

# Les dilemmes éthiques des intervenants-es confrontés aux situations de mauvais traitements envers les personnes âgées

---

NDLR - Ce texte n'engage que ses auteurs et ne représente pas nécessairement les positions officielles de l'Association. Toute reproduction, partielle ou totale, est interdite sans autorisation des auteurs.

**Marie Beaulieu, Ph.D. (sciences humaines appliquées)**

Professeure titulaire en psychologie/secteur gérontologie

Chercheure, Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

**Stéphane Dubuc**

Chargé de projet, Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement (CIRE), CLSC de Sherbrooke, Centre affilié universitaire

*Cet article vise à stimuler la réflexion sur les dilemmes d'ordre éthique auxquels sont confrontés les intervenants-es de première ligne lorsqu'ils et elles identifient une situation de mauvais traitement chez une personne âgée. La présentation des résultats d'une recherche nous servira de point de départ. Nous discuterons de la rencontre entre recherche et intervention en nous demandant comment les résultats de la recherche peuvent aider les intervenants-es à structurer leur analyse éthique, lorsqu'ils sont confrontés aux situations de mauvais traitement vécues par une personne âgée.*

De nombreuses valeurs se rencontrent dans l'intervention auprès des aînés-es vivant des situations de mauvais traitements: celles de la personne âgée, des gens qui la maltraitent, des familles, de l'intervenant-e et celles mises de l'avant par l'orientation ou la mission de chaque organisme. Les pratiques d'intervention dans les situations de maltraitance des personnes âgées ont la particularité d'intégrer la personne âgée et la personne qui maltraite, soit celle qui violence ou qui néglige l'aîné-e. Les intervenants-es sont plus ou moins préparés à ces pratiques. Celles et ceux qui ont été formés en violence conjugale sont confrontés à des scénarios d'intervention contraires à ceux qu'ils ont appris. Par exemple, lors de situations de mauvais traitements envers les aînés-es, l'intervention conjointe avec la personne qui maltraite et la personne maltraitée est souvent pratiquée alors que cette approche est plutôt proscrite en violence conjugale. On note qu'il y a un besoin de connaissances générales en matière de mauvais traitements, d'outillage spécifique et de formation en éthique reliée aux pratiques professionnelles.

Dans cet article, nous poursuivons deux objectifs. D'abord, présenter l'état du développement d'un projet visant, à partir de résultats d'une recherche sur l'intervention lors de mauvais traitements à l'égard des personnes âgées, à élaborer un outil de soutien à la réflexion éthique pour les intervenants-es. Puis, dans un second temps, décrire le processus de partenariat qui s'instaure entre le milieu de la recherche et celui de la pratique afin que le transfert des connaissances soit enrichissant pour les deux parties engagées.

## La réalité des intervenants-es de première ligne

Qu'elles soient dépistées directement par les intervenants-es ou qu'elles leur soient référées par des collègues ou des organismes externes, les situations de mauvais traitements envers les personnes âgées sont souvent prises en charge par des agents-es de relations humaines (ARH) travaillant en CLSC (du moins, dans le réseau public). Majoritairement formés en travail social, ces ARH ont le mandat de répondre aux besoins psychosociaux des personnes âgées. Ils et elles font partie, pour la plupart, d'équipes multidisciplinaires dont le mandat est d'offrir des services à domicile afin de maintenir l'autonomie de personnes âgées déjà en processus de perte d'autonomie et de soutenir leurs proches aidant. Au sein de ces équipes, l'ARH est reconnu pour son expertise psychosociale. Ainsi, son apport est majeur dans les situations de mauvais traitements. Bien souvent, l'équipe s'en remet à ses compétences pour assurer le leadership ou, au pire, prendre seul-e en charge ces situations complexes.

Les trois histoires de cas suivantes, tirées de dossiers actifs d'intervention en CLSC, illustrent quelques facettes de la complexité des situations de mauvais traitements envers les personnes âgées.

M. Ouellet, 79 ans vit seul à domicile. Suite à une hospitalisation, l'infirmière du CLSC va à domicile pendant quelques jours afin de poursuivre le traitement amorcé à l'hôpital. L'infirmière est «choquée» par la condition d'insalubrité du logement de Monsieur. Elle le réfère à l'ARH de son équipe. M. Ouellet est très méfiant vis-à-vis de cette dernière. L'ARH identifie les problèmes suivants: alcoolisme, insalubrité, pertes cognitives, absence de suivi médical. Depuis 14 ans, M. Ouellet a pour seule personne de référence Nancy, sa «nièce» de 40 ans. Elle vit dans le logement d'à côté. Elle dit demander 400 \$/mois à Monsieur pour ses repas. Elle a aussi en main la carte bancaire de débit de M. Ouellet mais elle affirme ne plus se souvenir de son NIP. L'ARH est inquiète de la situation de négligence dans laquelle vit Monsieur et de la possible exploitation financière de la part de sa nièce. Questionnement: doit-on «briser la bulle» de ces personnes? Ex.: évaluation de l'inaptitude et hébergement de M. Ouellet.

Mme Murphy a 87 ans. Elle a un diagnostic de démence de type Alzheimer mais elle n'est pas déclarée inapte. Elle vit avec deux de ses fils à domicile. Le CLSC lui offre des services d'hygiène personnelle. L'auxiliaire familiale et sociale du CLSC réfère Madame à l'ARH car cette dernière est très maigre et mange mal. Un des deux fils a un problème de jeu compulsif. Deux autres fils vivant à Montréal, conscients de la négligence, veulent que «ça change» mais ils ne font rien. Le pharmacien constate que les prescriptions de Madame sont souvent renouvelées en retard à cause d'un manque d'argent. Madame se dit «bien» chez-elle. Elle aime voir les jeunes du voisinage. Elle «adore» ses fils: «Qu'est-ce que je ferais sans eux?». L'ARH constate cependant que pour les fils de Madame, les besoins fondamentaux de leur mère passent après leurs activités reliées au jeu et leurs propres besoins. Questionnement: doit-on envisager un changement de milieu de vie pour préserver la santé de Madame?

Laura a 75 ans. Elle a un diagnostic de démence et serait, selon le médecin et le travailleur social, inapte à gérer ses biens et sa personne. Elle peut être dangereuse pour elle-même (s'injecte incorrectement de l'insuline) et pour son conjoint (lance des objets). Bertrand, son conjoint de 76 ans, est en bonne santé physique. Son état est cependant dépressif et il dit souvent qu'il «veut mourir». Ils vivent tous les deux seuls, ensemble, dans une résidence privée pour personnes autonomes. La responsable de la résidence veut expulser le couple à cause de la violence de Madame. Bertrand refuse de payer pour les services de santé pouvant être offerts par la résidence. Le petit-fils préféré du couple a en main un mandat en cas d'inaptitude signé par les deux membres du couple. Il hésite cependant à le faire homologuer. Son oncle, un des fils de Laura et de Bertrand, n'en peut plus de la situation et fait des démarches pour qu'un régime de protection soit mis en place. Questionnement: doit-on laisser le petit-fils ou le fils obtenir un régime de protection? Doit-on séparer le couple et donner des soins en hébergement à Madame?

Face à ces situations, les ARH sont confrontés à divers enjeux psychosociaux et éthiques se traduisant souvent par les questions suivantes:

- > Est-ce que la personne âgée a les capacités cognitives et émotionnelles pour gérer d'elle-même la situation? (Enjeu du respect de l'autonomie si la personne âgée est apte ou enjeu de la protection si la personne âgée n'est pas apte).
- > Puisque la personne qui violente/néglige la personne âgée est aussi une personne de son entourage, comment intervenir à la fois auprès de «l'abuseur» et de «l'abusé»? (Enjeu du choix du respect de l'autonomie – celle de la personne âgée ou celle de la personne qui la maltraite).
- > Quelles sont les caractéristiques des situations de violence/négligence à partir desquelles «l'artillerie lourde» (ex.: changement de milieu de vie) doit être déployée? (Enjeu de la priorité accordée à la bienfaisance au détriment du respect de l'autonomie de la personne âgée).
- > Jusqu'où l'ARH doit-il aller dans l'offre de ses services? Est-ce une question de choix personnel? Quels sont les services auxquels ces personnes ont vraiment accès? (Enjeu de justice et d'impartialité dans les services).

## **Des connaissances issues d'une recherche**

Suite à une étude portant sur les enjeux et dilemmes psychosociaux et éthiques de l'intervention dans les situations de mauvais traitements envers les aînés-es (Beaulieu, 2000 à 2004, financement du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada), nous avons identifié que les intervenants-es sont souvent confrontés à deux valeurs en interaction, en complémentarité ou en opposition, soit le respect de l'autonomie de la personne âgée versus sa protection. Dans un contexte où il n'y a pas de loi de protection des aînés-es, ni de politique inter-organismes claire, les intervenants-es doivent souvent se fier à leur jugement clinique pour aborder des problématiques complexes où ils jouent simultanément plusieurs rôles: accompagnateur-trice de l'aîné-e, intervenant-e auprès de la famille, intervenant-e auprès de la personne qui violente ou néglige la personne âgée, voire «agent-e de contrôle

social» pour les aînés-es les plus démunis qui ont du mal à exprimer ou à faire respecter leurs volontés (que ces derniers soient ou non déclarés inaptes).

La recension des écrits au sujet des enjeux et des dilemmes soulevés par l'intervention lors de situations de mauvais traitements permet d'identifier cinq éléments qui teintent la pratique. Tout d'abord, il importe de reconnaître qu'une ou un intervenant n'arrive jamais neutre dans un tel dossier. Quelles sont ses connaissances et préjugés face à la problématique de la violence, des dynamiques familiales, des personnes âgées? Quelles sont les valeurs propres mises de l'avant dans son interaction avec la clientèle? Deuxièmement, la question de l'aptitude de la personne âgée est centrale. L'intervenant-e doit déterminer si la personne âgée est en mesure d'accepter ou de refuser les interventions qui lui sont proposées. Les cas les plus difficiles sont ceux où les pertes cognitives de la personne âgée ne sont pas assez sévères pour qu'elle puisse être déclarée inapte mais dans lesquels la personne âgée n'a pas pleinement conscience des risques réels qu'elle encoure. Le troisième enjeu renvoie à la complexité des situations de mauvais traitements et au fardeau ressenti par l'intervenant-e. Quelles règles de confidentialité ou quel partage d'information est permis, voire souhaité, entre intervenants-es ou entre divers organismes qui travaillent de près ou de loin auprès de la personne âgée maltraitée ou auprès de la personne qui la maltraite? Le quatrième enjeu traite de la responsabilité sociale face à ces cas de « misère sociale ». Quelles sont les responsabilités des familles, des intervenants-es, des organismes communautaires et des organismes publics face aux aînés-es violentés ou négligés? Le dernier point, mais non le moindre, aborde la délicate question qui nous préoccupe. Dans l'intervention lors de situations de mauvais traitements envers les aînés-es, quand faut-il respecter l'autonomie de la personne âgée et quand faut-il se placer dans une approche de protection? Comment équilibrer les valeurs concernant le respect de l'autonomie de la personne âgée, de la bienfaisance, de la non-malfaisance et de la justice?

La pratique est conditionnée par la perte d'autonomie de la personne âgée, l'augmentation de la dangerosité que peut représenter une situation en mouvance et finalement, la perte de la collaboration entre toutes les parties engagées dans l'intervention (en particulier quand la personne qui maltraite cesse de collaborer avec l'intervenant-e). Les résultats de notre étude ont permis d'identifier trois types d'intervention qui s'inscrivent sur un continuum allant de l'autonomie négative à l'accompagnement et aux mesures extrêmes. Des valeurs particulières sous-tendent chacun de ces types d'interventions. Elles se traduisent par des pratiques spécifiques et soulèvent un certain nombre d'enjeux éthiques. En autonomie négative, le principal enjeu consiste à accepter que l'on laisse à l'abandon une personne âgée maltraitée. En accompagnement, l'enjeu central pour l'intervenant-e est d'accepter qu'il ou elle côtoie une situation qui comporte un certain niveau de risque qui peut fluctuer dans le temps. Finalement, lors de mesures extrêmes, les intervenants-es doivent travailler pour le bien-être de la personne âgée et non en collaboration avec elle. Ils et elles deviennent donc des agents-es de protection plutôt que des accompagnateurs-trices.

Comment ces résultats de recherche, issus d'entrevues réalisées auprès d'intervenants-es psychosociaux, peuvent-ils en aider d'autres à bonifier leurs interventions psychosociales dans les situations de mauvais traitements?

## **La question du transfert des connaissances**

Le transfert des connaissances évoque principalement les activités de diffusion des résultats de recherche que font les chercheurs-es. Mais il peut aussi s'agir de l'action de l'intervenant-e qui va puiser les éléments pertinents à sa

pratique dans les résultats de recherche afin de s'approprier les fondements de certaines pratiques réputées efficaces, de cesser de recourir à certaines pratiques démontrées peu efficaces ou de développer de nouvelles pratiques pour faire face à la complexité des situations rencontrées. En fait, le transfert des connaissances devrait impliquer des actions conjointes des milieux de la pratique et des milieux universitaires qui se rencontrent et partagent des savoirs.

Les conditions nécessaires à cette rencontre des savoirs impliquent un engagement à la fois des milieux de pratique (culture «réflexive» portée par l'ensemble de l'établissement, conditions propices à l'engagement des intervenants-es, espace de rencontre avec des chercheurs-es) et des milieux de la recherche (formulation de questions de recherche en lien avec des enjeux de pratiques, choix de stratégies et de devis de recherche adaptés aux problématiques abordées sous un angle plus pratique, enrichissement des analyses en y intégrant le point de vue des praticiens-nes).

### **Le projet « L'intervention en matière de mauvais traitements envers les aînés-es : identifier les enjeux et dilemmes éthiques afin de maximiser l'intervention psychosociale »**

Le Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF) offre, pour ses membres et sous forme d'un concours annuel, des subventions visant à soutenir financièrement les chercheurs-es et les intervenants-es des milieux d'intervention qui désirent développer des outils d'intervention à partir des résultats de recherche et de l'expérience des milieux de pratique. Le CLSC de Sherbrooke a obtenu une de ces subventions (4 000\$) en partenariat avec Marie Beaulieu, professeure à l'Université de Sherbrooke et chercheure au Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Le projet développé conjointement vise à outiller les intervenants-es psychosociaux à une réflexion éthique lors d'interventions dans des situations de mauvais traitements envers les aînés-es. Il comprend quatre phases :

- 1) La diffusion des résultats de l'étude (Beaulieu, 2004) et leur appropriation par des ARH de deux établissements à mission CLSC;
- 2) En collaboration avec ces intervenants-es, la sélection des éléments à intégrer à la fois à la démarche et à l'outil;
- 3) Le développement d'un «outil» et sa validation lorsque utilisé dans des situations concrètes;
- 4) La diffusion de la démarche et de l'outil avec diverses stratégies d'appropriation pour le rendre accessible à d'autres intervenants-es.

Le projet a débuté en septembre 2004 et devrait se terminer en juin 2005.