment (*voir Chapitre 3 : Critiques du concept*).

L'étude de Postel et Brissette (2016) a d'ailleurs identifié les principaux facteurs managériaux qui contribuent au bon climat de travail qui sont par ordre d'importance : « [l]a confiance de la direction en son personnel, son ouverture à la discussion, son écoute, sa disponibilité, son ouverture d'esprit et l'ambiance conviviale de l'établissement […] » (p. 38). Les auteurs soutiennent que la direction doit être bienveillante envers ses professionnels afin d'assurer leur bien-être et la bonne atmosphère d'équipe. Par le fait même, elle doit s'impliquer dans le

changement de culture organisationnelle. Moulias (2012) ajoute que le conseil d'administration doit soutenir la direction notamment en s'assurant qu'elle ait les moyens suffisants pour former des équipes de professionnels compétentes et assez nombreuses pour maintenir la motivation de tous. Ces propos renvoient à l'idée de concevoir l'approche de la bientraitance comme une culture.

### *Une culture de bientraitance*

Comme abordé dans le *Chapitre 1* : *Définitions du concept*, l'approche de la bientraitance est définie par des auteurs comme une culture organisationnelle (Benscri-Piet, 2012; Casagrande, 2016; Ghadi, Terrien et Antonini, 2016; Lechevalier Hurard, 2013; Luthereau, 2015; Moulias et Busby, 2013; Petit, 2017; Saillour-Glenisson et al., 2012; Salicrú, 2013; Ribeaucoup et Malaquin-Pavan, 2015). Plusieurs aspects abordés précédemment témoignent de ce caractère, à savoir l'importance de l'implication de l'ensemble des professionnels dans l'adoption de pratiques bientraitantes et les formations, l'implication de la direction, l'évaluation des pratiques, la réflexivité des professionnels, l'instauration de valeurs organisationnelles qui sont identifiées et partagées par tous, l'implication des personnes aînées dans la démarche, etc. Comme le soutiennent Ghadi, Terrien et Antonini, « [l]a nécessité de développer une nouvelle culture ne peut reposer uniquement sur la production et la diffusion d'outils. Elle doit se traduire par un travail de fond sur la vision, la finalité recherchée et les valeurs partagées. » (2016, p. 35).

### *Les contraintes organisationnelles*

Un grand nombre d'études discutent de contraintes organisationnelles qui s'avèrent des freins à la promotion de la bientraitance envers les personnes aînées. Le manque de temps (Décultot, Hermil

et Baleizao, 2017; Ghadi, Terrien et Antonini, 2016; Lechevalier Hurard, 2013; Lord et al., 2016; Moulias, 2012; Petit, Karnycheff et Tetevide, 2013; Ribeaucoup et Malaquin-Pavan, 2015; Schwab et Bovet, 2015), le manque d'effectifs dans les équipes de professionnels (Ghadi, Terrien et Antonini, 2016; Moulias, 2012; Moulias, 2014; Moulias, Moulias et Busby, 2012), l'épuisement des professionnels (Caleca, 2012; Décultot, Hermil et Baleizao, 2017; Marmet, 2013; Moulias, 2012; Moulias, Moulias et Busby, 2012; Postel et Brissette, 2016) et les contraintes financières (Bonamy et al., 2012; Décultot, Hermil et Baleizao, 2017; Doutreligne et Ruault, 2013; Ghadi, Terrien et Antonini, 2016; Moulias, 2012; Schwab et Bovet, 2015) sont quelques enjeux organisationnels soulevés par les auteurs.

Bonamy et al. (2012) nomment des contraintes vécues par des salariés de l'aide à domicile. Ils expliquent que ces professionnels travaillent souvent à temps partiel et avec un faible salaire. Qui plus est, ils soulignent que le manque de formations de ceux-ci explique le fait que leurs pratiques ne soient pas adaptées aux besoins et attentes des personnes bénéficiaires. Décultot, Hermil et Baleizao (2017) étudient entre autres le déploiement de la bientraitance auprès de médecins généralistes réalisant des prises en charge à domicile. Le manque de temps, le manque de moyens financiers, le stress sont quelques freins à la bientraitance mentionnés par les chercheurs. Les auteurs préviennent que « [l]a bientraitance des patients ne doit […] pas devenir un facteur supplémentaire de maltraitance des médecins. » (p. 91). Cette réflexion est récurrente, mais combien pertinente et centrale.

Lechevalier Hurard (2013) met quant à elle en lumière la complexité d'intégrer des pratiques bientraitantes dans les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) alors que les professionnels soignants sont déjà confrontés à de nombreuses contraintes organisationnelles – temps restreints,

lourde charge de travail, complexité des pratiques –. Les concepts de bientraitance et de maltraitance deviennent alors relatifs, ambigus, voire abstraits dans ce type d'environnement de travail. Elle donne à titre d'exemple la prescription de contentions mécaniques ou de médicaments de psychotropes pour gérer les troubles de comportement des aînés. Pour l'autrice, bien que les milieux gériatriques préconisent des pratiques qui favorisent l'implication des usagers (faire avec), c'est plutôt l'inverse qui représente la réalité des milieux professionnels en raison des contraintes organisationnelles. Elle laisse présager que des normes de bientraitance qui tiennent davantage compte du contexte réel de travail du personnel soignant permettraient nécessairement de résorber certains enjeux éthiques et d'assurer de réels changements de pratiques.

Les auteurs Lord et al. (2016) discutent des enjeux organisationnels auxquels sont aux prises des travailleurs sociaux œuvrant dans un service de soutien à domicile au Québec. Parmi les sources de souffrance des professionnels, on nomme celle de la gestion orientée vers le contrôle et la productivité : « [l]es cibles à atteindre, la compétition entre les services offerts par les autres catégories de professionnels, ainsi que l'entrée de statistiques sont quelques exemples de l'incarnation de modes de contrôle du travail […]. » (p. 194). Les travailleurs sociaux mentionnent également que les objectifs attendus sont souvent irréalisables, ce qui peut s'avérer être une source d'inconfort pour les professionnels. Puis, l'isolement des travailleurs sociaux est une seconde source de souffrance évoquée par les auteurs. De fait, le sentiment de solitude et l'impossibilité d'exprimer à d'autres ses difficultés peuvent être durement vécus. Le peu de rencontres formelles et informelles s'explique principalement par le manque de temps des professionnels et l'absence de lieu physique destiné aux rencontres d'équipe. Les auteurs expliquent que l'intégration de nouvelles approches innovantes, telles que l'approche de la

bientraitance, peut devenir un fardeau important pour les professionnels qui doivent alors ajouter de nouvelles tâches à leur horaire déjà surchargé, utiliser de nouveaux outils, etc. Qui plus est, un autre enjeu relevé par les chercheurs est celui du « poids normatif de l'innovation » (p. 198). Les travailleurs sociaux peuvent alors se retrouver devant un dilemme, soit celui de choisir entre offrir des services bientraitants ou répondre aux objectifs quantitatifs.

Sur ce point, Aubry[10] (2016) explique que la charge de travail des professionnels œuvrant en CHSLD fait en sorte qu'ils subissent à la fois un conflit de buts et un conflit de valeurs. Un conflit de buts parce qu'ils sont aux prises avec une double demande de l'organisation, soit de réaliser un travail de qualité et d'atteindre les objectifs quantitatifs. Puis, il y a conflit de valeurs puisqu'assurer le bien-être des résidents est le principal objectif des professionnels, mais c'est plutôt la valeur de la performance quantitative des organisations qui prédomine. Cette culture organisationnelle, qui n'offre pas les moyens nécessaires aux professionnels pour réaliser un travail de qualité, favorise les manifestations de maltraitance envers les aînés.

### *L'implication des personnes aînées*

Favoriser l'implication des personnes aînées est une idée reprise dans la plupart des définitions de la bientraitance. Un grand nombre d'articles scientifiques en font d'ailleurs mention (Dugravier-Guerin, 2014; Décultot, Hermil et Baleizao, 2017; Ghadi, Terrien et Antonini, 2016; Monfort et al., 2017; Moulias, 2012; Moulias, Moulias et Busby, 2012; Noël, 2015; Petit, 2017; Pourin et al., 2012; Rajablat, 2015; Ribeaucoup et Malaquin-Pavan, 2015; Saillour-Glénisson et al., 2012; Terrien, Anthoine et Moret, 2012$_a$; Terrien et al., 2012; Thomas, Chandès et Hazif-Thomas,

[10] *Référence ne faisant pas partie du corpus à l'étude.*

2016). Par ailleurs, un certain nombre d'articles abordant principalement d'outils d'évaluation de la bientraitance permettent de constater que l'opinion des personnes aînées est rarement prise en considération.

À cet effet, Ghadi, Terrien et Antonini (2016) font une analyse critique des outils et du guide développés par le groupe FORAP-HAS. Les résultats des analyses quantitative et qualitative mettent principalement en lumière le manque d'implication des usagers et de leurs représentants dans l'élaboration d'outils permettant de promouvoir la bientraitance. Les chercheurs écrivent que la bientraitance doit justement permettre de développer de nouvelles relations avec les usagers et ses représentants afin que ceux-ci soient plutôt perçus comme des partenaires incontournables. C'est de cette façon qu'il sera envisageable de co-construire des projets viables. Il est en effet problématique que les personnes aînées soient si peu consultées dans l'élaboration et l'évaluation des pratiques professionnelles alors qu'elles en sont les cibles. Bien qu'il y ait des pratiques bientraitantes incontournables, la qualité de certaines pratiques peut être différemment perçue selon que nous sommes un professionnel ou un bénéficiaire de services.

L'étude de Monfort et al. (2017) montre justement l'intérêt et la pertinence de tenir compte de l'avis des personnes aînées. Il est mis en lumière le fait que les perceptions quant à l'autonomie, la qualité de vie, la bientraitance puis la satisfaction des services reçus par les personnes aînées diffèrent de celles de leurs proches. De fait, il est montré que les personnes aînées et les proches ne se sont pas appuyés sur les mêmes éléments pour statuer sur ces différentes questions. D'où l'importance pour les professionnels de ne pas systématiquement se fier à leurs propres perceptions ou celui des proches.

### *Principaux thèmes en lien avec la maltraitance*

Comme abordé supra, une grande majorité d'articles du corpus à l'étude portent sur la prévention de la maltraitance envers les personnes aînées en y décrivant l'approche de la bientraitance. Les autres principaux aspects abordés sont les facteurs de risque à la maltraitance (Bonamy et al., 2012; Caleca, 2012; Décultot, Hermil et Baleizao, 2017; Moulias, Moulias et Busby, 2012; Moulias et Busby, 2013; Luthereau, 2015; Petit, 2017; Ribeaucoup et Malaquin-Pavan, 2015), la maltraitance en hébergement (Luthereau, 2015; Quentin, 2012; Monfort et al., 2017; Moulias et Busby, 2013, Moulias, 2014), la maltraitance à domicile (Bonamy et al., 2012; Décultot, Hermil et Baleizao, 2017; Moulias et Busby, 2013), la maltraitance dans les soins d'hygiène (Blanchouin et Duda-Jouan, 2015; Noël, 2015), la maltraitance organisationnelle (Guérin, 2016; Moulias et Busby, 2013; Moulias, 2012; Salicrú, 2013; Rajablat, 2015; Ribeaucoup et Malaquin-Pavan, 2015).

### *Quelques tendances*

La compilation de données qualitatives à l'aide des grilles de lecture a permis de mettre en exergue certaines tendances des auteurs. Ainsi, les études s'intéressent principalement à la bientraitance centrée sur les personnes aînées et, dans une moindre mesure, à la bientraitance centrée sur les professionnels et le réseau des personnes aînées. Le respect de la dignité, le bien-être et l'inclusion des personnes aînées sont des visées de la bientraitance qui sont fréquemment nommées par les auteurs. Les chercheurs discutent généralement de la bientraitance dans les milieux de soins, en général, et dans les EHPAD. Les acteurs de bientraitance mentionnés sont en grande majorité les professionnels soignants puis suivent la direction, l'entourage des personnes aînées et les décideurs publics. Certains auteurs utilisent des synonymes du mot bientraitance, tels

que : « bonne pratique », « qualité de soin », « qualité de vie », « bienveillance », « dignité », « soin relationnel ».

### *Pertinence et intérêt pour la pratique du travail social*

Ce survol des principaux thèmes abordés par les auteurs permet de mieux comprendre les conditions et les enjeux relatifs à l'application d'une telle approche dans les milieux œuvrant auprès des personnes aînées. Cette analyse s'avère également riche d'informations pour apprendre sur l'état actuel des projets, des outils et des connaissances sur l'approche de la bientraitance. Puis, ce portrait détaillé sur le contenu des études abordant du sujet de la bientraitance envers les personnes aînées s'avère fort instructif pour tous professionnels qui aspirent à travailler auprès de cette clientèle. Les informations relatives aux pratiques et conditions bientraitantes, aux savoirs être et faire des professionnels peuvent guider la pratique de certains professionnels qui souhaiteraient intégrer une telle approche dans leurs interventions quotidiennes.

En se référant au *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux* de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ), il est possible d'identifier plusieurs liens entre les principes de l'approche de la bientraitance et les valeurs et compétences associées à la pratique du travail social. Les valeurs et principes notés dans le Référentiel de compétences sont les suivants :

> le respect de la dignité de tout être humain; la croyance en la capacité humaine d'évoluer et de se développer; la reconnaissance de la nécessité de percevoir et de comprendre l'être humain en tant qu'élément de système interdépendant et potentiellement porteur de changement; le respect des droits des personnes, des groupes et des collectivités; le respect du principe d'autonomie de la personne et du principe d'autodétermination; la reconnaissance du droit de tout individu

> en danger de recevoir assistance et protection selon ses besoins; la promotion des principes de justice sociale (2012, p. 7).

Ainsi, on remarque que ceux-ci correspondent en totalité aux valeurs et conditions de la bientraitance mises de l'avant entre autres dans le *PAM 2017-2022 (voir Chapitre 1 : Définitions du concept)*. En outre, les conditions exposées dans ce *Plan d'action* et qui sont identifiées dans l'analyse du présent document – placer la personne au centre des actions; favoriser l'autodétermination et l'empowerment; respecter la personne et sa dignité; favoriser l'inclusion et la participation sociales; intervenir avec savoir-faire et savoir-être; offrir un soutien concerté – correspondent à certaines compétences présentées dans le document de l'OTSTCFQ. À titre d'exemple, on mentionne parmi les compétences, celle d'être en capacité « […] de prendre conscience de ses propres valeurs, croyances et préjugés; faire preuve d'intégrité intellectuelle; savoir remettre en question ses propres points de vue autant que ceux des autres » (2012, p. 17) et « d'agir selon une démarche réflexive dans sa pratique » (2012, p. 18). Ces deux compétences vont dans le même sens que les propos des auteurs qui nomment la réflexivité des professionnels comme condition incontournable à une pratique bientraitante. De plus, on mentionne l'importance pour les travailleurs sociaux d'employer « des moyens et des outils dans le but de s'auto-évaluer […] » (2012, p. 18), soit un autre aspect réitéré par nombreux chercheurs.

Toujours selon le document de l'Ordre, les travailleurs sociaux doivent être en mesure « d'établir et de maintenir une relation respectueuse de la diversité et de la singularité de la réalité des acteurs », « de favoriser l'autodétermination et concevoir l'acteur comme expert de sa situation », « de créer un espace de parole et d'ouverture qui favorise l'expression singulière des acteurs […] » (2012, p. 18). Ces compétences réfèrent au principe de la bientraitance qui promeut la participation et l'inclusion des personnes. Comme abordé supra, il est essentiel de tenir compte

des opinions des personnes aînées afin d'assurer que les pratiques répondent justement à leurs besoins et attentes. Ensuite, une compétence attendue auprès des travailleurs sociaux est celle d'être « capable d'établir et de maintenir des collaborations professionnelles et intersectorielles » (2012, p. 18). Le travail d'équipe interdisciplinaire est longuement abordé dans les études du corpus et fait écho à cette compétence. Finalement, dans le document de l'Ordre, on mentionne que le travailleur social doit faire valoir sa valeur professionnelle. Il se doit d'« être capable d'expliquer et de faire valoir son rôle et sa contribution […] » (2012, p. 19). Bien que dans les études il soit discuté notamment du manque de reconnaissance des professionnels et de la nécessité que ceux-ci soient valorisés dans leur milieu de travail, le travail réflexif comme condition de la bientraitance comprend la capacité du professionnel à se questionner sur ses compétences et ses aptitudes pour ultimement reconnaître sa propre valeur professionnelle.

Cette brève analyse comparative entre les valeurs et principes prônés par l'OTSTCFQ et par l'approche de la bientraitance illustre l'adéquation de ceux-ci et par le fait même la pertinence pour les travailleurs sociaux de s'intéresser plus spécifiquement à cette approche. La pertinence de cette approche se justifie également par le contexte social, démographique, économique et politique actuel du Québec qui fait en sorte qu'une part importante de travailleurs sociaux seront sujets à œuvrer auprès des personnes aînées au cours de leur carrière professionnelle.

# CHAPITRE 5 : EXEMPLE D'UN MILIEU DE VIE ORIENTÉ VERS LA BIENTRAITANCE

Comme abordé en introduction du présent travail, les manifestations de maltraitance envers les personnes aînées sont de plus en plus exposées sur la scène médiatique et politique. Devant la gravité et l'ampleur des pratiques considérées inhumaines dans les milieux institutionnels, la Centrale des syndicats du Québec a réclamé, au début de l'année 2018, une enquête de la Protectrice du citoyen sur la maltraitance organisationnelle au Québec. Une demande qui a été interrompue puisque les enquêtes entreprises par cette institution demeurent privées et de cette façon il ne peut y avoir infirmation ou confirmation d'une enquête sur ce thème.

Les scandales ne cessent de hanter notre imaginaire : « N'offrir qu'un bain par semaine »; « Refuser d'aider des résidants non incontinents à aller aux toilettes et les forcer à évacuer dans leur couche »; « Laisser des résidants trop longtemps dans leur couche souillée »; « Refuser de traiter les caries dentaires »; « Ne pas offrir de suivi médical adéquat », « Ne pas laisser le temps aux résidants de profiter des repas offerts », etc. (CPM, 2018, p.15-16). Ces citations sont tirées des exemples de mauvais services en CHSLD, présentés dans la demande de recours collectif fait par le Conseil pour la protection des malades (CPM) au mois de juillet 2018. Dans cette requête, il est nommé que les conditions d'hébergement actuelles dans les CHSLD sont « déplorables » et « honteuses » (CPM, 2018, p. 13). Ainsi, le CPM demande à la Cour d'accorder aux résidents de CHSLD, ayant subi de mauvais traitements au cours des trois dernières années, une somme de 250 $ à 750 $ par mois de résidence pour dommages compensatoires et d'y ajouter un montant de 100 $ pour dommages exemplaires pour chaque mois de mauvais services (CPM, 2018). Avec un

total approximatif estimé par le CPM de 37 000 résidents en CHSLD, la facture de la réclamation risque d'être exorbitante.

Cette action collective contre la maltraitance des personnes aînées par les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux laisse entrevoir d'importantes défaillances dans le système. Dans cette même requête, on fait remarquer que le contexte de travail dans les CHSLD se dégrade de manière substantielle et répercute du même coup la qualité des soins et services offerts aux usagers. Il y a moins de personnels soignants, mais pas moins de résidents, les praticiens sont « surchargés » et « épuisés » (CPM, 2018, p. 8). Ces problématiques font écho à d'autres plaintes qui ont été adressées au gouvernement du Québec par nombreux professionnels du réseau (infirmiers, travailleurs sociaux, etc.) au cours des dernières années et qui nuisent considérablement à la qualité de leurs pratiques, selon leurs dires. Une situation de maltraitance qui découle de causes d'ordre organisationnel est communément nommée de la maltraitance organisationnelle, institutionnelle ou systémique. Bien qu'il soit ici question d'enjeux organisationnels dans les CHSLD, il est à préciser que la maltraitance organisationnelle n'est pas seulement présente dans les milieux institutionnels. Ce type de maltraitance peut survenir dans plusieurs autres contextes où l'organisation des soins et des services est défaillante comme dans les soins à domicile, par exemple.

Ce type de maltraitance se définit comme suit : « Toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les procédures d'organisations (privées, publiques ou communautaires) responsables d'offrir des soins ou des services de tous types, qui compromet l'exercice des droits et libertés des personnes. » (Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées, 2018, s.d.). Ainsi, lorsque dans un établissement des procédures, des règlements, des pratiques, des

contraintes ou des habitudes professionnelles occasionnent ou négligent une situation préjudiciable pour le bien-être ou la sécurité d'une personne, il y a maltraitance de type organisationnelle. « L'abus d'autorité, le manque d'adaptation de l'établissement aux personnes aînées, le manque de formation du personnel et le manque de soutien adéquat aux résidents peuvent constituer une forme de maltraitance systémique ou institutionnelle. » (CAVAC, 2015, p. 8).

Bien qu'il y ait peu de données statistiques sur l'incidence et la prévalence de la maltraitance envers les personnes aînées de manière générale (Beaulieu et al., 2018), ce constat est d'autant plus vrai en ce qui a trait à la maltraitance organisationnelle envers les personnes aînées. Les plus importantes études qui discutent de l'ampleur de la maltraitance envers les personnes aînées – dont Yon et al., 2017; McDonald et al., 2012; Podnieks et al., 1990, Pottie Bunge, 2000 – ne se penchent pas précisément sur la maltraitance organisationnelle. Le peu de données pourrait s'expliquer par le fait que la maltraitance organisationnelle est plus difficile à identifier puisqu'elle s'inscrit dans une culture organisationnelle qui est souvent protégée par des politiques internes strictes qui rendent les milieux de pratique très hermétiques. Qui plus est, la maltraitance organisationnelle peut engendrer d'autres types de maltraitance qui sont plus visibles, tels que la maltraitance physique et psychologique.

Les dernières données de la Ligne téléphonique provinciale Aide Abus Aînés (LAAA), recueillies du mois d'octobre 2010 au mois de septembre 2011, démontrent que 2,66 % des appels qui ont été traités étaient en lien avec des situations de maltraitance organisationnelle (Bertrand et al., 2012). Ce sont principalement pour des situations de maltraitance psychologique (32,33 %) et financière (34,6 %) que les personnes ont contacté la LAAA (Bertrand et al., 2012).

Nonobstant, comme mentionné précédemment, il est possible que ces statistiques soient biaisées par le fait que des situations de maltraitance organisationnelle soient répertoriées dans les registres sous d'autres types de maltraitance tels que psychologique ou physique. Le taux de prévalence de la maltraitance organisationnelle est donc inconnu, mais le paysage qui est dépeint de divers milieux de pratiques institutionnelles de santé et de services sociaux laisse entrevoir qu'il s'agit d'un type de maltraitance préoccupant dans la province.

Les orientations politiques et les enjeux mis en lumière dans les médias québécois entachent quelque peu les discours qui ont trait à la promotion de la bientraitance au Québec. Serait-ce un double discours de la part des décideurs publics ou une transition politique qui oblige un temps d'adaptation? Dans le cadre de cette partie de l'essai, il est l'occasion de présenter un projet de coopérative d'habitation pour personnes aînées au Québec qui emprunte moult principes de l'approche de la bientraitance. Celui-ci pourrait certes être une source d'inspiration pour le milieu institutionnel québécois afin justement de lutter contre la maltraitance envers les aînés, dont celle organisationnelle.

Pour ce dernier chapitre de l'essai, une mise en contexte sera dans un premier temps présentée en définissant succinctement les coopératives de solidarité en habitation au Québec. Ensuite, il sera présenté de quelles manières la coopérative La Brunante répond aux principes de l'approche de la bientraitance. Finalement, en guise de conclusion, il sera illustré que la coopérative La Brunante est un modèle auquel les travailleurs sociaux peuvent s'inspirer dans leur pratique professionnelle.

### *Mise en contexte*

Au Québec, un nombre croissant de modèles innovants d'habitation pour personnes aînées se développent afin de répondre aux besoins d'hébergement grandissant de ce groupe de la population. « Déjà, 11 régions du Québec comptent plus de 15 % de leur population âgée de 65 ans et plus. […]. En 2036, 83 des 104 MRC et administrations régionales du Québec compteront plus de 25 % d'aînés, dont 34 MRC plus de 33 %. » (Garon et al., 2016, p. 10). Parmi ces modèles, on retrouve depuis une dizaine d'années celui des coopératives de solidarité en habitation pour aînés. Ce modèle a pour avantages d'offrir des logements abordables, un milieu de vie communautaire et de promouvoir la participation sociale et politique des personnes aînées (Garon et al., 2016). De fait, la gestion des coopératives de solidarité en habitation se réalise par l'implication de deux types de membres, soit les membres-utilisateurs (résidents) et les membres de soutien (personnes ou organisations externes). La gouvernance est dite démocratique : l'assemblée générale est constituée de l'ensemble des membres qui ont tous un droit égal de vote, le conseil d'administration est principalement constitué de membres-utilisateurs et des comités sont mis en place permettant l'implication d'un plus grand nombre de membres (CQCH, 2018). Ces coopératives sont ainsi développées comme « projet commun » favorisant ainsi l'implication citoyenne des personnes aînées (Garon et al., 2013).

C'est grâce à des modifications législatives opérées par le gouvernement du Québec, en 1997, que l'implantation de coopératives de solidarité en habitation a été possible au Québec (CQCH, 2013). En effet, des règlements de la *Loi sur les coopératives* ont dû être actualisés afin de permettre « 1) la reconnaissance de membres de soutien comme deuxième catégorie de membres (outre les membres utilisateurs) plutôt que les membres employés et 2) d'élever l'âge limite de 75

ans pour siéger sur le conseil d'administration d'une coopérative. » (Garon et al., 2016, p. 65). Il existe à ce jour plusieurs coopératives de solidarité en habitation pour personnes aînées au Québec, notamment à Sherbrooke, Vaudreuil-Dorion, Charlesbourg, La Patrie, Lévis, Boucherville, etc.

D'entrée de jeu, il appert que le modèle de gestion des coopératives de solidarité en habitation pour personnes aînées s'inscrit dans une approche de bientraitance. De fait, ce modèle promeut la participation sociale et politique des personnes et cette sollicitation à la participation des résidents n'est pas contraignante dans la mesure où elle respecte les forces et les limites de chacun. En promouvant les valeurs d'entraide, de soutien et de solidarité, la participation de tous est favorisée et viable indépendamment des limitations des personnes. Les forces des uns comblent les limites des autres et vice-versa. Il y a ainsi cette visée d'adapter le milieu de vie ainsi que la gouvernance de celui-ci selon les besoins, désirs et attentes de tout un chacun. « Cette formule [des coopératives de solidarité en habitation] permet aux aînés d'exercer un pouvoir décisionnel sur leur milieu de vie et de s'y impliquer à la mesure de leurs compétences et capacités, tout en se réservant la possibilité de se faire aider par des gens de l'extérieur. » (Garon et al., 2016, p. 64).

### *La Brunante, un modèle de bientraitance?*

La première coopérative de solidarité en habitation pour aînés de 75 ans et plus au Québec a vu le jour à Racine, en Estrie, en 2003. Celle-ci, nommée La Brunante, est située au cœur du village et comprend 20 appartements, soit 5 logements 2 et ½, 2 logements 4 et ½ et 13 logements 3 ½. Les logements sont à prix abordable et 50 % d'entre eux sont subventionnés. Un service alimentaire offre trois repas par jour aux résidents. Le conseil d'administration est principalement

composé de membres-utilisateurs (2/3) ce qui permet aux résidents de maintenir leur pouvoir décisionnel. La municipalité de Racine a contribué au projet de La Brunante « en donnant une parcelle de terrain adjacent au terrain acquis par la coopérative » et en donnant « 20 000 $ à la coopérative pour l'aménagement du terrain. » (Garon et al., 2016, p. 66).

Avant d'entreprendre la partie théorique de mon essai, une discussion exploratoire a été réalisée auprès de deux fondateurs de La Brunante, et ce, avec la présence de Mme Marie Beaulieu. Cette rencontre informelle, qui s'est tenue à la salle de réunion de la coopérative d'habitation, avait pour dessein de faire un premier travail de terrain pour mieux comprendre les réalités vécues par les personnes aînées vivant dans ce type de coopérative. De plus, je souhaitais recueillir des témoignages de personnes qui œuvrent sur le terrain afin d'entamer un travail de conceptualisation.

Ainsi, dans le cadre d'une rencontre d'une heure, j'ai recueilli les propos des fondateurs, Mme Mariette Bombardier et M. Gaston Michaud, sur l'émergence, le développement et le fonctionnement de la coopérative de solidarité en habitation à Racine. De plus, des questions *(voir annexe 3)* ont été posées afin d'identifier les principes et les valeurs qui sont prônés par l'organisation. Mme Bombardier et M. Gaston demeurent engagés auprès de la coopérative en étant toujours membres et en participant à la vie communautaire de celle-ci. Il est à mentionner que les citations des résidents de la coopérative proviennent d'une capsule audiovisuelle qui a été réalisée par Carole Laganière dans le cadre du projet QADA du gouvernement du Québec (CAMF, 2015).

***Objectifs du projet : « On ne transplante pas un vieil arbre »***

D'emblée, M. Michaud lance : « La Brunante c'est une belle histoire. C'est l'histoire d'un groupe d'humains qui décident de se donner une ressource pour l'avenir. » Le projet est né d'une volonté partagée par des citoyens de Racine d'offrir aux personnes un lieu leur permettant de vieillir dans leur communauté, près de leur famille et de leurs amis. Il faut mentionner qu'auparavant, les personnes aînées étaient forcées de quitter leur village pour aller s'installer en ville, dès lors qu'ils avaient des limitations. Le principe, apparu dès les balbutiements du projet, qui a guidé l'ensemble des actions et des décisions, était le suivant : On ne transplante pas un vieil arbre. « C'est la phrase qui a été au cœur de tout le projet. Parce que transplanter un vieil arbre, bien qu'il soit beau, il ne retrouvera jamais ses racines nécessaires, son milieu, son monde, ses connaissances, ses ressources. Ici, les aînés connaissent tout le monde, ils ne sont pas du tout dépaysés, ils continuent à vivre dans leur milieu et participe socialement », explique M. Michaud.

L'un des résidents, nommé John, abonde dans le même sens : « […] cette maison icitte on l'a vu se bâtir. Ça fait partie de notre paroisse, j'ai jamais changé de place, j'ai toujours été icitte. Je n'aurais peut-être pas été dans une autre maison qu'icitte. Je parle à tout le monde. Je les connais tous, c'est toutes des frères pis des sœurs. […]. Depuis que je suis jeune que ce monde-là sont à l'entoure de moi. » (CAMF, 2015, s.p.).

Selon M. Michaud, ce type de coopérative s'avère « un antidote au vieillissement » parce qu'il permet de faire « de la récupération de vieux ». Il explique qu'alors que les vieux peuvent être considérés comme étant inutiles dans la société, à La Brunante des efforts sont consentis pour déconstruire cette fausse perception : « nous travaillons pour que les aînés aient encore le plaisir

d'être utiles, le plaisir d'être des citoyens actifs, le plaisir de mettre en œuvre les capacités d'échange et d'entraide dont ils sont encore capables ».

C'est en écoutant et en étant respectueux des besoins des personnes aînées de Racine qu'est né ce projet qui est à l'image des citoyens de Racine. Mme Bombardier ajoute qu'un autre principe qui a guidé leurs actions était celui de « bâtir une maison dans laquelle [ils aimeraient] y vivre ». La Brunante a ainsi été bâtie à l'image des citoyens de Racine.

Devant ce succès reconnu, certaines personnes ont encouragé les fondateurs à prendre de l'expansion en développant des maisons sous le même modèle dans d'autres municipalités. À cet effet, M. Michaud soutient que chaque village doit avoir sa propre coopérative : « nous on répond à nos propres besoins. Ça, c'est capital. Ça remet en question beaucoup de choses, parce qu'il y a cette philosophie présentement qui fait que la SHQ [Société d'habitation du Québec] veut construire de grosses affaires. Nous sommes dans la notion de maisons de village puis je pense qu'on doit absolument garder ça parce que les gens qui ont grandi dans un village veulent y rester », soutient-il.

***Un milieu ouvert sur sa communauté***

La Brunante est un milieu accessible et ouvert aux citoyens de Racine qui souhaitent utiliser une salle de réunion gratuitement. Mme Bombardier explique que plusieurs rencontres se font à La Brunante parce que les résidents de la maison sont demeurés impliqués dans plusieurs comités. C'est alors que M. Michaud déclare que la coopérative « est un moteur dans la population… c'est le centre du village. » Ces allées et venues permettent aux résidents d'être en perpétuelle relation

avec les citoyens de Racine. Mme Bombardier mentionne qu'une résidente, Louise, participe aux assemblées du conseil municipal ce qui permet aux autres résidents de rester informé des enjeux de la communauté : « elle explique aux autres résidents ce qui s'est dit et chacun exprime son opinion ».

***Des pratiques bientraitantes***

Mettre à profit les forces de chacun

M. Michaud déplore que les services soient orientés vers les déficiences des personnes : « Nous sommes dans une civilisation qui est fondée sur le service aux déficiences. Il y a très peu de gens pour la santé. Toutes les spécialisations sont des spécialisations pour réduire les problèmes de déficience et l'on a tendance, en travaillant de cette manière, à regrouper les déficiences. Alors, on sort les gens de leur communauté et on les regroupe selon leur déficience. Ces personnes ont des capacités qui pourraient faire profiter d'autres », soutient-il. Selon M. Michaud, une personne qui utilise ses forces et en fait profiter à d'autres lui permet de participer, de s'intégrer à un milieu de vie où elle se sentira valorisée et par le fait même bien. « Coopérer, ça veut dire travailler ensemble. C'est important parce que notre but comme développeur de communauté c'est de mettre toutes les forces ensemble. On ne travaille pas sur les déficiences, on met les forces en commun. Il n'y a pas de communautés mortes, il y a juste des communautés sans projets. »

Cette dynamique de solidarité et d'entraide est éloquente dans les propos des résidents, tels ceux du résident John : « Une chance que j'ai de l'aide. J'ai des grandes sœurs qui m'aident en bas. Le contrôle des laveuses… ces affaires-là. J'ai du fun. Je suis pas mal mieux que si j'étais tout seul dans ma maison l'autre bord. Je suis content d'être icitte parce que je serais ben mal pris l'autre bord. Quand ça adonne, des petites jobines, je fais ça. C'est le fun, ça passe le temps […] c'est

ma vie réparer. J'avais un garage pis j'ai toujours fait un peu de mécanique » (CAMF, 2015, s.p.). Quant à Bibiane, une autre résidente, elle reçoit de l'aide d'autres résidents : « J'ai un peu de difficulté à me placer à la table, il y en a deux trois qui sont là pour m'aider. […] je te dis que les personnes sont très gentilles. » (CAMF, 2015, s.p.).

Entendre, écouter et respecter

Les fondateurs du projet soutiennent que les résidents ont un fort sentiment d'appartenance à leur milieu de vie. Ils disent leurs opinions et participent à la vie de la coopérative. Selon eux, ceci s'explique par le fait qu'ils sont écoutés et respectés par les membres du conseil d'administration et par toutes les personnes impliquées dans l'organisation. Ils prennent position et l'expriment parce qu'ils savent qu'ils seront entendus et écoutés. À cet effet, M. Michaud présente une situation où les membres du conseil d'administration ont infirmé une décision à la suite de la pression des résidents qui étaient contre l'une de leurs décisions.

Promouvoir la participation

À La Brunante, chaque résident à ses responsabilités. Bien qu'encouragées, celles-ci ne sont pas imposées. La personne a le loisir de choisir la manière dont elle s'impliquera à la maison. Mme Bombardier énumère ainsi certaines responsabilités partagées par les résidents : il y a des personnes qui sont responsables de s'occuper du jardin, d'entretenir les fleurs, de laver les fenêtres, de rédiger les cartes de fête, de fermer les lumières et barrer les portes le soir, etc. Certains résidents qui ont des voitures offrent des transports à d'autres. « Il y a un fort esprit d'entraide », estime Mme Bombardier. La résidente Rolande prend au sérieux sa tâche : « Le soir je fais ma tournée. Entre 9 h 30 et 10 h 30, là c'est sérieux! Je m'habille puis je barre les portes, j'allume les lumières qui doivent être allumées » (CAMF, 2015, s.p.).

Encourager l'autonomie des personnes

Les résidents demeurent des personnes actives physiquement et socialement. Ils sont sollicités pour donner leurs avis sur divers sujets et pour participer à la vie communautaire. « Juste le prolongement de l'autonomie, c'est de la bientraitance en soi. C'est tellement important qu'ils gardent leur autonomie et leur droit de parole. C'est une culture de respect qui est mise en place », lance Mme Bombardier. Elle ajoute que le modèle de coopérative de solidarité est une façon d'améliorer la qualité de vie des personnes et d'éloigner la maltraitance.

Les fondateurs expliquent qu'avec ce projet, il y avait cet objectif de mettre en place un espace de parole pour les personnes aînées afin qu'elles demeurent impliquées dans la communauté. « C'était de faire que les aînés continuent à être des citoyens à part entière… que ce ne soit pas juste des gens que l'on mette dans la ouate et qu'on dise : fermez vos gueules », précise M. Michaud.

Offrir de petites attentions

Une multitude de petites actions sont réalisées afin d'assurer le bien-être des résidents de La Brunante. M. Michaud explique qu'à contrario de plusieurs organisations où la nourriture est rationalisée en fonction du coût des aliments et des diètes des personnes, à La Brunante c'est une nourriture de type familial qui est offerte. « Ici dès le départ ç'a été clair, vous n'avez pas de nourriture d'hôpital, vous avez une nourriture familiale. Il faut que ce soit bon au goût. Donc, on a pensé le plus possible à avoir de la nourriture de type familial, savoureuse. Il y a toujours cinq ou six desserts et les résidents choisissent. L'abondance est là. Il y a des mets différents et variés. Le plus possible, les aliments sont saisonniers et locaux. Nous n'avons jamais eu de plaintes pour la nourriture ici. Ça fait partie de la bientraitance », estime-t-il. « Il y a aussi de petites gâteries »,

lance Mme Bombardier. Certaines personnes ont des demandes particulières telles qu'une résidente qui a 100 ans : « à tous les repas, il faut faire chauffer son repas et aller lui apporter son assiette. Toutes les personnes qui font des remplacements de cuisine sont au courant. Un autre ne mange pas de piments et de poissons, il y a ainsi toujours un surplus de la veille qui va être servi aux personnes qui aiment moins le repas du jour », précise-t-elle.

Une autre attention est portée lors des anniversaires des résidents. Le jour de leur fête, les personnes peuvent demander leur gâteau préféré pour l'occasion. On souligne également leur anniversaire en offrant du vin ou de la bière à tous. Mme Bombardier soutient que ce sont ces petits détails qui rendent les résidents bien et heureux : « C'est ça de la bientraitance », s'exclame-t-elle. Pour M. Michaud, la bientraitance c'est une façon d'agir en prévention et contrairement à d'autres moyens de prévention, « elle est rapidement profitable aux personnes qui en bénéficient », conclut-il. Ainsi, les fondateurs de La Brunante sont d'avis que la coopérative d'habitation de Racine est sans conteste un exemple de milieu de vie bientraitant.

### *La Brunante : une inspiration pour les travailleurs sociaux?*

L'entrevue réalisée avec deux des fondateurs de La Brunante a permis de relever plusieurs pratiques qui répondent aux principes de l'approche de la bientraitance. Bien que celles-ci ne soient pas de l'ordre professionnel – aucun professionnel de la santé ne travaille à La Brunante –, elles peuvent s'avérer des sources d'inspiration et de réflexion pour les travailleurs sociaux œuvrant auprès des personnes aînées. D'abord, les effets positifs des pratiques bientraitantes sur la qualité de vie et le bien-être des personnes aînées a été soulevé par M. Michaud et Mme Bombardier. De petites actions qui peuvent sembler a priori anodines sont dans les faits très

significatives pour les personnes aînées, comme en témoignent les petits services personnalisés offerts aux résidents de La Brunante et l'attention qui est portée aux goûts culinaires de chacun des résidents. En outre, le bien-fondé à focaliser sur les forces des personnes aînées plutôt que sur leurs limitations est également abordé. Les personnes aînées sont à même de s'organiser entre elles, d'utiliser leurs forces, de créer des projets et de s'engager socialement.

En tant que future travailleuse sociale, les informations recueillies auprès des fondateurs de La Brunante permettent d'identifier différentes façons de faire pour promouvoir l'implication des personnes aînées, encourager leur autonomie, respecter leur choix et être attentive à leurs besoins et attentes. Ce qui est le plus éloquent dans ce modèle est certes le pouvoir des personnes réunies en groupe. De fait, lorsque les personnes aînées ont un espace de participation sociale, elles le prennent et l'utilisent à bon escient, et ce, en s'organisant et en s'entraidant. Ainsi, quel que soit leur milieu de pratique, les travailleurs sociaux œuvrant auprès des personnes aînées gagnent certainement à encourager dans le cadre de leur fonction l'aide mutuelle entre les personnes, à assurer un espace de participation sociale et le rendre accessible à tous. Pour ce faire, les professionnels se doivent de soutenir, d'aider et d'accompagner les personnes afin d'outrepasser les potentiels freins à leur participation sociale et ainsi promouvoir leur bien-être.

Finalement, il est de mise de focaliser les interventions sur les forces des personnes aînées tout en reconnaissant et respectant leurs limites respectives. Comme en témoignent les propos des fondateurs, c'est en utilisant les forces des personnes que celles-ci s'intègrent à un groupe et qu'elles se sentent accomplies personnellement. Ces propos vont dans le même sens que ceux de l'auteur Honneth qui affirme que l'inclusion sociale « […] s'opère par le biais de l'établissement

de rapports de reconnaissance, à travers lesquels les sujets obtiennent une approbation sociale pour certains aspects de leur personnalité et deviennent ainsi membres de la société […] » (2002, s.p.). La reconnaissance se manifeste au travers « […] d'une relation symbolique aux gestes expressifs qui permettent à un être humain d'arriver à la visibilité sociale dans une communication directe. » (2005, p. 49). Il fait nul doute que La Brunante est un milieu de vie où tous les résidents ont l'occasion de s'épanouir et de vieillir dans la dignité.

# CONCLUSION

Ce présent essai de maîtrise avait pour visée de mettre en contexte l'avènement de l'approche de la bientraitance envers les personnes aînées et de mettre en lumière les principales connaissances scientifiques sur celle-ci. Ultimement, le but était d'identifier des modalités d'intervention incontournables pour les travailleurs sociaux du Québec. Pour ce faire, une recension systématique des écrits internationaux francophones a été réalisée à l'été 2017 et 2018. C'est au total sept objectifs spécifiques qui ont été ciblés dans le cadre de ce travail. Pour cette dernière partie du travail, les principaux aspects abordés dans chaque chapitre seront résumés en faisant des liens avec les objectifs spécifiques de l'essai. Puis, en guise de conclusion, il sera présenté quelques pistes de réflexion pour de futures recherches scientifiques ainsi qu'une réflexion plus personnelle sur l'avenir de l'approche de la bientraitance avec l'arrivée de la Coalition Avenir Québec (CAQ) au pouvoir.

Le premier objectif de l'essai était celui de présenter les diverses définitions de la bientraitance. Dans ce premier chapitre de l'essai, une multitude de points de vue quant à la définition de la bientraitance envers les aînées sont mis en lumière. Somme toute, nous retiendrons qu'outre les principes de base qui fondent cette approche, il appert qu'elle se doit d'être réfléchie, discutée, débattue en équipe afin d'assurer qu'elle fasse sens pour toutes les personnes d'un même milieu. Imposer une définition de l'approche aurait certes pour risque de la rendre promptement désuète et non applicable, car elle serait décalée, inadaptée aux divers milieux de pratique.

Le deuxième objectif était de décrire l'évolution de l'approche de la bientraitance. Dans le second chapitre de l'essai, il est expliqué de quelle manière l'approche de la bientraitance envers les aînés

est née en France et quelles ont été ensuite les actions entreprises pour la promouvoir au sein des institutions publiques. Il est également présenté l'évolution de l'approche de la bientraitance à l'international et à plus petite échelle, au Québec. Ce chapitre établit que l'intégration de cette nouvelle approche dans les milieux professionnels exige l'implication d'acteurs de divers champs – politique, économique, social, etc. –. Aujourd'hui l'enjeu financier apparait comme la principale barrière à l'intégration d'une culture bientraitante dans les milieux institutionnels, et ce, en France comme au Québec. Finalement, malgré les craintes adressées par des chercheurs et des praticiens, la promotion de la bientraitance ne semble pas avoir relégué au second plan la lutte contre la maltraitance envers les aînés. Bien heureusement, les diverses politiques en la matière conjuguent plutôt ces deux approches de façon complémentaire.

Comprendre les critiques qui sont adressées à l'égard de l'approche de la bientraitance était le troisième objectif. Dans le troisième chapitre, il est principalement discuté du risque à l'instrumentalisation de l'approche de la bientraitance. Plusieurs auteurs donnent des exemples concrets qui témoignent de ce possible danger notamment par l'instauration de normes objectivables et évaluables. Ils sont plusieurs chercheurs à nommer leur scepticisme quant à la standardisation, la normalisation des pratiques bientraitantes et par le fait même au processus d'évaluation de ces pratiques. Des reproches sont également adressés aux milieux qui promeuvent l'approche de la bientraitance sans pour autant y investir de l'argent. Dans ces cas, l'instauration d'une telle approche peut s'avérer un poids de plus pour les professionnels qui peinent d'ores et déjà à assumer leurs responsabilités. Ces propos renvoient à ceux d'autres chercheurs qui critiquent le processus de certification de la bientraitance en France. Celui-ci aurait pour incidence de sur-responsabiliser les professionnels et au contraire de déresponsabiliser les institutions.

Le quatrième chapitre résume les informations recueillies dans les 42 articles scientifiques identifiés et consultés à la suite de la recension des écrits. Il est entre autres présenté les thèmes centraux portant sur la bientraitance, soit les pratiques bientraitantes, les conditions de la bientraitance, le processus d'évaluation des pratiques professionnelles, les exemples de pratiques, outils et guides promouvant la bientraitance, l'importance des formations professionnelles, le travail interdisciplinaire et interprofessionnel, la réflexion éthique des professionnels, la bientraitance envers les professionnels, l'implication des directions, la culture de la bientraitance, les contraintes organisationnelles et financières et la participation des aînés. Toujours dans ce même chapitre, il est discuté de l'importance de l'approche de la bientraitance pour la pratique du travail social. Des liens sont ainsi faits entre les valeurs et pratiques promues dans le Référentiel de compétences des travailleuses sociales et travailleurs sociaux de l'OTSTCFQ ainsi que les principes de l'approche de la bientraitance. Ce chapitre répond ainsi à trois objectifs de l'essai soit celui d'identifier les principaux thèmes de la bientraitance discutés dans la littérature scientifique, celui de présenter les projets et les outils promouvant la bientraitance envers les personnes aînées ainsi que l'objectif de montrer l'intérêt et la pertinence d'une telle approche pour les travailleurs sociaux.

Finalement, dans le dernier chapitre de l'essai, je présente succinctement les échanges que j'ai eus avec deux des fondateurs de la coopérative de solidarité en habitation à Racine, La Brunante. J'explique les raisons pour lesquelles ce milieu de vie pour aînés correspond à un modèle en matière de pratiques bientraitantes. Bien que les fondateurs de la coopérative d'habitation n'abordaient pas d'emblée l'approche de bientraitance, parce que ce concept demeure peu connu au Québec, ma rencontre avec ceux-ci m'a permis de confirmer que les valeurs et principes qui les ont guidés s'arriment avec ceux de l'approche de la bientraitance. Finalement, cette discussion

exploratoire a été l'occasion d'identifier certaines pratiques auxquelles les travailleurs sociaux gagneraient à s'inspirer pour mieux s'adapter à leur clientèle aînée. Ainsi, la lecture de ce chapitre illustre que l'objectif de comprendre de quelles manières des initiateurs d'un projet de coopérative d'habitation pour personnes aînées promeuvent la bientraitance et celui de montrer le bien-fondé de l'approche pour les travailleurs sociaux ont été atteints.

La réalisation de cet essai a éveillé chez moi de nouvelles réflexions et de nouveaux intérêts qui pourraient être pertinents à approfondir dans de futures recherches. Ainsi, il serait intéressant de se pencher plus spécifiquement aux pratiques et projets qui s'inscrivent dans une approche de bientraitance en Amérique latine. Le caractère culturel de ce coin du monde laisse présager des façons d'entrevoir et d'appliquer cette approche de manière très différente. Ensuite, il serait à propos d'étudier les conditions favorisant l'implication des aînés dans les pratiques gérontologiques (ex. : leur implication dans les formations des étudiants et des professionnels, dans la création des outils d'intervention et d'évaluation, dans l'élaboration de la définition de la bientraitance, etc.). Ce travail a principalement ressorti des exemples de pratiques, d'outils ou de projets promouvant la bientraitance en France. Il serait pertinent de réaliser ce même travail de recherche au Québec, en tenant compte du fait que le vocable « bientraitance » ne soit pas couramment employé. Comme en témoigne la coopérative La Brunante, des projets québécois innovants peuvent être des exemples concrets et inspirants de l'approche de la bientraitance sans pour autant nommer explicitement cette approche. Puis, il serait à propos d'évaluer l'efficacité des interventions bientraitantes à long terme. À contrario de la vision managériale qui évalue davantage les retombées à court terme, il serait nécessaire que l'approche de la bientraitance soit analysée, étudiée, en considérant que ses effets sont d'autant plus visibles sur le moyen et long terme. Finalement, il serait profitable d'étudier l'apport potentiel de cette approche sur la pratique

du travail social. Plusieurs questions de recherche pourraient être abordées comme les suivantes : est-ce que les travailleurs sociaux ont en ce moment des conditions de travail leur permettant d'appliquer une telle approche? De quelles manières pouvons-nous promouvoir au Québec l'approche de la bientraitance dans nos institutions publiques? Les formations universitaires en travail social préparent-elles les futurs professionnels à appliquer une telle approche?

Pour conclure, les enjeux actuels en ce qui a trait entre autres à la qualité de vie des personnes aînées inciteront, pouvons-nous présumer, l'adoption de nouvelles mesures favorisant des pratiques qui répondent mieux aux principes de la bientraitance et qui luttent plus efficacement contre la maltraitance. Enfin, c'est ce que laisse présager le contexte social et politique actuel. De fait, la nouvelle ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, Marguerite Blais, a mentionné qu'elle « compte travailler pour "valoriser" le personnel qui travaille en CHSLD en plus de contribuer à mettre sur pied les Maisons des aînés promises par la CAQ pendant la campagne électorale. » (Radio-Canada, 2018). Elle mentionne ainsi son souhait de travailler autant sur la qualité de vie des aînés en CHSLD que sur les conditions de travail des professionnels œuvrant en CHSLD, particulièrement les préposés aux bénéficiaires. Des dires qui sont ainsi encourageants pour la suite des choses. Puis, si l'on se fit aux promesses de la CAQ, les Maisons des aînés qui remplaceront les CHSLD semblent a priori répondre aux principes de l'approche de la bientraitance. Il a été mentionné que celles-ci seront plus humaines, conviviales et modernes. Elles auront des unités plus petites, des chambres plus grandes et climatisées, des espaces verts et sécuritaires. Dans ces maisons, on y servira de meilleurs repas et des soins personnalisés (Le Journal de Québec, 2018). Il est ainsi possible de constater que les principales critiques qui ont été nommées notamment à l'égard des CHSLD sont adressées par le nouveau parti au pouvoir. Espérons que toutes ces importantes promesses se concrétisent dans les

prochaines années. Par ailleurs, la question à savoir si le gouvernement du Québec financera suffisamment les établissements de soins et les services à domicile pour que les citoyens y voient des progrès véritables demeure entière. Quoi qu'il en soit, la lutte contre la maltraitance envers les aînés et la promotion de l'approche de la bientraitance ne peuvent se faire sans un profond changement de culture institutionnelle. Les orientations politiques de la CAQ sont encourageantes, mais seul l'avenir nous prouvera leurs réels désirs et intérêts à améliorer les conditions de vie des personnes aînées.

# BIBLIOGRAPHIE


***Introduction***

Beaulieu, M., Lebœuf, R. et Pelletier, C. (2017). La promotion de la bientraitance : une approche globale qui se conjugue avec la lutte contre la maltraitance. Conférence présentée au colloque Pour le mieux-être des aînés, Le point en santé et services sociaux, Laval. Repéré à http://www.lepointensante.com/wp-content/uploads/2016/11/Chaire-Malt_Bientraitance_15mars2017.pdf.

Ministère de la Famille. (2017). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2017-2022*. Repéré à https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/plan-action-maltraitance-2017-2022.pdf.

***Méthodologie***

Becker, H.S. (1998). The Epistemology of Qualitative Research. In : Jessor, R., Colby, A., Schweder, R. *Essays on Ethnography and Human Development*. Chicago : University of Chicago Press.

Bertrand, K., L'Espérance, N. et Flores Aranda, J. (2014). La méthode de la revue systématique : Illustration provenant du domaine de la toxicomanie et des troubles mentaux concomitants chez les jeunes. Dans Corbière, M. et Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Carrefour Action Municipal et Famille (CAMF). (2015). Outils MADA/Habitation : Vieillir dans sa communauté. Repéré à http://carrefourmunicipal.qc.ca/municipalite-amie-des-aines/outils-mada/habitation/.

Lefèvre, N. (s.d.). L'entretien comme méthode de recherche. Repéré à http://staps.univ-lille.fr/fileadmin/user_upload/ressources_peda/Masters/SLEC/entre_meth_recher.pdf.

Lugen, M. (s.d.). Petit guide de méthodologie de l'enquête. Repéré à http://igeat.ulb.ac.be/fileadmin/media/publications/Enseignement/Petit_guide_de_me%CC%81thodologie_de_l_enque%CC%82te.pdf.

Martin, V. et Renaud, J. (2013). *Les normes de production des revues systématiques : Guide méthodologique.* Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Normes_production_revues_systematiques.pdf.

Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans Gauthier, B. (Dir.). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (5e édition). Québec : Presses de l'Université du Québec.

***Chapitre 1: Définitions du concept***

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*. Repéré à http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf).

Arnal-Capdevieille, I. (2017). De la bientraitance en management. *Gestions hospitalières, (564),* 147-148.

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, 33(133),* 69-87.

Bertézène, S. (2018). Un management humaniste : Dépasser les tensions, améliorer la performance ? *Gestions hospitalières, (573),* 105-109.

Casagrande, A. (2016). La bientraitance, naissance d'une notion dans le clair-obscur des espaces de soins. *Soins (805*), 22-25.

Boissières-Dubourg, F. (2014). *De la maltraitance à la bientraitance* (2e édition). France : Lamarre. 218 p.

Chambenois, L. (2018). La bientraitance – se considérer l'un l'autre. *Perspective soignante, (61),* 25-31.

Collectif Larousse. (2013). *Le Petit Larousse illustré*. Larousse. 1934 p.

Doridant, F et Job, M.-F. (2010). Quand bientraitance rime avec compétences. *Soins Gérontologie, (84),* 28-29.

Doutreligne, S. et Ruault, G. (2013). La question éthique dans le programme mobiqual. Place des outils et de la réflexion dans le prendre soin. *Gérontologie et société, 36(144)*, 147-160.

Dugravier-Guerin, N. (2014). La bientraitance. Une réflexion philosophique et mise en pratique. *Revue de gériatrie, 39(10),* 669-674.

Duportet, B. (2010). Du concept de maltraitance à celui de la bientraitance, un parcours semé d'embûches. *Soins gérontologie, (84)*, 20-24.

Franco-Pernel, M.-F. (2015). Bientraitance, une compétence collective. *Objectif Soins & Management, 241*, 17-22.

Ghadi, V., Terrien, N. et Antonini, F. (2016). La bientraitance une quête perpétuelle. *Soins (805*), 32-35.

Groupe Bientraitance FORAP-HAS. (2012). *Le déploiement de la bientraitance : Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD*. Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_rapport.pdf.

Harrouet, S. (2012). La bientraitance managériale du cadre de santé. *Soins cadres, (83),* 27-28.

Haute Autorité de Santé (HAS). (s.d.). Questions/Réponses Bientraitance : patients et professionnels de santé se mobilisent. Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/qr_bientraitance_vdef.pdf.

Ledroit, C. (2016). Les enjeux d'un groupe de réflexion sur la bientraitance. *Soins La revue de référence infirmière, (805)*, 42-45.

Loubat, J.-R. (2012). *Elaborer un projet d'établissement ou de service en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod. 416p.

Manciaux, M. (2012). La bientraitance : émergence d'un concept. *Risques et qualité en milieu de soins, 9(4),* 3-6.

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

Ministère de la Famille. (2017*). Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2017-2022*. Repéré à https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/plan-action-maltraitance-2017-2022.pdf.

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., Moulias, S. et Busby, F. (2012). Éthique et le concept de bientraitance. *Revue de gériatrie, 37(10)*, 829-835.

Moulias, R et Moulias, S. (2017). Peut-on définir « Maltraitance des aînés » et « Bientraitance » de façon opérationnelle? *Revue de gériatrie, 42(3)*, 131-132.

Pellissier, J. (2010). Quelques réflexions sur la bientraitance. *Soins Gérontologie, (84),* 39-41.

Peoc'h, N. (2016). La démarche de bientraitance au sein d'un cadre institutionnel. *Soins (805*), 36-38.

Perrein, F. et Le Quellec, M. (2016). La bientraitance au service de gérontologie et prévention du vieillissement du CHU de Nîmes. *Techniques hospitalières, 757,* 81-82.

Pourin, C., Gillaizeau, D., Coustets, A., Cavaillé, A., Communier, A. et Saillour, F. (2012). La bientraitance en situations de vie : un outil d'animation des équipes en établissement de santé et en EHPAD pour l'encadrement de proximité. *Risques et qualité en milieu de soins, 9(4),* 46-51.

Ruault, G. (2012). Bientraitance, qualité de vie, MobiQual. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement, 10(4),* 353-354.

Schmitt, M. (2013). *Bientraitance et qualité de vie. Prévenir les maltraitances pour des soins et une relation d'aide humaniste*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson. 318 p.

Schwab, D. R. et Bovet, C. (2015). Bientraitance envers les aînés: une notion à bien traiter. Krankenpflege. *Soins Infirmiers, 108(9),* 72-73.

Terrien, N., Anthoine, E. et Moret, L. ($2012_a$). Développement et validation d'une échelle d'auto-évaluation des pratiques de bientraitance des patients ou des résidents par les professionnels de santé. *Geriatrie & Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement, 10(4),* 403-411.

Terrien, N., Paillé, C., Moret, L. et les établissements du groupe de travail bientraitance du réseau Qualisanté. (2012). Bientraitance en santé : quel périmètre? *Risques et qualité en milieu de soins, 9(4),* 14-18.

***Chapitre 2 : Évolution du concept***

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*. Repéré à https://www.cnrd.fr/IMG/pdf/bientraitance.pdf.

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). (2017). *Nos missions*. Repéré à http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=108.

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, 33(133),* 69-87.

Beaulieu, M., Lebœuf, R., Pelletier, C. et Cadieux Genesse, J. (2018). Chapitre 6 : La maltraitance envers les personnes aînées. Dans Institut nationale de santé publique du Québec. (2018). Rapport québécois sur la violence et la santé. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf.

Buzyn, A. (2018). Installation de la Commission de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance des personnes vulnérables. Communiqués et dossiers de presse. Repéré à http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/installation-de-la-commission-de-promotion-de-la-bientraitance-et-de-lutte.

Casagrande, A. (2016). La bientraitance, naissance d'une notion dans le clair-obscur des espaces de soins. *Soins (805*), 22-25.

Duportet, B., Busby, F., Maury, C., Sapio, S., Lemoine, C. et Moulias, R. (2012). Le dispositif national de lutte contre la maltraitance et le 3977. *La Revue de gériatrie, 37(5),* 339-348.

Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé (FORAP). (s.d). *Bienvenue sur le site de la FORAP*. Repéré à http://www.forap.fr/index.php.

Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé (FORAP). (2016). Rapport d'activité : 2016. Repéré à http://www.forap.fr/pdf/FORAP-RappAct2016.pdf.

Fondation Émergence. (2013). Pour que vieillir soit gai : Dans le respect et la dignité. Fiches d'information. Repéré à https://www.fondationemergence.org/wp-content/uploads/2015/02/PQVSG_fiches.pdf.

Gouvernement du Québec. (2017). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Repéré à http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2.

Gouvernement du Québec. (2018). *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.* Repéré à http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/L-6.3.

Grassin, M., Wanquet-Thibault, P. (2016). L'éthique de la bientraitance. *Soins (805*), 26-28.

Groupe Bientraitance FORAP-HAS. (2012). *Le déploiement de la bientraitance : Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD*. 36p. Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_rapport.pdf.

Hervy, M.-P. (2013). Des recommandations de l'ANESM sur la qualité de vie en EHPAD : pourquoi ce thème? *Empan, (92),* 126-132.

Ispenian, I. (2005). La loi du 2 janvier 2002 ou la reconnaissance de droits aux usagers. *Gérontologie et Société, 28(115),* 49-62.

Job, M.-F., Bouchara, J. (2010). De la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées : la bientraitance, l'affaire de tous. *Soins Gérontologie, (84),* p. 19.

LégiFrance. (2017). *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. Repéré à https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015.

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

Ministère de la Famille. (2017). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2017-2022*. Repéré à https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/plan-action-maltraitance-2017-2022.pdf.

Ministère de la Famille. (2018). *Entente-cadre nationale pour lutter contre la maltraitance envers les personnes aînées*. Repéré à https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/aines/lutte_contre_maltraitance/entente_cadre/Pages/index.aspx.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes en perte d'autonomie. Québec,* 43p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2003). *Politique de soutien à domicile : Chez-soi le premier choix. Québec*, 43p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2005). *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : un défi de solidarité.* 45p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018). Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf.

Ministère de la Santé et des Solidarités. ($2006_a$). *Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010.* Repéré à https://www.cnrd.fr/IMG/pdf/plan_douleur06_2010.pdf).

Ministère de la Santé et des Solidarités. ($2006_b$). *Charte de la personne hospitalisée : Principes généraux*. Repéré à http://www.ch-havre.fr/documents/ghh/Chartes.pdf.

Ministère de la Santé et des Solidarités. (2009). *Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*. Repéré à http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides/article/charte-des-droits-et-des-libertes-de-la-personne-agee-en-situation-de-handicap#.

Ministère de la Santé et des Solidarités. (2015). *Orientations prioritaires de la politique nationale*. Repéré à http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/maltraitance-des-personnes-vulnerables/article/orientations-prioritaires-de-la-politique-nationale.

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). Système de santé, médico-social et social. Repéré à http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social.

Ministère de la Santé et des Solidarités. (2018). *Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement*. Repéré à http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillissement/.

Ministère de la Santé et des Sports. (2010). *2011 : année des patients et de leurs droits*. Dossier de presse. Repéré à http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_anneeespatients.pdf.

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. (2016). *Aide à domicile aux personnes âgées et aux personnes handicapées par les SAAD prestataires : le guide des bonnes pratiques*. Repéré à http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/20161207_-_guide_des_bonnes_pratiques_pa_ph.pdf.

Moulias, R., Moulias, S. et Busby, F. (2012). Éthique et le concept de bientraitance. *Revue de gériatrie, 37(10),* 829-835.

Nations Unies. (1982). *Rapport de l'Assemblée mondiale sur le vieillissement*. Repéré à http://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/Resources/VIPEE-French.pdf.

Nations Unies. (1991). *Principes des Nations Unies pour les personnes âgées*. Assemblée générale des Nations Unies. Repéré à http://www.un.org/french/documents/instruments/docs_subj_fr.asp?subj=107.

Nations Unies. (2002). *Rapport de la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement*. Repéré à http://www.monitoringris.org/documents/norm_glob/mipaa_french.pdf.

Rapoport, D. (2006). *La bien-traitance envers l'enfant. Des racines et des ailes*. Paris : Belin.

Rapoport, D. (2013). *De l'opération pouponnières à la « bien-traitance » institutionnelle, d'un néologisme à un concept : le sens d'un trait d'union*. p. 3-9. Dans Schmitt, M. (2013). Bientraitance et qualité de vie. *Prévenir les maltraitances pour des soins et une relation d'aide humanistes*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson. 318 p.

Saillour-Glénisson, F., Dancourt, V., Terrien, N., Verheyde, I. et le groupe FORAP-HAS Bientraitance. (2015). *Mesurer la bientraitance et la maltraitance*. p. 23-43. Dans Schmitt, M. (2015). *Bientraitance et qualité de vie. Outils et retours d'expériences*. Issy-les-Moulineaux France : Elsevier Masson. 294 p.

Saillour-Glenisson, F., Ghadi, V. et le groupe FORAP-HAS Bientraitance. (2012). Le déploiement de la bientraitance. Synthèse du guide FORAP-HAS à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD. *Risques et qualité en milieu de soins, 9(4)*, 33-40.

Schwab, D. R. et Bovet, C. (2015). Bientraitance envers les aînés: une notion à bien traiter. *Krankenpflege. Soins Infirmiers, 108(9)*, 72-73.

Secrétariat d'État à la Solidarité. (2008). *Opération « Bientraitance des personnes âgées accueillies en établissement »*. Dossier de presse. Repéré à http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DP_Operation_Bientraitance_des_personnes_agees_accueillies_en_etablissement_.pdf.

Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). (2015). *Présentation de l'outil Bientraitance*. Repéré à http://www.mobiqual.org/thematiques/bientraitance/.

Thoizet, C. (2018). Personnes âgées : la commission sur la bientraitance laisse les professionnels sceptiques. Libération. Fr. Repéré à http://www.liberation.fr/france/2018/02/19/personnes-agees-la-commission-sur-la-bientraitance-laisse-les-professionnels-sceptiques_1630800.

Wikipedia. (2018). Établissement ou service social ou médico-social. Repéré à https://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89tablissement_ou_service_social_ou_m%C3%A9dico-social.

***Chapitre 3 : Critiques du concept***

Beaulieu, M. (2015). Lutter contre la maltraitance envers les personnes aînées et promouvoir la bientraitance : qu'est-ce que la recherche nous indique? Présentation dans le cadre du Forum des partenaires pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées – 4 e édition.

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, 33(133),* 69-87.

Beaulieu, M., Lebœuf, R. et Pelletier, C. (2017). La promotion de la bientraitance : une approche globale qui se conjugue avec la lutte contre la maltraitance. Conférence présentée au colloque Pour le mieux-être des aînés, Le point en santé et services sociaux, Laval. Repéré à http://www.lepointensante.com/wp-content/uploads/2016/11/Chaire-Malt_Bientraitance_15mars2017.pdf.

Boissières-Dubourg, F. (2014). *De la maltraitance à la bientraitance* (2e édition). France : Lamarre. 218 p.

Casagrande, A. (2010). Quels destins possibles pour la bientraitance? *Soins Gérontologie, (84),* 25-27.

Casagrande, A. (2012). *Ce que la maltraitance nous enseigne. Difficile bientraitance*. Paris, France : Dunod. 224p.

Harrouet, S. (2012). La bientraitance managériale du cadre de santé. *Soins cadres, (83),* 27-28.

Lechevalier Hurard, L. (2013). Faire face aux comportements perturbants: le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique. *Sociologie du travail, 55(3)*, 279-301.

Manciaux, M. (2012). La bientraitance : émergence d'un concept. *Risques et qualité en milieu de soins, 9(4),* 3-6.

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

Ministère de la Famille. (2017). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2017-2022.* Repéré à https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/plan-action-maltraitance-2017-2022.pdf).

Moulias, R. (2014). Vie et fin de vie en EHPAD. Normes et sécurité ou Bien-être malgré les handicaps : Quels objectifs pour un EHPAD? *Gérontologie, (169),* 7-10.

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., Moulias, S. et Busby, F. (2012). Éthique et le concept de bientraitance. *Revue de gériatrie, 37(10)*, 829-835.

Pellissier, J. (2010). Quelques réflexions sur la bientraitance. *Soins Gérontologie, (84),* 39-41.

Rajablat, M. (2015). La toilette : un soin thérapeutique en psychiatrie. *Soins Aides-Soignantes, (63)*, 14-15.

Rapoport, D. (2013). *De l'opération pouponnières à la « bien-traitance » institutionnelle, d'un néologisme à un concept : le sens d'un trait d'union*. p. 3-9. Dans Schmitt, M. (2013). Bientraitance et qualité de vie. *Prévenir les maltraitances pour des soins et une relation d'aide humanistes*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson. 318 p.

Schwab, D. R. et Bovet, C. (2015). Bientraitance envers les aînés: une notion à bien traiter. *Krankenpflege. Soins Infirmiers, 108(9)*, 72-73.

***Chapitre 4: Analyse des données du corpus***

*Articles du corpus (n = 42)*

Bass, M. (2013). Une approche de la dignité. *Revue de l'infirmière, (195),* 20-22.

Benscri-Piet, N. (2012). La simulation grand âge : Management. *La Revue francophone de gériatrie et de gérontologie, 19(181/182)*, 10-15.

Blanchouin, M.-B. et Duda-Jouan, K. (2015). Redonner du sens à la toilette en établissement d'hébergement. *Soins Aides-Soignantes, (63)*, 16-17.

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.

Caleca, C. (2012). Soins en gériatrie : les équipes maltraitées. *Revue francophone de gériatrie et de gérontologie, 19(187),* 274-279.

Casagrande, A. (2013). Propositions pour une nouvelle démocratie sanitaire en institution. *Revue de l'infirmière, (195),* 16-19.

Casagrande, A. (2016). La bientraitance, naissance d'une notion dans le clair-obscur des espaces de soins. *Soins (805*), 22-25.

Décultot, C., Hermil, J-L. et Baleizao, S. (2017). Comment les médecins généralistes appliquent-ils la bientraitance lors des visites à domicile : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de quinze médecins généralistes en Haute-Normandie. *Medecine & Culture, (27)*, 77- 98.

Doutreligne, S. et Ruault, G. (2013). La question éthique dans le programme mobiqual. Place des outils et de la réflexion dans le prendre soin. *Gérontologie et société, 36(144)*, 147-160.

Dugravier-Guerin, N. (2014). La bientraitance. Une réflexion philosophique et mise en pratique. *Revue de gériatrie 39(10),* 669-674.

Ghadi, V., Terrien, N. et Antonini, F. (2016). La bientraitance une quête perpétuelle. *Soins (805*), 32-35.

Guérin, L. (2016). « Faire manger » et « jouer le jeu de la convivialité » en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). *SociologieS*. Repéré à https://journals.openedition.org/sociologies/5404#quotation.

Lechevalier Hurard, L. (2013). Faire face aux comportements perturbants: le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique. *Sociologie du travail, 55(3)*, 279-301.

Lord, M.-M., Therriault, P.-Y., Desrosiers, L., Aubin, G. et Carbonneau, 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.

Luthereau, A. (2015). Une culture partagée de la bienveillance. *Directions – Mensuel des directeurs du secteur sanitaire et social, (127)*, 16-18.

Marmet, T. (2013). Médecine palliative et prise en charge des personnes âgées en ehpad. *Empan (91)*, 98-104.

Mikolajczak, M. et Gabillaud, C. (2014). Promouvoir une culture de la bientraitance en Ehpad. *Soins gérontologie, (106),* 13-17.

Mimoso, A.A. et Cugny, N. (2013). De la dignité en Ehpad. *Revue de l'infirmière, (195),* 25-26.

Monfort, E., Besse, P., Bellet, A. et Fontaine, A.-C. (2017). Perceptions de la qualité de vie et de la bientraitance par des personnes âgées résidant en institution gériatrique et par leurs proches. *Pratiques psychologiques.* 14p.

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., Moulias, S. et Busby, F. (2012). Éthique et le concept de bientraitance. *Revue de gériatrie, 37(10)*, 829-835.

Moulias, R. (2014). Vie et fin de vie en EHPAD. Normes et sécurité ou Bien-être malgré les handicaps : Quels objectifs pour un EHPAD? *Gérontologie, (169),* 7-10.

Noël, R. (2015). Le soin de la toilette, un accompagnement au quotidien personnalisé et bientraitant. *Soins Aides-Soignantes, (63)*, 10-11.

Perrein, F. et Le Quellec, M. (2016). La bientraitance au service de gérontologie et prévention du vieillissement du CHU de Nîmes. *Techniques hospitalières, (757),* 81-82.

Petit, E., Karnycheff, C. et Tetevide, N. (2013). Accueil aux urgences et dignité. *Revue de l'infirmière, (195),* 23-24.

Petit, M. (2017). Maltraitance et bientraitance : de quoi parle-t-on? *Actualité sociales hebdomadaires, (3032),* 24-25.

Postel, L. et Brissette, L. (2016). Travailler en Ehpad avec satisfaction et fierté, c'est possible! *Revue hospitalière de France, (570),* 36-41.

Pourin, C., Gillaizeau, D., Coustets, A., Cavaillé, A., Communier, A. et Saillour, F. (2012). La bientraitance en situations de vie : un outil d'animation des équipes en établissement de santé et en EHPAD pour l'encadrement de proximité. *Risques et qualité en milieu de soins, 9(4),* 46-51.

Quentin, B. (2012). Dignité et personne âgée : l'âge ne fait rien à l'affaire. *Revue de l'infirmière, (184)*, 33-35.

Quinon, M. (2015). La toilette : le corps et l'âme à nu. *Soins Aides-Soignantes, (63)*, 12-13.

Rajablat, M. (2015). La toilette : un soin thérapeutique en psychiatrie. *Soins Aides-Soignantes, (63)*, 14-15.

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

Ruault, G., Doutreligne, S. et Ferry, M. (2012). Présentation de l'outil bientraitance. *Revue de gériatrie, 37(5),* 349-352.

Saillour-Glenisson, F., Ghadi, V. et groupe FORAP-HAS Bientraitance. (2012). Le déploiement de la bientraitance. Synthèse du guide FORAP-HAS à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD. *Risques & qualité en milieu de soins, (4)*, 33-40.

Salicrú, R. (2013). Action d'une commission d'évaluation des pratiques professionnelles sur la bientraitance dans un établissement gériatrique: baisse de prescriptions de psychotropes. *Risques & qualité en milieu de soins, (2),* 116-122.

Schwab, D. R. et Bovet, C. (2015). Bientraitance envers les aînés: une notion à bien traiter. Krankenpflege. *Soins Infirmiers, 108(9),* 72-73.

Terrien, N., Anthoine, E. et Moret, L. ($2012_a$). Développement et validation d'une échelle d'auto-évaluation des pratiques de bientraitance des patients ou des résidents par les professionnels de santé. *Geriatrie & Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement, 10(4),* 403-411.

Terrien, N., Anthoine, E. et Moret, L. ($2012_b$). Une enquête de pratiques dans vingt-huit établissements de santé en Pays de la Loire. *Risques et qualité en milieu de soins, 9(4),* 27-32.

Terrien, N., Paillé, C., Moret, L. et les établissements du groupe de travail bientraitance du réseau Qualisanté. (2012). Bientraitance en santé : quel périmètre? *Risques et qualité en milieu de soins, 9(4),* 14-18.

Thomas, P., Chandès, G. et Hazif-Thomas, C. (2016). EHPAD et familles de résidents: deux sémiosphères en compétition. [Dossier : Donner du sens]. *Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie, 16(94),* 194-203.

Verborg, S., André-Berton, A-L., Benscri, N. Helbert, C. et Moll, M.-C. (2016). La formation "Grand âge" : la simulation au service de la bientraitance. *Risques et qualité en milieu de soins, 13(3),* 170-174.

*Articles ne faisant pas partie du corpus*

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*. Repéré à https://www.cnrd.fr/IMG/pdf/bientraitance.pdf.

Aubry, F. (2016). Les préposés aux bénéficiaires au Québec : entre amour du métier et dégoût de la tâche : Comment l'analyse de l'activité permet de comprendre le paradoxe. *Sociologie et sociétés, 48(1),* 169-189.

Harrouet, S. (2012). La bientraitance managériale du cadre de santé. *Soins cadres, (83),* 27-28.

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ). (2012). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux.* Repéré à https://beta.otstcfq.org/sites/default/files/referentiel_de_competences_des_travailleurs_sociaux.pdf.

***Chapitre 5 : Exemple d'un milieu de vie orienté vers la bientraitance***


Beaulieu, M., Lebœuf, R., Pelletier, C. et Cadieux Genesse, J. (2018). Chapitre 6 : La maltraitance envers les personnes aînées. Dans Institut nationale de santé publique du Québec. (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf.

Bertrand, M., Bouchard, S., Charpentier, M., Chrysostome, C-J., Florette Noubicier, A., Montminy, L., Soulières, M., Thomas, D. (2012). Ligne téléphonique provinciale Aide Abus Aînés : Analyse de l'implantation et de la pertinence clinique. Repéré à http://www.aideabusaines.ca/wp-content/uploads/2015/03/FINAL-VERSION_Rapport-LAAA_4-AVRIL-2012_web.pdf.

Carrefour Action Municipal et Famille (CAMF). (2015). Outils MADA/Habitation : Vieillir dans sa communauté. Repéré à http://carrefourmunicipal.qc.ca/municipalite-amie-des-aines/outils-mada/habitation/.

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC). (2015). La maltraitance envers les personnes aînées : IDENTIFIER, AGIR ET PRÉVENIR. Repéré à http://www.cavac.qc.ca/regions/laval/pdf/Guide_violence_aines_fr.pdf.

Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées. (2018). Terminologie sur la maltraitance envers les personnes aînées. Repéré à http://maltraitancedesaines.com/fr/terminologie.

Confédération québécoise des coopératives d'habitation (CQCH). (2013). Les coopératives de solidarité en habitation pour aînés au Québec, Cahiers de l'ARUC – Développement territorial et coopération, Série «Recherches», (12), 95 p.

Confédération québécoise des coopératives d'habitation (CQCH). (2018). Foire aux questions : Qu'est-ce qu'une coopérative d'habitation? Repéré à http://www.cooperativehabitation.coop/faq/.

Conseil pour la protection des malades (CPM). (2018). Demande d'autorisation de recours collectif. Repéré à https://cpm.qc.ca/client_file/upload/pdf/Version%20finale%20Demande%20d'autorisation%2006072018.pdf.

Garon, S., Lavoie, C., Lizée, I., O'Bomsawin, M., Vachon Croteau, C. et Veil, A. (2016). Cahier d'information et de sensibilisation : Habitation pour aînés. Repéré à http://carrefourmunicipal.qc.ca/wp-content/uploads/2015/07/guide-habitation_april-2017-revisions.pdf.

Honneth, A. (2002). Reconnaissance et justice. *Le Passant ordinaire, (38)*. Repéré à http://www.passant-ordinaire.org/revue/38-349.asp#.

Honneth, A. (2005). Invisibilité : sur l'épistémologie de la « reconnaissance ». *Réseaux, 129-130(1),* 39-57.

## *Conclusion*

Le Journal de Québec. (2018). Legault veut remplacer les CHSLD par des « maisons des aînés ». Repéré à https://www.journaldequebec.com/2018/08/24/la-caq-veut-remplacer-les-chsld-par-des-maisons-des-aines.

Radio-Canada. (2018). Marguerite Blais se penchera sur les conditions de vie dans les CHSLD. Repéré à https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1130936/marguerite-blais-ministre-aines-proches-aidants-chsld.

# ANNEXE 1 : GRILLE DE LECTURE

Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées

**Grille de lecture – Bientraitance, version 2017**

| Informations générales | | |
|---|---|---|
| Référence (style APA, 6e édition) : | | Pays :<br>Province :<br>Ville :<br>Langue de publication :<br>Champ disciplinaire : |
| Type de texte | **Format**<br>☐ Article scientifique<br>☐ Article de vulgarisation<br>☐ Rapport de recherche<br>☐ Mémoire/Essai/Thèse<br>☐ Acte de colloque<br>☐ Autre : | **Contenu**<br>☐ Empirique (données originales)<br>☐ Théorique<br>☐ Méthodologique<br>☐ Recension d'écrits<br>☐ Analyse (politiques, règlements, lois)<br>☐ Réflexion<br>☐ Développement ou validation d'outil<br>☐ Autre : |
| Problématisation | | |
| **Maltraitance abordée** | **Formes de maltraitance**<br>☐ Violence<br>☐ Négligence<br>☐ Non mentionnées | **Types de maltraitance**<br>☐ Matérielle ou financière<br>☐ Physique<br>☐ Psychologique ou émotionnelle<br>☐ Sexuelle<br>☐ Violation des droits de la personne<br>☐ Âgisme<br>☐ Organisationnelle<br>☐ Violence conjugale<br>☐ Autonégligence<br>☐ Autre :<br>☐ Non mentionnés |

| **Bientraitance abordée** | **Bientraitance en objectifs**<br>☐Centrés sur l'aîné<br>☐Centrés sur le réseau de l'aîné (Entourage, intervenants, organismes, etc.)<br>☐Centrés sur la société<br>☐Autres | **Bientraitance en action**<br>☐ Actions individuelles<br>☐ Actions collectives<br><br>☐ Attentions<br>☐ Attitudes<br>☐ Actions<br>☐ Pratiques<br>☐ Autres (spécifiez) :<br><br>***Qui***<br>☐respectent les valeurs, la | **Milieux :**<br>☐Chsld/Ehpad<br>☐Résidences privées pour aînés<br>☐Résidences publiques pour aînés<br>☐Soins à domicile<br>☐Milieu hospitalier | **Acteurs bientraitants cibles :**<br>☐Entourage (famille, amis, proches, etc.)<br>☐Intervenants psychosociaux<br>☐Intervenants de la santé<br>☐Personnel administratif |
|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | (spécifiez) :<br><br>***Qui visent***<br>☐ Bien-être<br>☐ Inclusion<br>☐ Sécurité<br>☐Respect de la dignité<br>☐ Épanouissement<br>☐ Estime de soi<br>☐Culture de bientraitance<br>☐Autres (spécifiez) : | culture, les croyances, le parcours de vie, la singularité et les droits et libertés<br>☐placent la personne au centre des actions<br>☐favorisent l'autodétermination et l'*empowerment*<br>☐ respectent la personne et sa dignité<br>☐encouragent un soutien concerté<br>☐ favorisent l'inclusion et la participation sociales<br>☐conjuguent savoir-être et savoir-faire<br>☐Autres (Spécifiez) : | ☐ Domicile<br>☐Autres (Spécifiez) : | ☐Organisations publiques<br>☐Organisations privées<br>☐Organisations communautaires<br>☐Décideurs publics<br>☐Autres (spécifiez) : |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Vocabulaire utilisé (maltraitance) | **Français** | | **Anglais** | |
| | ☐ Maltraitance<br>☐ Abus<br>☐ Violence<br>☐ Mauvais traitement<br>☐ Négligence<br>☐ Autonégligence<br>☐ Autre : | ☐ Aîné<br>☐ Personne aînée<br>☐ Personne âgée<br>☐ Vieux<br>☐ Autre : | ☐ Abuse<br>☐ Mistreatment<br>☐ Violence<br>☐ Neglect<br>☐ Self-neglect<br>☐ Autre : | ☐ Elder<br>☐ Older adult<br>☐ Senior<br>☐ Autre : |
| Vocabulaire utilisé (Bientraitance) | **Français** | | **Anglais** | |
| | ☐ Bientraitance<br>☐ Bienveillance<br>☐ Bonne attitude<br>☐ Bonne pratique<br>☐ Qualité de soin<br>☐ Bien-être<br>☐ Respect<br>☐ Adaptation<br>☐ Inclusion<br>☐ Reconnaissance<br>☐ Accompagnement<br>☐ Éthique<br>☐ Autres : | | ☐ Well being<br>☐ Well treatment<br>☐ Welfare<br>☐ Wellness<br>☐ Goodcare<br>☐ Goodcure<br>☐ Good treatment<br>☐ Best practices<br>☐ Positive treatment<br>☐ Proper treatment<br>☐ Ethics<br>☐ Inclusion<br>☐ Recognition | |

| | | |
|---|---|---|
| Thèmes abordés (maltraitance) | ☐ Définition<br>☐ Ampleur du phénomène<br>☐ Maltraitance à domicile | ☐ Détection<br>☐ Intervention<br>☐ Dénonciation / signalement |

| | | |
|---|---|---|
| | ☐ Maltraitance en hébergement<br>☐ Facteurs de risque<br>☐ Facteurs de vulnérabilité<br>☐ Notion de genre<br>☐ Profil de la personne maltraitée<br>☐ Profil de l'auteur de la maltraitance<br>☐ Conséquences<br>☐ Théories explicatives (cause à effet, quantitatif)<br>☐ Théories compréhensives (relationnel, qualitatif)<br>☐ Politiques, règlements, lois<br>☐ Prévention | ☐ Organisation des services<br>☐ Associations d'aînés<br>☐ Fardeau et stress<br>☐ Aspects culturels<br>☐ Formation<br>☐ Signes physiques<br>☐ Détresse psychologique<br>☐ Environnement social<br>☐ Environnement physique<br>☐ Intimidation<br>☐ Autre : |
| Thèmes abordés (Bientraitance) | ☐ Définition<br>☐ Pratiques bientraitantes<br>☐ Conditions de la bientraitance<br>☐ Accompagnement<br>☐ Respect des personnes aînées<br>☐ Droits des personnes aînées<br>☐ Savoir-être<br>☐ Savoir-faire<br>☐ Pratiques collaboratives<br>☐ Proches aidants<br>☐ Relations sociales<br>☐ Famille<br>☐ Inclusion et participation sociales<br>☐ Approche (ex : centrée sur la personne, qualité de vie, milieu de vie, etc.)<br>☐ Pratiques innovantes<br>☐ État des connaissances | ☐ Formations professionnelles<br>☐ Activités de sensibilisation/promotion<br>☐ Outils de promotion (ex : Chartes, guides, etc.)<br>☐ Notions de soins (ex : Accès aux soins, médicalisation, contention, etc.)<br>☐ Prévention de la maltraitance<br>☐ Effets de la bientraitance<br>☐ Politiques, règlements, lois, plans d'action<br>☐ Théories explicatives (cause à effet, quantitatif)<br>☐ Théories compréhensives (relationnel, qualitatif)<br>☐ Dignité de la personne<br>☐ Autodétermination et *empowerment*<br>☐ Interdisciplinarité, multidisciplinarité, soutien concerté<br>☐ Éthique<br>☐ Personnes aînées dépendantes<br>☐ Personnes aînées inaptes<br>☐ Personne aînées en perte d'autonomie<br>☐ Population générale<br>☐ Rôle des différents acteurs dans la promotion de la bientraitance<br>☐ Autre : |

| | |
|---|---|
| Question de recherche, but, objectifs de l'article | |
| Position de la problématique | |
| Modèles / Théories | |
| Définitions (par l'auteur ou par des sources secondaires) | |

| Méthodologie | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Approche / Dispositif (qualitatif, étude de cas, entrevues, etc.) | | | | Année(s) de collecte : |
| Méthode | Population globale | | | |
| | Échantillon de l'étude (nbr) | | | |
| | Critères de sélection | | | |
| | Site | | | |
| | Déroulement | | | |
| | Outils utilisés | | | |
| | Stratégie(s) d'analyse | | | |
| Stratification | Genre :<br>☐ Oui (précisez) :<br>☐ Non | Âge :<br>☐ Oui (précisez) :<br>☐ Non | Culture :<br>☐ Oui (précisez) :<br>☐ Non | Orientation sexuelle et identité de genre (LGBTQ +) :<br>☐ Oui (précisez) :<br>☐ Non |
| Résultats / Discussion<br>(général ou spécifique à un projet de la Chaire) | | | | |
| | | | | |
| Principales conclusions<br>(incluant pistes de recherches et de pratique) | | | | |
| | | | | |
| Commentaires<br>(incluant les références incontournables) | | | | |
| | | | | |

## ANNEXE 2 : CONSENTEMENT DES PARTICIPANTS

Racine, le 5 janvier 2019

Madame Pomar-Chiquette nous a rencontrés en entrevue au cours de l'année 2018 et a enregistré cette entrevue. Nous sommes d'accord pour qu'elle utilise cette entrevue pour atteindre ses objectifs de recherche.

Gaston Michaud

Gaston Michaud

Racine, le 4 février 2019.

J'accepte que madame Sarah Pomar Chiquette utilise le contenu de l'entrevue que j'ai eue avec elle pour sur le fonctionnement de LA BRUNANTE.

Mariette Bombardier

Mariette Bombardier

## ANNEXE 3 : SCHÉMA D'ENTREVUE

**Schéma d'entrevue utilisé auprès des initiateurs du projet de coopérative d'habitation La Brunante**

- Entrevue de type exploratoire
- Lieu de l'entrevue : À la Coopérative d'habitation
- Nom des interviewé(e)s :
- Enregistrement de l'entretien : Accord/Refus
- Formulaire de consentement

*Histoire de la Coopérative*

1. Pour quelles raisons avez-vous souhaité développer ce projet de coopérative?
2. Quelles ont été les différentes étapes réalisées afin que le projet voie le jour?
3. Quels sont les acteurs qui ont été impliqués au projet?
4. Quel est le fonctionnement de la coopérative? De quelle manière est-elle gérée?

*Ses visées*

5. Quels sont les besoins que la coopérative parvient à combler?
6. Quels sont les objectifs d'une telle offre d'habitation?
7. Quels sont, selon vous, les avantages d'une coopérative d'habitation pour aînés?
8. Avez-vous une orientation particulière qui vous différencie des autres?

*Approche de la bientraitance*

9. Avez-vous déjà entendu parler de l'approche de la bientraitance?
10. Selon vous, à quoi réfère cette approche?

*(si nécessaire, informer les interviewés des principaux aspects de l'approche de la bientraitance)*

11. Est-ce que selon vous l'organisation, les pratiques, les valeurs de la Coopérative d'habitation répondent aux principes de l'approche de la bientraitance? (Expliquez)