

Intervention dans les situations de maltraitance envers les aînés : Guide de pratique *En Mains*

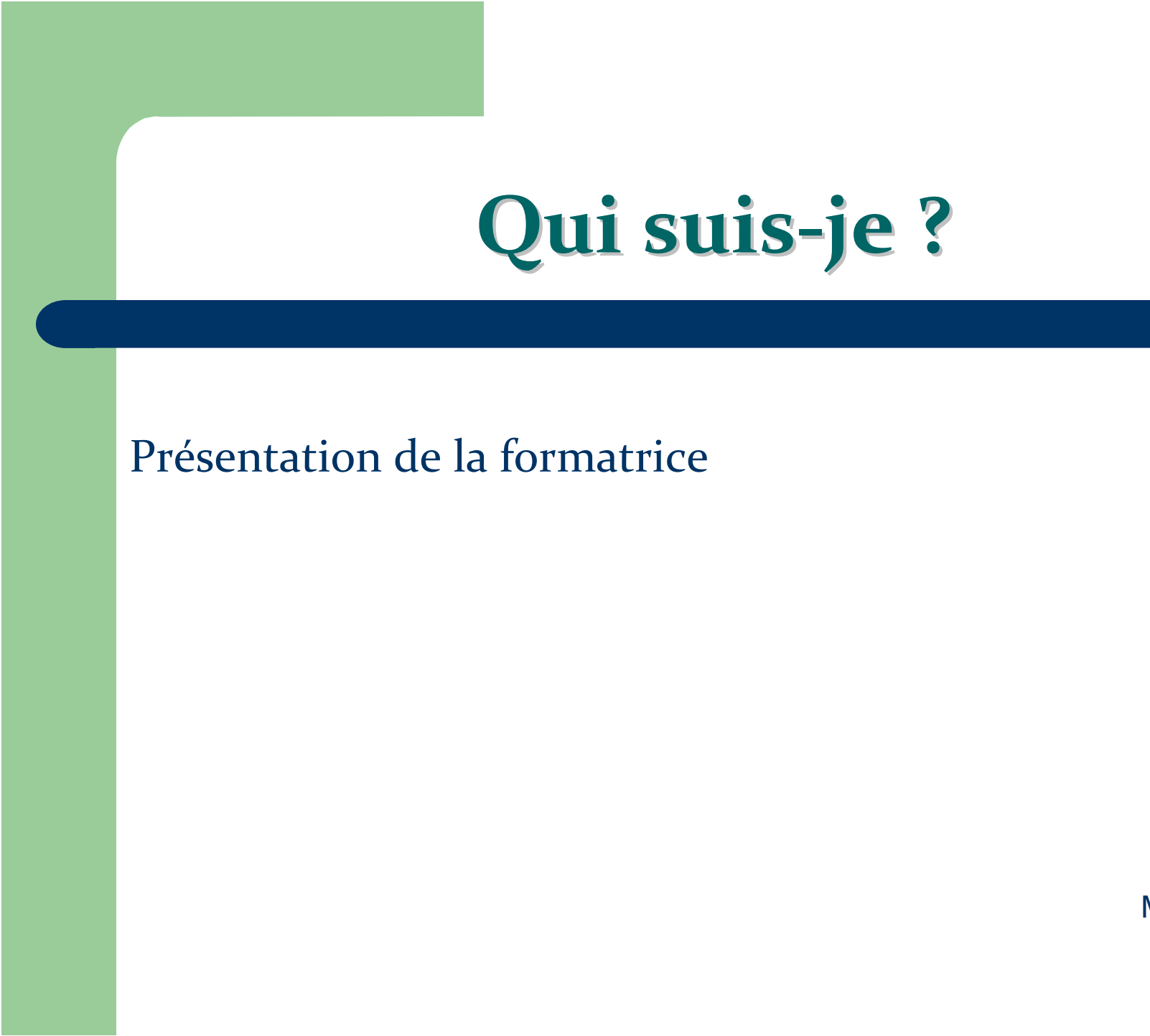
Marie Beaulieu, Ph.D.

marie.beaulieu@usherbrooke.ca

Département de Service social



Qui suis-je ?



Présentation de la formatrice

Objectifs de la formation

- Proposer des connaissances à jour sur la maltraitance envers les aînés.
- Bien cerner les enjeux soulevés par l'intervention en contexte de maltraitance envers les aînés.
- Initier les participants à une démarche d'intervention réflexive et éthique
- Habilitier les intervenants à utiliser le guide de pratique *En Mains*.
- Se sentir plus habilité à intervenir en contexte de maltraitance envers les aînés.

Contenu de la journée

Partie 1: Enjeux soulevés par l'intervention en situation de maltraitance envers les aînés

Partie 2: Le guide de pratique *En Mains*

Partie 1

Enjeux soulevés par l'intervention

- Obstacles à la divulgation
- Trois moments dans l'intervention
- Enjeux de l'intervention
- Dynamique de l'intervention (selon les praticiens)
- Complémentarité des approches

Les obstacles à la divulgation

- Peur de l'abandon ou des représailles
- Relation de confiance
- Dynamique familiale
- Rôle de parent
- Problèmes de communication
- Ignorance ou méconnaissance des ressources

Les trois moments d'intervention

Prévention	● Primaire ● Secondaire ● Tertiaire
Dépistage	Divers professionnels ou divers lieux – auprès de l'aîné et auprès des proches aidants
Suivi des situations	Divers professionnels – acteur pivot est, dans la majorité des cas, un intervenant psychosocial

Les pratiques d'intervention...

- Manque de confiance en leurs capacités à définir, identifier et rapporter les situations
(Cooper et al., 2009)
- Quelle définition de la maltraitance devrions-nous utiliser? (Lithwick et Straka, 1999; Killick et Taylor, 2009)
- Expérience et représentations de la maltraitance
(Beaulieu et Leclerc, 2006)
- Formation (Cooper et al., 2009; Fisher et al., 2003; Richardson et al., 2002)

Selon les moments de l'intervention...

- Prévention

- Usage de matériel adapté au public cible
- Différences culturelles
- Rejoindre aînés plus isolés
- Quand et comment référer aux services adéquats

Manuel p.4

- Dépistage

- Outils disponibles
- Formation adéquate
- Barrières de l'intervenant
- Barrières des aînés
- Barrières de celles qui maltraitent

Manuel p.5

Selon les moments de l'intervention...

- Évaluation
 - Connaissances et capacités à reconnaître les signes et facteurs de risque
 - Jugement professionnel appuyé sur des faits
 - Investigations timides
 - Aller en profondeur
- Suivi des situations
 - Dépistage → Intervention directe
 - Valeurs individuelles, sociales
 - Aptitude = autonomie ou bienveillance (protection)
 - Complexité des situations : malaise et inconfort de l'intervenant... confronté à ses propres limites professionnelles

D'autres enjeux...

- **La famille, les amis et le réseau social**

- Sécurité ou liberté?
- Risque raisonnable?
- Soutien à la famille?
- Proche aidant (soutenant) ou maltraitant?

Manuel p.10

- **Les ressources**

- Disponibilité
- Accessibilité
- Soutien organisationnel ou contrainte organisationnelle
- Soutien interprofessionnel
- Soutien aidant ou entrave?

Manuel p.10

La dynamique de l'intervention...

« C'est votre mère qui a un dossier ici et on croit qu'on aimerait la revoir. Dans un deuxième temps, on a des choses à lui proposer. Et là, contrairement à la violence conjugale, c'est que la violence aux personnes âgées, on inclut l'abuseur. On travaille avec l'abuseur. Donc, **étant donné que la plupart du temps, c'est l'aidant naturel. Donc, on ne peut pas se le mettre à dos**, là c'est sûr que les processus ce qui est très différent de l'approche féministe en violence conjugale où les deux, on les sépare, on ne les voit pas ensemble. Tandis qu'avec les personnes âgées, on introduit toujours notre agresseur, sauf s'il est très violent physiquement... »

Dynamique de l'intervention



Une question de valeurs...

« On ne s'oppose pas nécessairement à ce que la cliente ou le client va décider mais, intérieurement des fois, on souhaiterait qu'il quitte le domicile ou qu'il fasse autrement. Mais, on ne peut pas s'opposer à ce qu'il décide toujours, parce qu'il chemine, il va à son rythme et prend les décisions pour lui, pas pour nous. On ne peut pas les prendre pour lui nécessairement. D'une certaine manière, on s'oppose face à nous-mêmes, face à notre valeur, nos valeurs, nos croyances... »

Complémentarité des approches

(Wolf et Pillemer, 1994)

- Le travail en équipe multidisciplinaire
- Le soutien de personnes âgées maltraitées par des pairs âgés
- Les groupes de soutien pour les personnes âgées maltraitées
- La formation spécialisée des intervenants œuvrant auprès des personnes âgées

Partie 2

Le guide de pratique «*En Mains*»

- Le développement du modèle
- Présentation et utilisation de cet outil de réflexion éthique et d'intervention

Chronologie des travaux

- Enjeux éthiques et psychosociaux soulevés par la pratique (2000-2004)
- Développement d'un premier outil (2004-2005)
- Premier programme de formation (2006-2007)
- Adaptation de l'outil avec les organismes communautaires : Deuxième version de l'outil (2006-2007)
- Deuxième programme de formation (2007-2009)
- Validation de l'outil (2007-2009)
- Troisième version de l'outil: Adaptation en anglais (Canada et G-B) et format livret en français et en anglais (2009-2010)
- Troisième programme de formation (2010)

Recension des écrits sur éthique et maltraitance

- Réflexion sur nos pré-constructions/préconceptions (connaissances et stéréotypes) et sur nos valeurs
- L'aptitude de l'aîné (particulièrement mentale)
- La confidentialité ou le partage des informations entre intervenants et entre organisations (services)
- À qui la responsabilité? Problème social ou enjeu familial ?
- L'équilibration entre les valeurs

Éthique

- L'éthique est un «discours appréciatif proposant un art de vivre. [Il porte] sur le jugement qui commande l'action morale et plus particulièrement sur les éléments suivants: les critères de la distinction du Bien et du Mal; le fondement et les finalités de l'obligation; la pertinence de la prescription (loi, règle ou norme) et sa capacité de concrétiser l'idéal visé.» (Fortin, 1995)

L'approche principiste

Beauchamp et Childress (2001)

Respect de l'autonomie	Non-Malfaisance
Bienfaisance	Justice

Principes bioéthiques appliqués à l'intervention (1)

Respect de l'autonomie de la personne

- Mettre en place les conditions favorisant un processus décisionnel qui respecte le droit des aînés à avoir des opinions, de faire des choix, de prendre des actions en conformité avec leurs valeurs et croyances.

Bienfaisance

- Obligation morale d'agir pour le bénéfice des autres. S'assurer que les buts visés par l'intervention puissent permettre de minimiser les torts et de maximiser les bénéfices pour l'aîné.

Principes bioéthiques appliqués à l'intervention (2)

Non-malfaisance

- Ne pas exposer les autres au risque d'avoir mal ou de subir des torts.

Justice

- Équité. Répondre aux besoins sans discrimination et avec impartialité

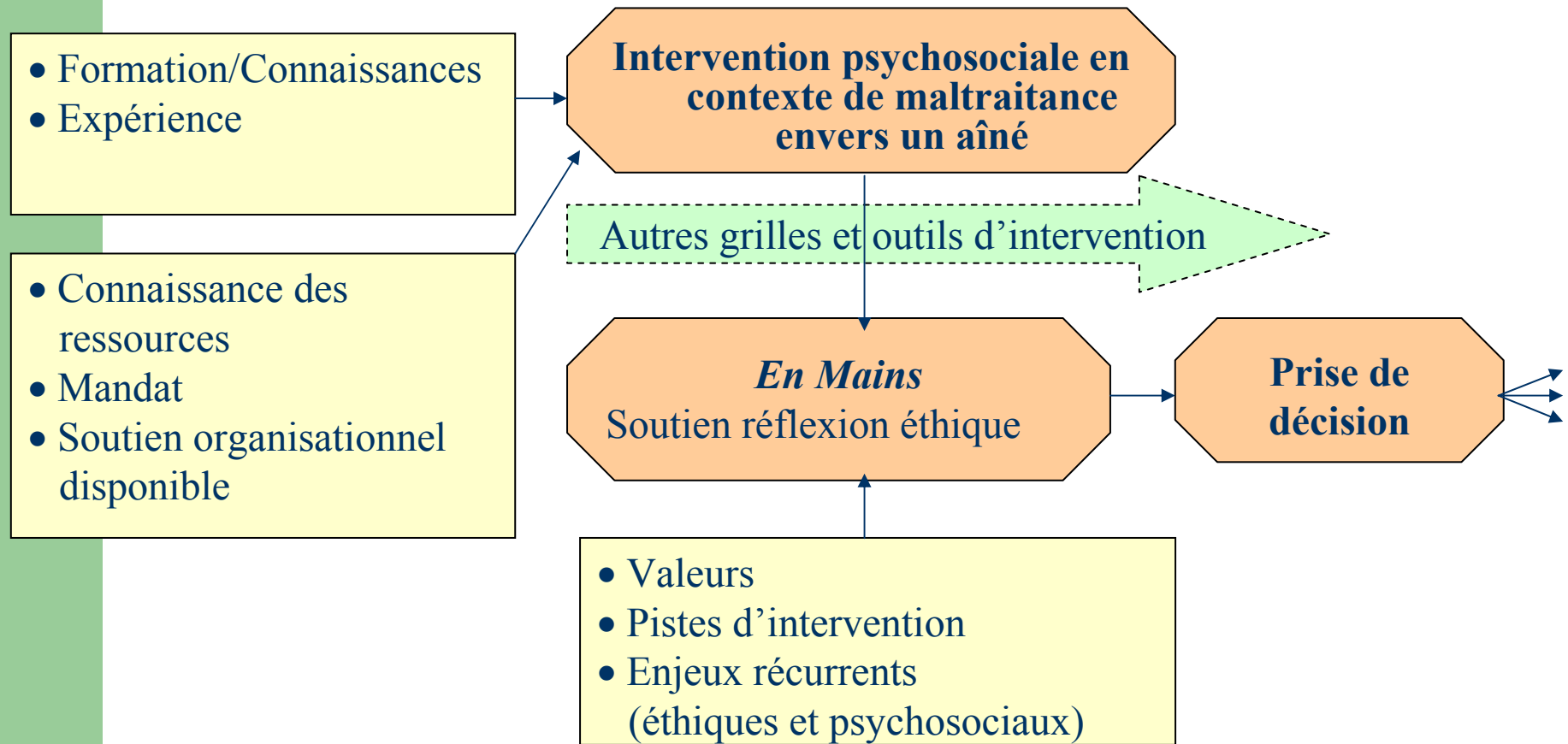
Bienfaisance/non-malfaisance

« Il faut bien sûr, quand c'est nécessaire, les protéger le plus possible. Mais de pas les infantiliser, surtout pas. C'est des adultes vieillissants et ils ont aussi une part de responsabilité face à leur vie. Ça, pour moi, c'est bien important. Mais, c'est sûr que dans des conditions où il y a de la maladie qui s'installe, c'est clair qu'ils sont plus vulnérables et qu'ils ont besoin d'autres personnes, ça pour moi c'est clair. »

Bienfaisance/non-malfaisance sans oublier autonomie

« Ce sont des moyens extrêmes où on essaie vraiment de tout faire pour éviter ça et parfois tolérer certains risques qu'on ne souhaite pas mais qui sont peut-être moindres que l'intervention qu'on pourrait poser pour protéger une personne. »

Présentation du modèle «*En Mains*»



Les conditions maximales de son utilisation sont :

- L'intervenant porteur de dossier est appuyé par son superviseur ou supérieur et par son organisation;
- L'intervenant porteur de dossier est intégré dans une équipe qui soutient la discussion de cas;
- L'organisation est déjà intégrée à un système qui favorise l'approche intersectorielle, soit une collaboration entre diverses organisations (santé, justice, regroupements d'aînés, etc.).
- Avant d'amorcer le processus décisionnel, l'intervenant porteur de dossier est invité à s'assurer qu'il :
 - A une bonne connaissance des ressources disponibles dans son milieu de pratique;
 - Peut inscrire ses actions à l'intérieur du mandat (ou du cadre imposé) de son organisation.

Bilan initial de la situation

- Résumer par des faits
- Personnes impliquées
- Intervenants actifs au dossier
- Plan d'intervention
- Suivi psychosocial passé et présent auprès de l'aîné maltraité et de ses proches

Quels sont les faits?

- Types de maltraitance?
- Depuis quand ?
- Faite par qui ?
- Dans quel milieu de vie ?
- Dans quel contexte ?

Les personnes impliquées



L'aîné maltraité ou pour qui l'on a des doutes

- Âge
- Genre
- Point de vue de l'aîné sur la situation (dont sentiment de sécurité)
- Dynamique relationnelle avec la personne maltraitante (ou présumée)
- Dynamique du réseau familial, amical et social
- Capacités (de prendre des décisions éclairées pour lui-même et pour ses biens ou finances, de prendre soin de lui-même, etc.)
- Cognition (processus cérébraux ou mentaux)
- État affectif (répercussion des traumatismes, besoins exprimés)
- Situation financière
- Santé physique et mentale (bilan formel et auto-perception de l'aîné)
- Cohabitation
- Compréhension de la situation et des dangers inhérents
- Soutien familial et social (bilan formel et auto-perception de l'aîné)
- État du milieu de vie (type, salubrité, sécurité, etc.)

La personne maltraitante ou qui est présumée maltraitante

- Âge
- Genre
- Point de vue de la personne maltraitante (ou présumée) et compréhension de la situation
- Dynamique relationnelle avec l'aîné
- Capacités (de prendre des décisions éclairées pour elle-même et pour ses biens ou finances, de prendre soin d'elle-même, etc.)
- Cognition (processus cérébraux ou mentaux)
- État affectif (répercussion des traumatismes, besoins exprimés)
- Situation financière
- Santé physique et mentale (bilan formel et auto-perception de la personne maltraitante)

Les proches

- Nature et composition du réseau familial, amical et social
- Dynamique des relations

Intervenants actifs au dossier



1. Services de santé et sociaux publics

- Travailleur social
- Infirmière ou infirmière auxiliaire
- Gestionnaire de cas
- Auxiliaire ou préposé en santé et services sociaux (aide à habillage, hygiène, etc.)
- Ergothérapeute, physiothérapeute, etc.
- Médecin de famille et spécialiste
- Services d'hébergement ou de répit
- Autres (préciser)

2. Services communautaires et d'économie sociale

- Entretien ménager et soutien à domicile
- Portage de repas (Popote roulante)
- Services d'accompagnement
- Défense de droits
- Services d'aide aux victimes
- Associations d'aînés
- Église et autres regroupements religieux
- Autres (préciser)

3. Services privés

- Personnel des agences privées qui donnent des services aux aînés
- Personnel des résidences pour aînés
- Avocat ou notaire
- Milieu financier (banque, Caisse populaire, etc.)
- Pharmacie
- Autres (préciser)

4. Services publics

- Police, pompier et services ambulanciers
- Curateur public
- Commission des droits de la personne et de la jeunesse
- Autres (préciser)

Plan d'intervention

Résumer (s'il y a lieu) les principaux éléments du plan d'intervention auprès de:

- L'aîné maltraité
- La personne maltraitante (ou présumée maltraitante)

Bilan du suivi psychosocial

- Est-ce que ce plan d'intervention semble efficace?
- Qui est responsable de la mise en œuvre et du suivi du plan d'intervention?
- Quel a été le filet de sécurité social mis en place? Quel est l'état actuel de ce filet?
- Quelles sont ou quelles ont été les interventions ciblées en lien avec la situation de maltraitance?
- Lesquelles ont été constructives auprès de l'aîné maltraité?
- Lesquelles ont été constructives auprès de la personne présumée maltraitante?
- Quelles actions n'ont pas pu être réalisées comme prévu et pourquoi?
- Quelles sont les actions constructives actuelles?
- Quelles sont les actions qui ne donnent pas les résultats escomptés?

Évaluer de façon constante

**Suivi de l'évolution
de la situation**



Pôles du risque

Perte d'autonomie

Augmentation de la dangerosité

Perte de collaboration entre les parties

**Suspension de
suivi**

Accompagnement

**Mesures visant
plus de protection**

Aîné maltraité

- Capacités (de prendre des décisions éclairées pour lui-même et pour ses biens ou finances, de prendre soin de lui-même, etc.)
- Cognition (processus cérébraux ou mentaux)
- État affectif (répercussion des traumatismes, besoins exprimés)
- Santé mentale et physique
- Compréhension de la situation et des dangers inhérents
- Dynamique relationnelle avec la personne présumée maltraitante
- Coûts et bénéfices qu'il pense tirer de la relation avec la personne maltraitante
- Ouverture, attentes ou résistances face au soutien proposé
- Soutien familial, amical et social (bilan formel et auto-perception de l'aîné)
- État du milieu de vie (type, salubrité, sécurité, etc.)
- Point de vue de l'aîné sur la situation (sentiment de sécurité)

Personne qui maltraite (ou présumée)

- Capacités (de prendre des décisions éclairées pour elle-même et pour ses biens ou finances, de prendre soin d'elle-même, etc.)
- Cognition (processus cérébraux ou mentaux)
- Motivations de ses agissements violents ou négligents
- Compréhension de la situation de maltraitance et des dangers inhérents
- Dynamique relationnelle avec l'aîné maltraité et son réseau social (bilan formel et auto-perception de la personne qui maltraite)
- État affectif (répercussion des traumatismes, besoins exprimés)
- Santé mentale et physique (y compris problèmes de dépendance envers l'aîné maltraité)
- Ouverture, attentes, collaboration, capacité de changement ou résistances face à l'intervention proposée (s'il y a lieu)

Réseau familial, amical et social

- Composition et dynamique
- Perception de la situation de maltraitance et de l'ouverture à s'engager pour améliorer la situation
- Qui sont les alliés? Qui sont les saboteurs?

Collaboration interprofessionnelle, intersectorielle ou interorganisationnelle

- Quelle est la contribution de chacun des intervenants actifs auprès de l'aîné maltraité et de la personne maltraitante (ou présumée)?
- En quoi la collaboration des intervenants devrait-elle être modifiée?
- Est-ce une situation qui devrait être présentée à un comité d'experts, d'éthique ou de soutien clinique?

Les 3 scénarios...

- Suspension du suivi
- Accompagnement
- Interventions visant plus de protection

D'abord, évaluer:

⇒ **Est-ce que l'aîné a la capacité de prendre de se prendre en charge et de défendre ses droits?**

⇒ **Non**

⇒ **Oui**

⇒ **Est-ce que l'aîné accepte d'être accompagné?**

⇒ **Non**

⇒ **Oui**

Mise en situation

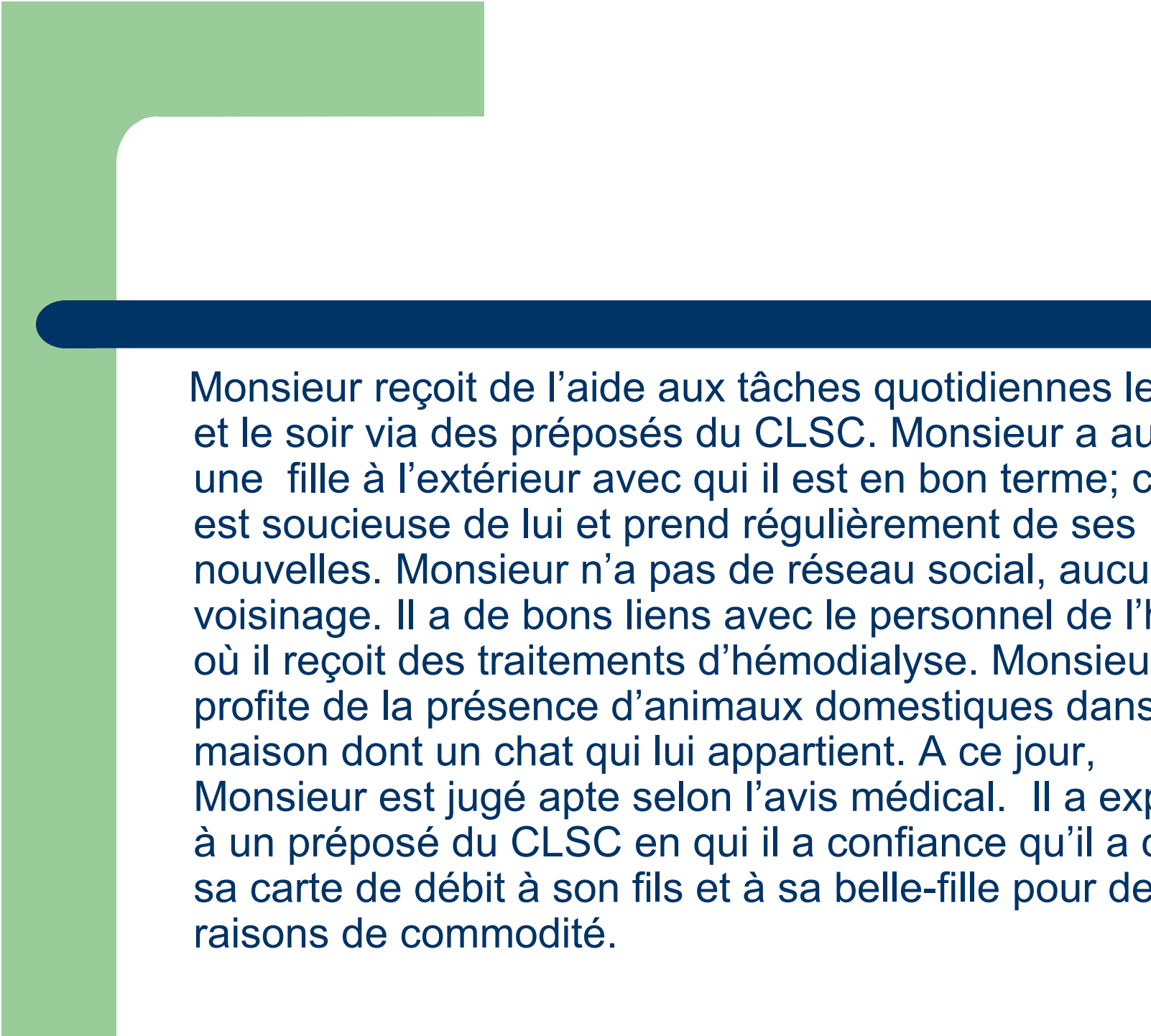
- Monsieur Tremblay
- Quel scénario privilégié?

La situation initiale

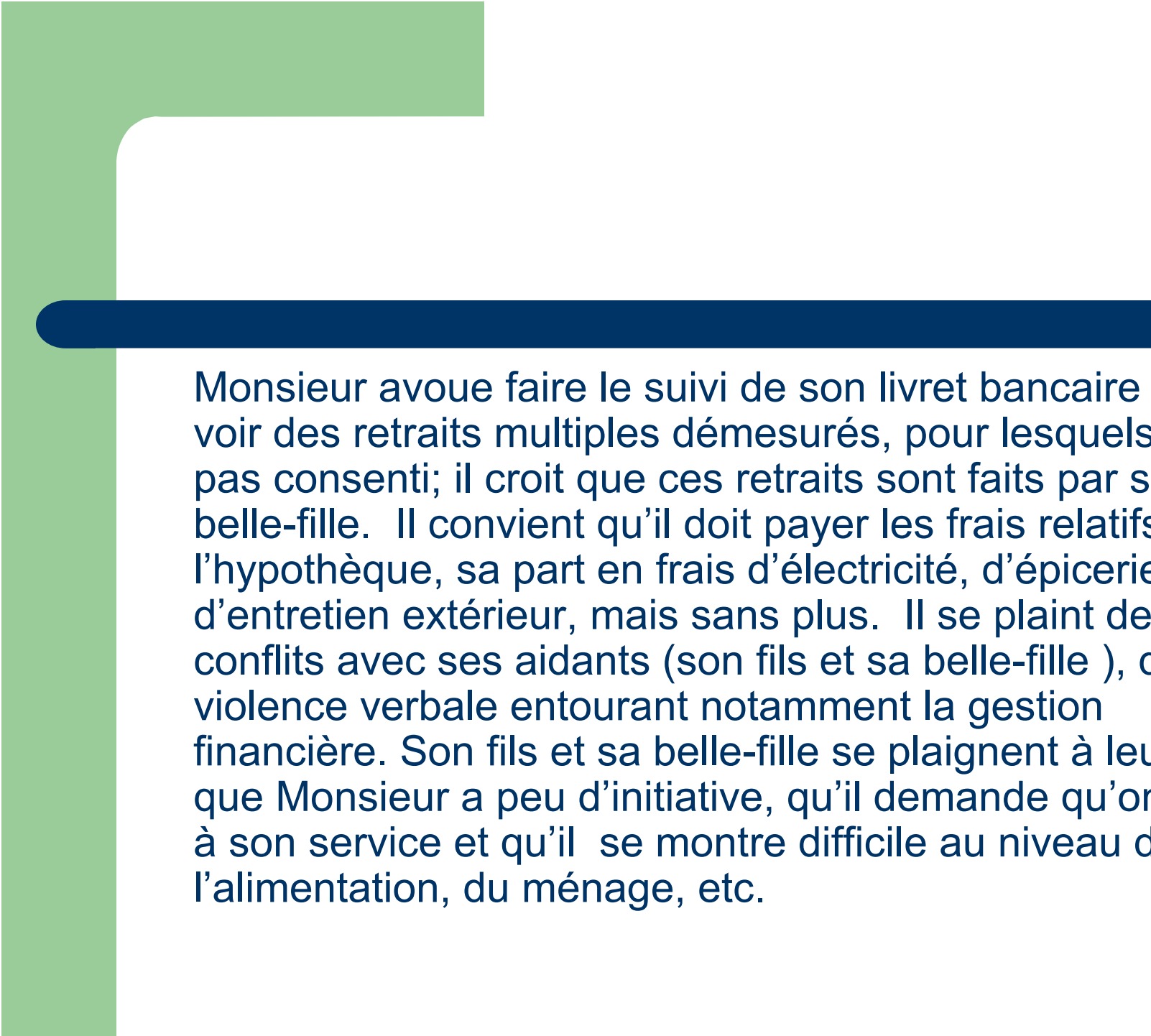
Référence de l'hôpital aux services psychosociaux du CSSS, suite à son AVC.

Monsieur Tremblay est âgé de 75 ans. Il souffre d'insuffisance rénale, de troubles aphasiques et moteurs (séquelles d'un AVC), analphabétisme. Plus précisément, Monsieur présente une perte d'autonomie au niveau des activités quotidiennes (se laver, s'habiller, aller à la toilette, etc.). Monsieur a également une perte d'autonomie au niveau des tâches domestiques. Il vit dans sa maison avec son fils, sa belle-fille ainsi que sa petite-fille. Son fils et sa belle-fille effectuent des tâches domestiques telles que le ménage, la lessive et la préparation des repas; la gestion de sa médication, ses courses, le paiement des comptes, la planification de RV médicaux. Le milieu de vie est salubre mais l'entretien ménager est négligé.

(Manuel p.27)



Monsieur reçoit de l'aide aux tâches quotidiennes le matin et le soir via des préposés du CLSC. Monsieur a aussi une fille à l'extérieur avec qui il est en bon terme; celle-ci est soucieuse de lui et prend régulièrement de ses nouvelles. Monsieur n'a pas de réseau social, aucun voisinage. Il a de bons liens avec le personnel de l'hôpital où il reçoit des traitements d'hémodialyse. Monsieur profite de la présence d'animaux domestiques dans la maison dont un chat qui lui appartient. A ce jour, Monsieur est jugé apte selon l'avis médical. Il a exprimé à un préposé du CLSC en qui il a confiance qu'il a confié sa carte de débit à son fils et à sa belle-fille pour des raisons de commodité.



Monsieur avoue faire le suivi de son livret bancaire et y voir des retraits multiples démesurés, pour lesquels il n'a pas consenti; il croit que ces retraits sont faits par sa belle-fille. Il convient qu'il doit payer les frais relatifs à l'hypothèque, sa part en frais d'électricité, d'épicerie, d'entretien extérieur, mais sans plus. Il se plaint de conflits avec ses aidants (son fils et sa belle-fille), de violence verbale entourant notamment la gestion financière. Son fils et sa belle-fille se plaignent à leur tour que Monsieur a peu d'initiative, qu'il demande qu'on soit à son service et qu'il se montre difficile au niveau de l'alimentation, du ménage, etc.

Évaluation

- Monsieur Tremblay a-t-il la capacité de se prendre en charge et de défendre ses droits?
- Accepte-t-il d'être accompagné?

Ce qui est décidé

Le suivi psychosocial est en place avec le consentement de Monsieur. L'objectif est de l'accompagner à exprimer à son fils et à sa belle-fille ses attentes et ses inquiétudes à leur égard, par exemple, au niveau de la gestion de ses finances. Ainsi, Monsieur est incité à avoir un rôle proactif et à s'impliquer afin de mettre des limites claires à ses proches.

Contexte

L'accompagnement constitue la condition idéale. Les décisions sont prises de façon graduelle selon l'évolution de la situation et selon la relation qui existe entre l'intervenant et l'aîné maltraité et, parfois, entre l'intervenant et la personne qui maltraite.

Valeurs



The diagram features a light green L-shaped background element on the left. A thick dark blue horizontal bar is positioned below the word 'Valeurs'. Below this bar, two rounded rectangular boxes are stacked vertically, containing the words 'Autonomie' and 'Bienfaisance' in orange. A long dark blue double-headed arrow is positioned between these two boxes, indicating a spectrum or relationship between the two values.

Autonomie

Bienfaisance

Pratiques psychosociales

- Établir et maintenir le contact avec l'aîné maltraité.
- Créer un lien de confiance avec l'aîné maltraité.
- Établir et maintenir le contact avec la personne maltraitante afin d'établir un lien de confiance lorsque cela s'avère sécuritaire, possible et approprié.
- Obtenir le consentement libre et éclairé de l'aîné maltraité.
- Tenir l'aîné maltraité informé de l'évolution de la situation.
- Mener des interventions proactives visant à contrer la maltraitance.
- Travailler avec l'aîné par des approches de médiation, d'éducation, d'introspection, de connaissance de soi, de sensibilisation.
- Informer les personnes impliquées des divers aspects légaux et normatifs relatifs à leur situation.
- Accompagner l'aîné maltraité et l'aider à cheminer dans ses croyances et ses attitudes face à la maltraitance.
- Renforcer l'autonomie ou compenser la perte d'autonomie de l'aîné maltraité (*empowerment*). Promouvoir une approche de « dé-victimisation ».

Pratiques psychosociales

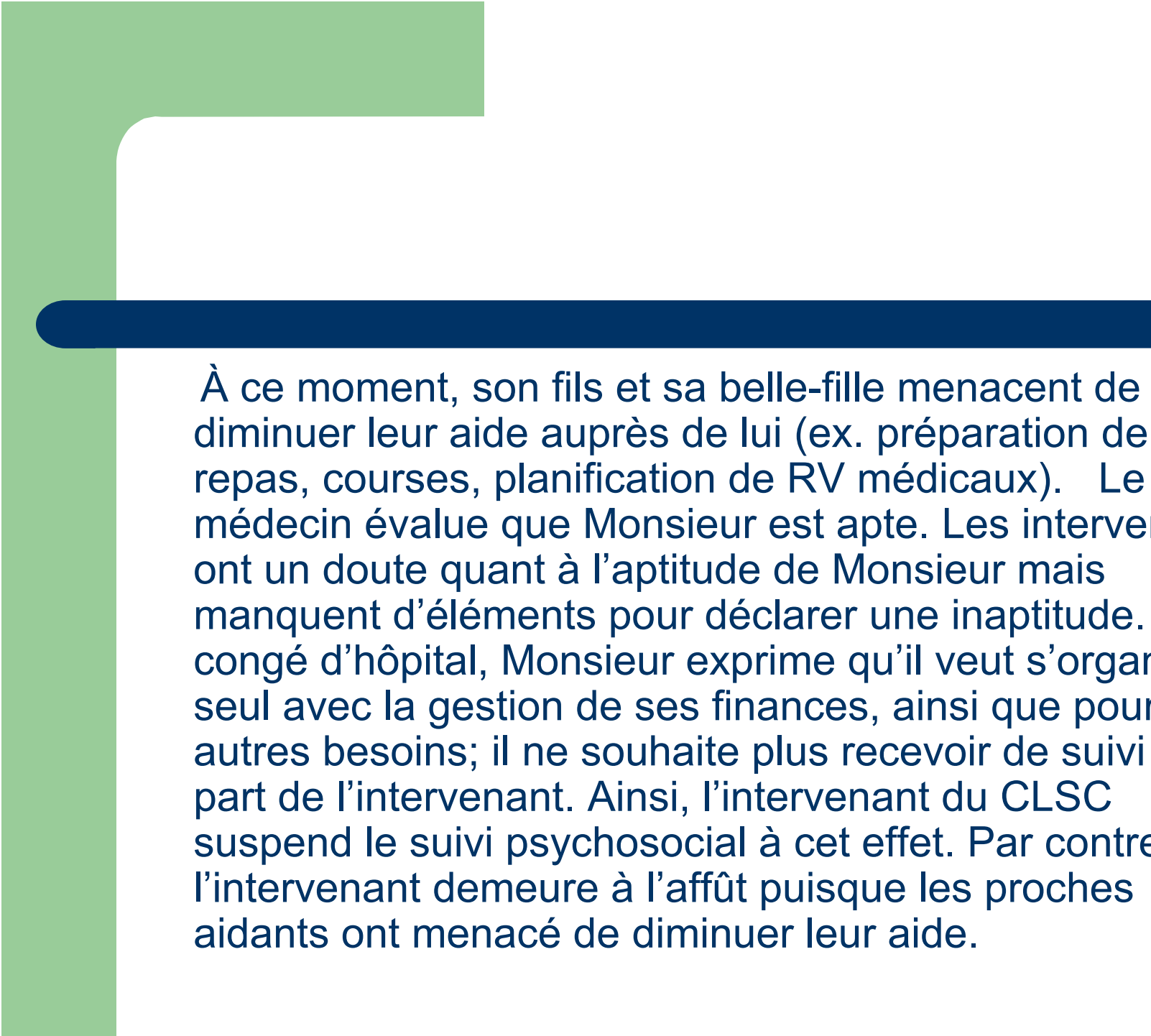
- Si possible, mobiliser et élargir le réseau familial, amical et social de l'aîné maltraité.
- Lorsqu'approprié, mettre en place des mesures de protection civile (partenariat avec milieu bancaire, organisme de soutien, etc.).
- Défendre les droits de l'aîné maltraité (*advocacy*) .
- Travailler avec la personne qui maltraite par des approches de médiation, d'éducation, d'introspection, de connaissance de soi, de sensibilisation lorsque cela s'avère sécuritaire, possible et approprié.
- Assurer une surveillance continue et attentive de la situation.
- Gérer des risques.
- Anticiper une crise potentielle.
- Prévoir des scénarios de protection.
- Lorsqu'approprié, échanger avec les personnes impliquées et les intervenants actifs au dossier, les informations pertinentes concernant la situation de l'aîné (si possible avec le consentement de l'ainé).
- Demander le soutien de ses supérieurs ou de son équipe de travail.
- Travailler en collaboration interprofessionnelle.

Enjeux récurrents

- Accepter que l'intervention puisse prendre beaucoup de temps.
- Respecter le rythme de l'aîné maltraité.
- S'assurer de l'application d'un processus d'évaluation constante (autonomie, dangerosité, vulnérabilité, pertes cognitives, etc.).
- Vivre en tolérant une situation à risque. Accepter de composer avec certains risques qui sont moindres que les conséquences négatives découlant d'une intervention radicale.
- Ressentir occasionnellement un malaise lié au respect de l'autonomie de l'aîné.
- Revoir régulièrement l'équilibre entre le respect de l'autonomie et le souci de protection.
- Établir une alliance d'intervention avec la personne maltraitante sans pour autant cautionner ses agissements violents ou négligents.
- S'attendre à ce que l'aîné maltraité remette en question le fait que l'on ait des contacts avec ses proches (dont la personne maltraitante).
- S'interroger sur les responsabilités confiées au bénévole, le cas échéant.

Accompagnement → Suspension de suivi

Lors d'un épisode hospitalier (trouble de santé physique), Monsieur rapporte de nouveau à la travailleuse sociale que son fils et sa belle-fille lui soutirent de l'argent de façon importante; Monsieur exprime qu'il veut être aidé pour faire cesser l'abus. Pour préserver son lien avec son fils et sa belle-fille, Monsieur veut retourner vivre avec eux, malgré l'abus. La stratégie adoptée par l'intervenant du CLSC, de concert avec l'intervenant de l'hôpital a été la suivante : lors d'une rencontre de famille animée par les intervenants, Monsieur a formulé à son fils et à sa belle-fille qu'il reprenait le contrôle de ses finances, donc qu'il reprenait sa carte de débit.



À ce moment, son fils et sa belle-fille menacent de diminuer leur aide auprès de lui (ex. préparation de repas, courses, planification de RV médicaux). Le médecin évalue que Monsieur est apte. Les intervenants ont un doute quant à l'aptitude de Monsieur mais manquent d'éléments pour déclarer une inaptitude. À son congé d'hôpital, Monsieur exprime qu'il veut s'organiser seul avec la gestion de ses finances, ainsi que pour ses autres besoins; il ne souhaite plus recevoir de suivi de la part de l'intervenant. Ainsi, l'intervenant du CLSC suspend le suivi psychosocial à cet effet. Par contre, l'intervenant demeure à l'affût puisque les proches aidants ont menacé de diminuer leur aide.

Contexte

L'aîné maltraité refuse les propositions de l'intervenant. Plutôt que de faire une intervention qu'il jugerait adéquate pour résoudre la situation de maltraitance mais dont l'aîné maltraité ne veut pas, l'intervenant accepte de se conformer au point de vue de ce dernier et se retire du dossier (du moins en ce qui concerne le volet maltraitance).

Valeurs



The diagram illustrates a spectrum of values. A thick dark blue horizontal bar is positioned below the word 'Valeurs'. Below this bar, a double-headed dark blue arrow spans the width of the diagram. At the left end of the arrow is a rounded rectangular box containing the word 'Bienfaisance'. At the right end of the arrow is another rounded rectangular box containing the word 'Autonomie'.

Autonomie

Bienfaisance

Pratiques psychosociales

- Tenter d'informer l'aîné maltraité pour lui permettre de prendre les décisions les plus éclairées possibles.
- Ne pas décider à sa place; le laisser choisir.
- Si possible, orienter l'aîné maltraité vers d'autres ressources.
- Cesser le suivi en maltraitance.
- Attendre une nouvelle demande (qu'elle soit initiée par l'aîné maltraité, son réseau familial, amical ou social ou un autre intervenant).
- Lorsqu'approprié, échanger avec les personnes impliquées et les intervenants actifs au dossier, les informations pertinentes concernant la situation de l'aîné maltraité (si possible après avoir obtenu son consentement).
- Demander le soutien de ses supérieurs ou de son équipe de travail.
- Travailler en collaboration interprofessionnelle.

Enjeux récurrents

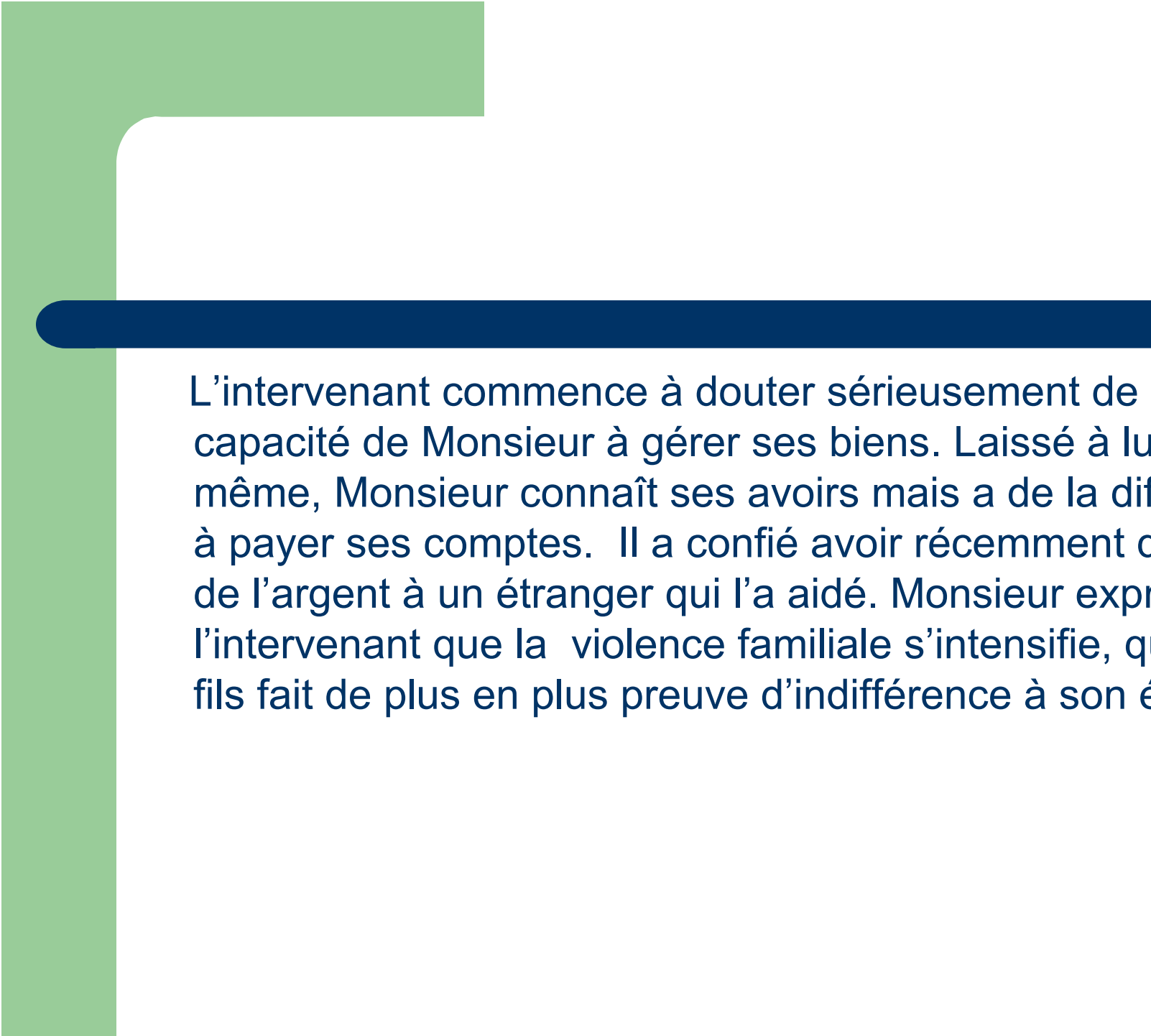
- Suspendre le suivi trop vite ou sans réflexion en profondeur en raison du fait que l'aîné maltraité est autonome sur le plan fonctionnel, qu'il est apte et qu'il peut faire un choix libre et éclairé.
- Éprouver un malaise lorsque des doutes subsistent concernant ses capacités ou sa cognition.
- Rester conscient du fait qu'il existe un certain niveau de risque pouvant s'aggraver avec le temps.

Enjeux récurrents (suite)

- Se questionner sur sa pratique :
 - Découle-t-elle d'une bonne analyse de la situation? Ou résulte-t-elle des limites dues à un manque de soutien administratif, au mandat organisationnel et à l'organisation des services (par exemple, le fait que la demande doit venir de la personne pour justifier une action) et au contexte de manque de temps, de surcharge de travail et d'alourdissement de la clientèle?
 - Quelles sont les raisons qui ont mené à la suspension de suivi ? Témoignent-elles d'une impuissance ou encore d'un retrait, d'un déni ou d'une démission?
 - Se demander si la décision découle d'un manque de formation, d'information, de sensibilisation ou de supervision.

Suspension de suivi—→Accompagnement

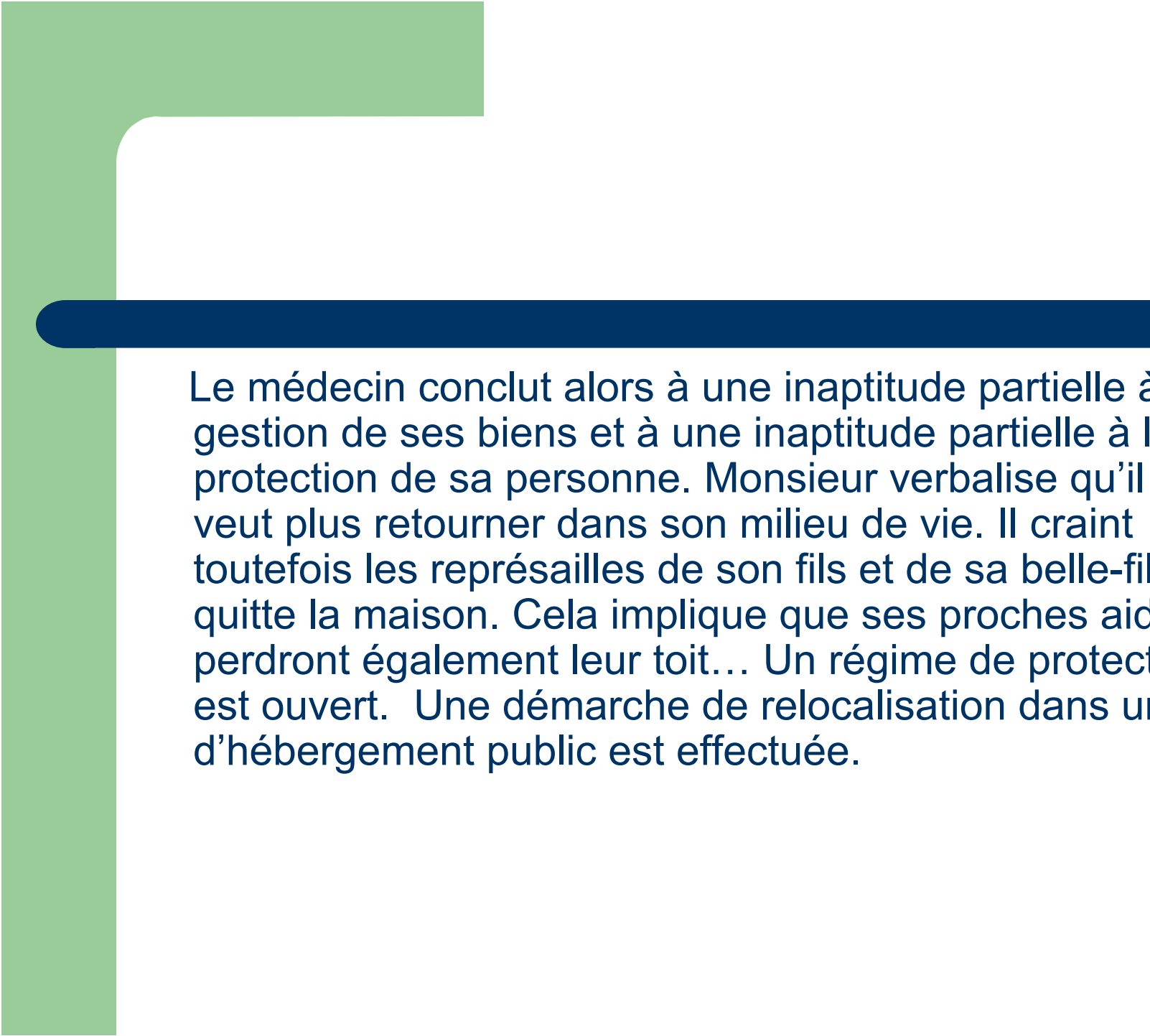
De retour à domicile, au fil des semaines, les aidants diminuent effectivement leur aide auprès de Monsieur au niveau des tâches domestiques. Aussi, les proches contactent l'intervenant du CLSC afin de manifester ce désinvestissement et demander une prise en charge plus grande du CLSC. L'intervenant se réinvestit, avec l'accord de M. Tremblay. Il y a introduction des services de la Popote roulante et ajout de personnel (préposé) du CLSC pour donner la nourriture à Monsieur, à l'heure des repas et lui faire penser de prendre ses médicaments. De plus, une personne-ressource est embauchée pour faire des courses. L'intervenant psychosocial s'investit davantage dans la planification des RV médicaux.



L'intervenant commence à douter sérieusement de la capacité de Monsieur à gérer ses biens. Laissé à lui-même, Monsieur connaît ses avoirs mais a de la difficulté à payer ses comptes. Il a confié avoir récemment donné de l'argent à un étranger qui l'a aidé. Monsieur exprime à l'intervenant que la violence familiale s'intensifie, que son fils fait de plus en plus preuve d'indifférence à son égard.

Accompagnement —→ Protection

Au cours du suivi psychosocial, M. Tremblay se montre démuni et de plus en plus affecté par la situation de violence familiale vécue. En rencontre multidisciplinaire, en présence du superviseur clinique et d'un membre de la direction, il est décidé qu'une contre-expertise médicale est requise afin d'évaluer l'aptitude de Monsieur. De concert avec le médecin de famille, il est admis à l'hôpital . Ainsi, il se trouve en milieu protégé, levier aux prochaines interventions; Monsieur bénéficie alors d'une évaluation de ses fonctions cognitives et de son aptitude.



Le médecin conclut alors à une inaptitude partielle à la gestion de ses biens et à une inaptitude partielle à la protection de sa personne. Monsieur verbalise qu'il ne veut plus retourner dans son milieu de vie. Il craint toutefois les représailles de son fils et de sa belle-fille s'il quitte la maison. Cela implique que ses proches aidants perdront également leur toit... Un régime de protection est ouvert. Une démarche de relocalisation dans un lit d'hébergement public est effectuée.

Contexte de l'intervention

L'intervenant est amené à poser des gestes en lien avec l'application de lois ou de règlements, et ce, souvent dans un court laps de temps. Ces décisions sont parfois prises sans le consentement complet de l'aîné maltraité et/ou sans la collaboration complète de la personne qui maltraite.

Valeurs



The diagram features a horizontal double-headed arrow with a dark blue outline. At the left end of the arrow is a light blue rounded rectangle containing the word 'Autonomie' in orange. At the right end is a light blue rounded rectangle containing the word 'Bienfaisance' in orange. A thick dark blue horizontal bar is positioned above the arrow, starting from the left edge of the slide and extending to the right edge of the 'Autonomie' box.

Autonomie

Bienfaisance

Pratiques psychosociales

- Assurer plus de sécurité à l'aîné maltraité et augmenter les services offerts, si possible.
- Si possible, mobiliser le réseau familial, amical ou social de l'aîné maltraité.
- Tenter d'obtenir le consentement de l'aîné maltraité avant d'entamer une action légale ou une procédure formelle en vertu de toute loi, au cours d'une évaluation.
- Entamer divers recours légaux (qui varient selon chaque juridiction), tels que : régimes de protection, homologation du mandat en prévision de l'incapacité, ordonnance de Cour (pour hébergement), police (Code criminel), Commission des droits de la personne et de la jeunesse, droit matrimonial, Code civil (état de santé mentale), etc.
- Accompagner l'aîné maltraité dans un processus d'application de loi ou de règlement ou le référer à une ressource d'accompagnement (ex. : le CAVAC).

Pratiques psychosociales (suite)

- Parfois, faire une intrusion dans la vie de l'aîné maltraité, même contre son gré.
- Retirer la personne maltraitante du milieu ou de la situation.
- Retirer l'aîné maltraité de son milieu ou de la situation.
- Lorsqu'approprié, échanger avec les personnes impliquées et les intervenants actifs au dossier, les informations pertinentes concernant la situation de l'aîné maltraité (si possible, avec le consentement de l'aîné).
- Demander le soutien de ses supérieurs ou de son équipe de travail aussi bien que le soutien d'autres professionnels tels que avocat, éthicien, personnel médical ou tout autre avis clinique.
- Travailler en collaboration interprofessionnelle.

Enjeux récurrents

- Intervenir de façon intrusive pour protéger les aînés les plus vulnérables, les plus à risque de subir de la maltraitance, contre leur volonté.
- Se demander si nos actions causent plus de tort que de bien à l'aîné maltraité.
- Être potentiellement confronté à un état de crise, à une hospitalisation ou à un autre changement majeur.
- Œuvrer à l'intérieur d'un cadre organisationnel (mandat, responsabilités, etc.).
- S'exposer à subir des pressions pouvant provenir des collègues de travail, de l'entourage de l'aîné maltraité ou de la société.
- S'exposer à de possibles menaces de la part de la personne maltraitante.
- Accepter qu'il y a un risque que la relation avec l'aîné maltraité ou la personne maltraitante se détériore.

Enjeux récurrents

- Se questionner sur sa pratique, par exemple: découle-t-elle d'une bonne analyse de la situation? Ou résulte-t-elle des limites dues à un manque de soutien administratif, au mandat organisationnel et à l'organisation des services (par exemple, le fait que la demande doit venir de la personne pour justifier une action) et au contexte de manque de temps, de surcharge de travail et d'alourdissement de la clientèle?
- Vivre de la peur, de la dissonance, du stress et des sentiments négatifs (impuissance, impression d'être coincé, déception, etc.).
- S'attendre à être confronté aux limites de son autonomie professionnelle.

Pratiques communes aux 3 scénarios

- Dans la mesure du possible, échanger avec les acteurs et les intervenants actifs au dossier, les informations pertinentes concernant la situation de l'aîné maltraité.
- Demander du soutien de ses supérieurs ou de son équipe de travail.
- Travailler en collaboration interprofessionnelle.

Coordonnées

Centre de recherche sur le vieillissement

CSSS-IUGS

1036 Belvédère Sud

Sherbrooke, Québec

J1H 4C4

Téléphone: 819-821-1170 poste 45270

Télécopie: 819-829-7141



Centre de recherche
sur le vieillissement
Research Centre
on Aging

Remerciements - programme de formation

- Fiona Neesham-Grenon (assistance générale)
- Julie Daviau (étude de cas)
- Cynthia Brunet et Pamela Neesham (traduction)

Remerciements - Livret

- Alison Leaney (Coordonnatrice canadienne, NICE équipe transfert des connaissances)
- Équipe de transfert des connaissances en maltraitance envers les aînés du réseau NICE, membres et supporteurs de toutes les provinces du Canada.

Références bibliographiques

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press. Oxford University Press, 454 p.
- Beaulieu, M., & N. Leclerc (2006). Ethical and psychosocial issues Raised by the Practice in Cases of Older Adults, *Journal of Gerontological Social Work*, vol.46 (3/4), pp.161-186.
- Cooper, C., Selwood, A., & G. Livingston (2009). Knowledge, Detection, and Reporting of Abuse by Health and Social Care Professionals : A Systematic Review, *American Journal of Psychiatry*, vol.17(10), pp.826-838.
- Fisher, R., D'Arpino, M., Dion, T., Glazier, S., Moghabghab, R., Stephens, A., & L. Zimmerman (2003). An Elder Abuse Workshop for Healthcare Providers, *Geriatrics and aging*, vol.6 (6), pp.61-63.
- Fortin, P. (1995). *La morale, l'éthique et l'éthicologie: une triple façon d'aborder les questions morales*. Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy (Québec), 124 p.
- Lithwick, M., & S.M.Straka (1999). Mistreatment of older adults: perpetrator-victim relationships and interventions, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, vol. 11(4), pp.95-112.
- Killick, C., & B. J.Taylor (2009). Professional Decision Making on Elder Abuse : Systematic Narrative Review, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, vol.21, pp. 211-238.
- Richardson, B., Kitchen, G., & G. Livingston (2002). The effect of education on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial, *Age and Ageing*, vol.31, p.335-341.
- Wolf, R., & K. Pillemer (1994). What's New In Elder Abuse Programming? Four Bright Ideas. *The Gerontologist*, vol.34 (1), p.126-129.