

***Guide de pratique***  
**sur l'intervention en contexte d'*autonégligence***  
**chez la clientèle du soutien à domicile**  
**en déficience physique**

*Par Jessica Calvé*

Étudiante à la maîtrise en service social concentration

gérontologie de l'Université de Sherbrooke

Stagiaire au CSSS-IUGS, au soutien à domicile pour la clientèle en déficience physique, Automne 2014

*En collaboration avec :*

L'équipe du soutien à domicile pour la clientèle en déficience physique du CSSS-IUGS.

Centre de santé et de services sociaux -  
Institut universitaire de gériatrie  
de Sherbrooke

 UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE

## Table des matières

|  |    |
|--|----|
| Introduction .....   | 3  |
| Conceptualisation de l'autonégligence .....                | 4  |
| Situations rencontrées dans la pratique .....              | 6  |
| Schéma conceptuel de l'autonégligence .....                | 8  |
| Intervenir en contexte d'autonégligence .....              | 10 |
| Schéma de l'intervention en contexte d'autonégligence .... | 14 |
| Références bibliographiques .....                          | 26 |
| Remerciements .....  | 27 |
| Notes .....  | 28 |

## Introduction

Le présent guide de pratique est destiné aux intervenants psychosociaux<sup>\*,\*\*</sup> du secteur du soutien à domicile pour la clientèle en déficience physique au Centre de santé et services sociaux Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS). Il a été conçu dans le cadre d'un stage de maîtrise en service social et se veut un outil d'aide à la prise de décision en contexte d'autonégligence (AN). Le guide a été élaboré suite à des discussions avec les intervenants psychosociaux de l'équipe en déficience physique et d'autres personnes ressources, à la suite de la lecture de dossiers présentant une situation d'AN, ainsi que d'observations d'interventions.

Le secteur du soutien à domicile pour la clientèle en déficience physique répond aux besoins d'adultes (18-100 ans) ayant une déficience physique ou un handicap et vivant à Sherbrooke, ainsi que de leurs proches aidants. Il est question de déficiences motrices, visuelles, auditives ou du langage, mais aussi de diverses réalités auxquels les personnes et les intervenants psychosociaux doivent faire face. Entre autres, il y a beaucoup de comorbidité, diagnostiquée ou non, et de situations d'AN. Par exemple, parmi plus de 800 dossiers actifs durant l'élaboration du guide, 39 d'entre eux ont été ciblés pour des comportements auto-négligents. Ces dossiers ont été étudiés afin de cibler des pistes de réflexion et d'intervention venant bonifier le présent guide.

*\* Le terme « intervenant psychosocial » réfère autant aux travailleurs sociaux, qu'aux techniciens en assistance sociale, au psychoéducateurs et aux techniciens en éducation spécialisée.*

*\*\* Pour l'ensemble du guide, l'emploi du genre masculin est privilégié simplement dans le but d'alléger le texte.*

## Conceptualisation de l'autonégligence

La définition de l'AN retenue pour le présent guide va comme suit :

L'autonégligence comprend une vaste gamme de comportements, distribués sur un continuum d'intensité, culturellement et socialement encadrés, effectués volontairement ou non, qui résultent en un échec à répondre à ses propres besoins ou à se procurer des soins, et qui présentent un potentiel de conséquences négatives sur le bien-être, la santé et la sécurité de la personne et d'autrui.

Dans la littérature, on retrouve plusieurs exemples de comportements auto-négligents. *La liste qui suit permet de sélectionner les comportements observables chez la personne et de dresser rapidement le bilan d'une situation donnée.* Chaque situation d'AN est différente et le degré d'intensité des comportement et des conséquences varie d'un cas à l'autre, selon les valeurs, croyances et perceptions des personnes impliquées.

### 1- Environnement physique de la personne

- O Conditions de vie insalubres (*squalor*), malpropreté, désordre, odeurs, moisissure
- O Milieu encombré, accumulation excessive de biens, d'ordures
- O Manque d'entretien, délabrement du domicile, défectuosité électrique (appareils ménagers), des systèmes d'eau, de l'isolation, du chauffage
- O Hébergement d'innombrables animaux, vermine
- O Aliments périmés
- O Risque d'incendie, de chute, d'intoxication, etc.
- O Collectionnisme, amassement, syndrome de Diogène

## **2- Hygiène personnelle**

- ☐ Apparence négligée (ongles, dents, vêtements souillés)
- ☐ Malpropreté et odeurs (corps, cheveux)

## **3- Facteurs reliés à la santé**

- ☐ Manque de suivi ou absence à des rendez-vous médicaux
- ☐ Mauvaise gestion de la médication ou d'un traitement, malgré une compréhension claire des recommandations
- ☐ Pratiques préventives inefficaces :
  - ☐ o diète, exercice, cesser consommation tabac, drogue, alcool, médicaments non prescrits
- ☐ Ne pas boire ni manger ou le faire de façon insuffisante

## **4- Perte d'autonomie fonctionnelle au plan des :**

- ☐ activités de la vie quotidienne
- ☐ activités de la vie domestique

## **5– Négligence au plan de :**

- ☐ sa gestion financière
- ☐ la protection de son patrimoine
- ☐ sa sécurité
- ☐ son bien-être

## **6- Autres aspects**

- ☐ Isolement
- ☐ Routine de vie absente ou instable
- ☐ Marginalité

## **Mais surtout :**

- ☐ *Ne pas se reconnaître comme auto-négligent*
- ☐ *Ne pas adhérer à l'offre de services disponible*

## Situations rencontrées dans la pratique

Les situations d'AN rencontrées par les intervenants psychosociaux du soutien à domicile pour la clientèle en déficience physique sont très complexes et variées. *Le schéma conceptuel des pages 8 et 9 reprend plusieurs particularités de ces situations.* Celles-ci sont présentées comme des facteurs précipitants de l'AN et constituent des aspects vers lesquels orienter les interventions.

### 1– Caractéristiques personnelles des personnes auto-négligentes

*Limite(s) personnelle(s) que la personne ne cherche pas à compenser par des ressources externes*

- Perte d'autonomie (diminution des capacités cognitives ou motrices)
  - personne apte ou partiellement inapte, aux biens ou à la personne, de façon temporaire ou permanente
  - personne capable de faire des choix et d'actualiser ces choix (planification, exécution), malgré un jugement altéré
  - trouble physique (douleur chronique, malnutrition, etc.), maladie (chronique, infection, etc.), complication médicale (présences de plaies, etc.) ou détérioration de la santé physique
  - Trouble d'ordre neurologique, maladie dégénérative (SLA, MPOC, etc.) : condition qui demande trop d'effort à la personne pour combler ses besoins
- Trouble cognitif, diagnostiqué ou non (attention, concentration, mémoire, planification, organisation, jugement, perception)
- Trouble de personnalité, diagnostiqué ou non (limite, hystérique, évitante, narcissique, etc.)
- Traits de personnalité (indépendance, méfiance, agressivité, immaturité, passivité, etc.)

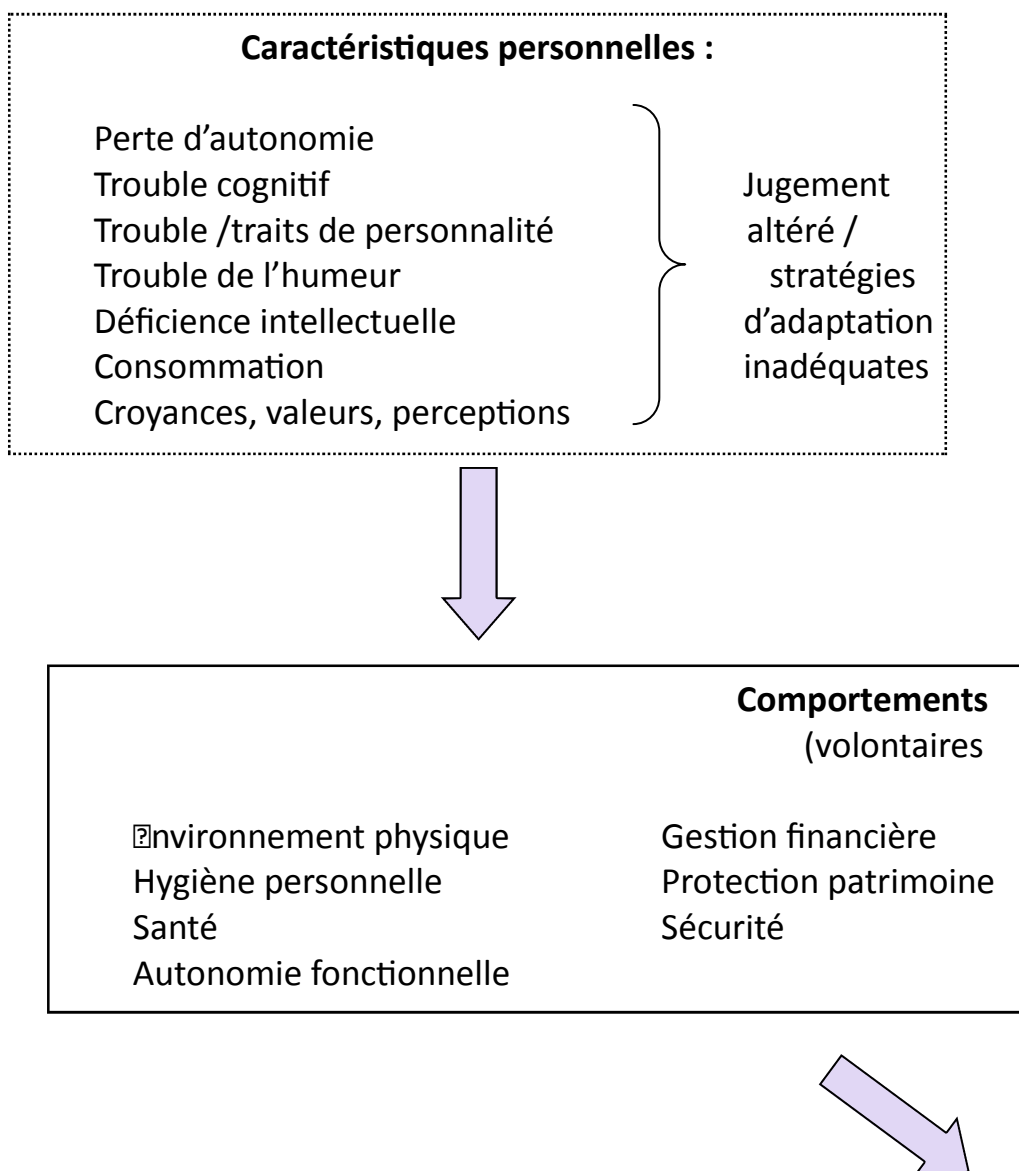
- Trouble de l'humeur, diagnostiqué ou non (dépression, bipolarité, anxiété, etc.)
- Déficience intellectuelle, diagnostiquée ou non (légère, sévère, profonde)
- Consommation (tabac, drogue, alcool, médication)
- Croyances, valeurs et perceptions de la personne
  - penser être capable de tout faire seul
  - maintenir ses mauvaises habitudes de vie et se fie sur les « soins miracles » pour bien aller
  - ne pas accepter ou difficulté à accepter une maladie
  - déni, honte ou minimiser une réalité
  - peur de l'hébergement

## **2– Caractéristiques contextuelles de l'AN**

*Limite(s) de la personne qui entre(nt) dans un contexte social, culturel et politique*

- Histoire de vie (*patterns*)
- Normes culturelles
- Manque de ressources financières
- Manque de soutien social (réseau familial, isolement)
- Manque d'éducation, de sensibilisation, méconnaissance des réalités sociales et des ressources disponibles
- Manque d'accessibilité aux ressources en santé et services sociaux (disponibilité des ressources, critères d'admission, proximité, transport)

## Schéma conceptuel

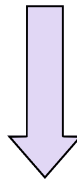




de l'autonégligence

**Caractéristiques contextuelles :**

Histoire de vie  
Normes culturelles  
Manque de ressources financières  
Manque de soutien social  
Manque d'éducation  
Manque d'accessibilité aux ressources



**auto-négligents :**  
(ou non)

|                |                        |
|----------------|------------------------|
| Bien-être      | Marginalité            |
| Isolement      | Reconnaissance de l'AN |
| Routine de vie | Adhérence aux services |

**Conséquences** sur le bien-être, la santé ou  
la sécurité de la personne et d'autrui

## Situations rencontrées dans la pratique (suite)

Certaines réalités des personnes n'ont pas été explorées pour l'élaboration du présent guide, puisqu'elles ne cadrent pas avec la définition de l'AN qui a été retenue :

- Les situations où la personne a été déclarée totalement inapte, puisque plusieurs services sont mis en place pour pallier à son besoin de protection et à son incapacité à prendre des décisions pour lui-même et pour ses biens et à répondre à ses besoins.
- Les personnes pour qui une démence a été diagnostiquée, puisque leurs besoins sont répondus par le secteur sur soutien à domicile pour la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement.
- Les situations où il y a présence d'un aidant en mesure de répondre aux besoins de la personne. Si lesdits besoins ne sont pas comblés, il est possible qu'il s'agisse de négligence par autrui.

## Intervenir en contexte d'autonégligence

En contexte d'AN, les interventions psychosociales sont essentiellement centrées sur la mise en place d'un filet de sécurité, la réduction des méfaits, la recherche de solutions, l'économie d'énergie ou l'approche par les capacités, l'enseignement ou le « coaching » et l'accompagnement ou le soutien.

Cette section du guide vise à mettre en lumière le processus d'intervention en contexte d'AN, ainsi que les enjeux qui y sont reliés. Ledit processus n'est pas linéaire, c'est-à-dire que l'intervenant psychosocial a l'opportunité de revenir à un stade antérieur, dépendamment de la situation. *Le schéma des pages 14 et 15 résume brièvement ce processus.*

## **1. A– Prendre contact avec la personne**

L'une des caractéristiques principales des personnes auto-négligentes est leur réticence à recevoir de l'aide. Se faire accepter dans le milieu est donc parfois difficile.

- *À quoi puis-je associer cette réticence ? (au fait que la personne ne reconnaisse pas ses comportements auto-négligents, à de mauvaises expériences de la personne en lien avec les services en santé et services sociaux, à son mode de vie, etc.)*

## **B– Créer un lien de transparence...**

Le lien de confiance thérapeutique peut s'avérer difficile à établir avec une personne auto-négligente. De ce fait, il est plus adéquat de miser sur un lien de transparence. Celui-ci vise à orienter la personne dans la réalité, entre autre en lui exposant la situation, les interventions à venir et les conséquences possibles de ses comportements. L'intervenant psychosocial doit donc « aller à l'essentiel » et garder une distance émotionnelle face à la personne et à sa situation.

## **... ou un lien de confiance thérapeutique**

Dès le début du processus d'intervention, il est préférable d'éviter de créer un sentiment de menace chez la personne, lui dicter une conduite, faire les choses à sa place, l'infantiliser, la confronter ou s'acharner avec elle.

Il est donc particulièrement important de faire preuve d'empathie et d'assurance, de faire de l'écoute active et de démontrer du respect. Le climat de sécurité et le lien de confiance thérapeutique s'établiront alors graduellement entre l'intervenant psychosocial et la personne auto-négligente.

L'intervenant psychosocial interagit avec une **personne à part entière**, avec des capacités, des limites et une expérience de vie qui lui sont propres. Voici quelques questions à se poser dans le but de mieux la connaître.

- *Est-ce que la personne est en mesure d'élaborer et de maintenir un projet de vie ? Quel est son niveau d'énergie ? Quel est son niveau d'autocritique ?*
- *La personne démontre-t-elle de la résilience ? A-t-elle surmonté des épreuves difficiles dans le passé ? Quelles sont ses forces et ses capacités ?*
- *Depuis combien de temps la personne démontre-t-elle des comportements auto-négligents ? Quels sont les changements observés ? Quel pourrait en être l'élément déclencheur ? Présentement, la personne vit-elle une problématique particulière qui pourrait influencer son mode de vie ?*
- *Comment la personne perçoit-elle sa situation ?*
- *Quel est le niveau d'implication de la personne dans le processus d'intervention ?*

## **2– Amorcer la cueillette de données**

En contexte d'AN, la collecte de données est un processus continu qui débute dès le premier contact avec la personne. Il est important d'analyser et de suivre l'évolution de la situation, particulièrement au plan de l'intensité des comportements auto-négligents, des besoins de la personne, des niveaux de dangerosité et d'urgence de la situation, ainsi que de l'implication du réseau de soutien de la personne, afin d'intervenir de façon optimale.

### A– Évaluer les besoins de la personne

- *Quels sont les besoins que la personne reconnaît ?*
- *Quels sont les besoins prioritaires selon la personne ?*
- *Selon moi, quels sont les besoins de la personne qui ne sont pas comblés ? Quelles en sont les raisons ?*
- *Quels sont les besoins sur lesquels la personne ne veut pas agir et pourquoi ?*
- *Quels seraient les besoins à combler à court terme ? Quels seraient les besoins à combler à long terme ?*

### B– Évaluer les niveaux d’urgence et de dangerosité de la situation

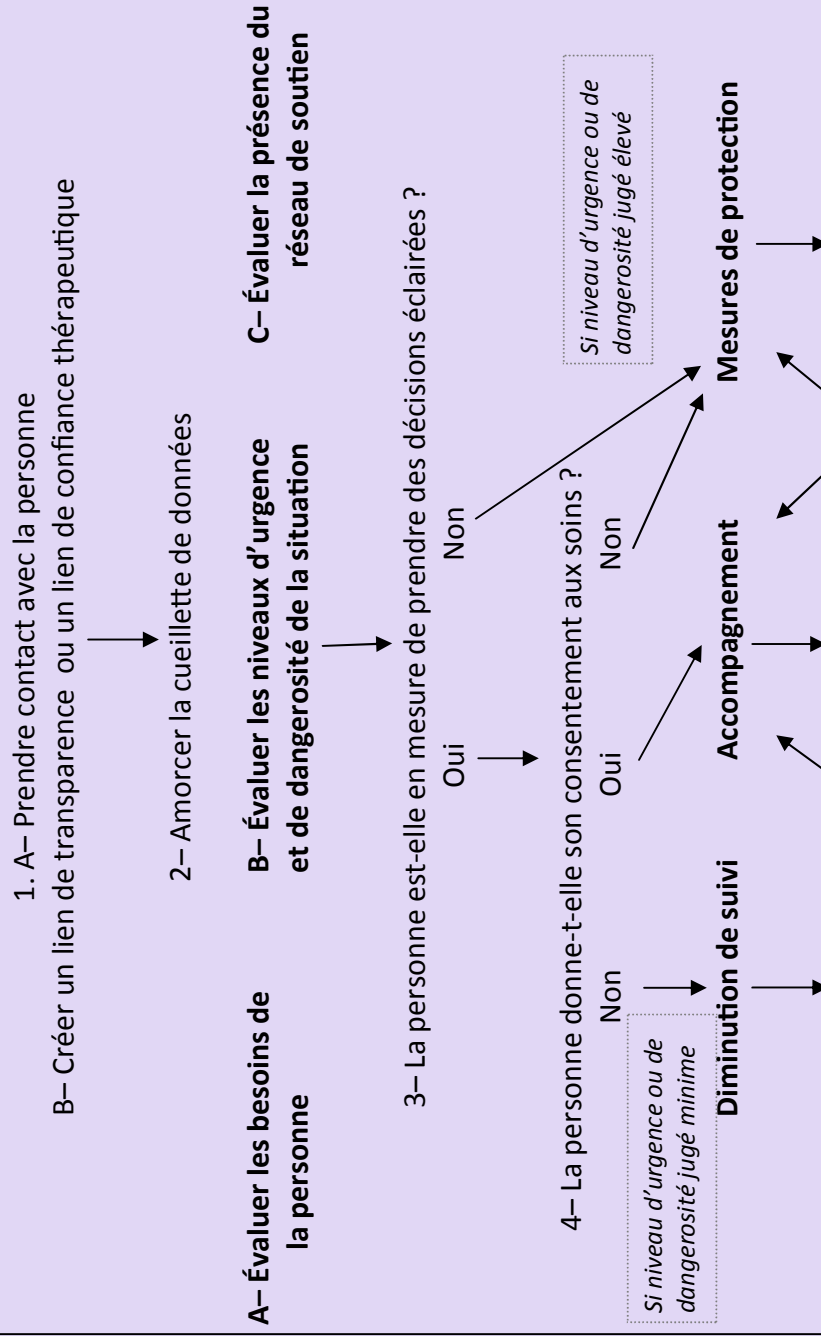
Les comportements auto-négligents peuvent avoir de graves conséquences sur la santé, le bien-être et la sécurité de la personne ou d’autrui. L’évaluation des risques est primordiale en situation d’AN, à savoir :

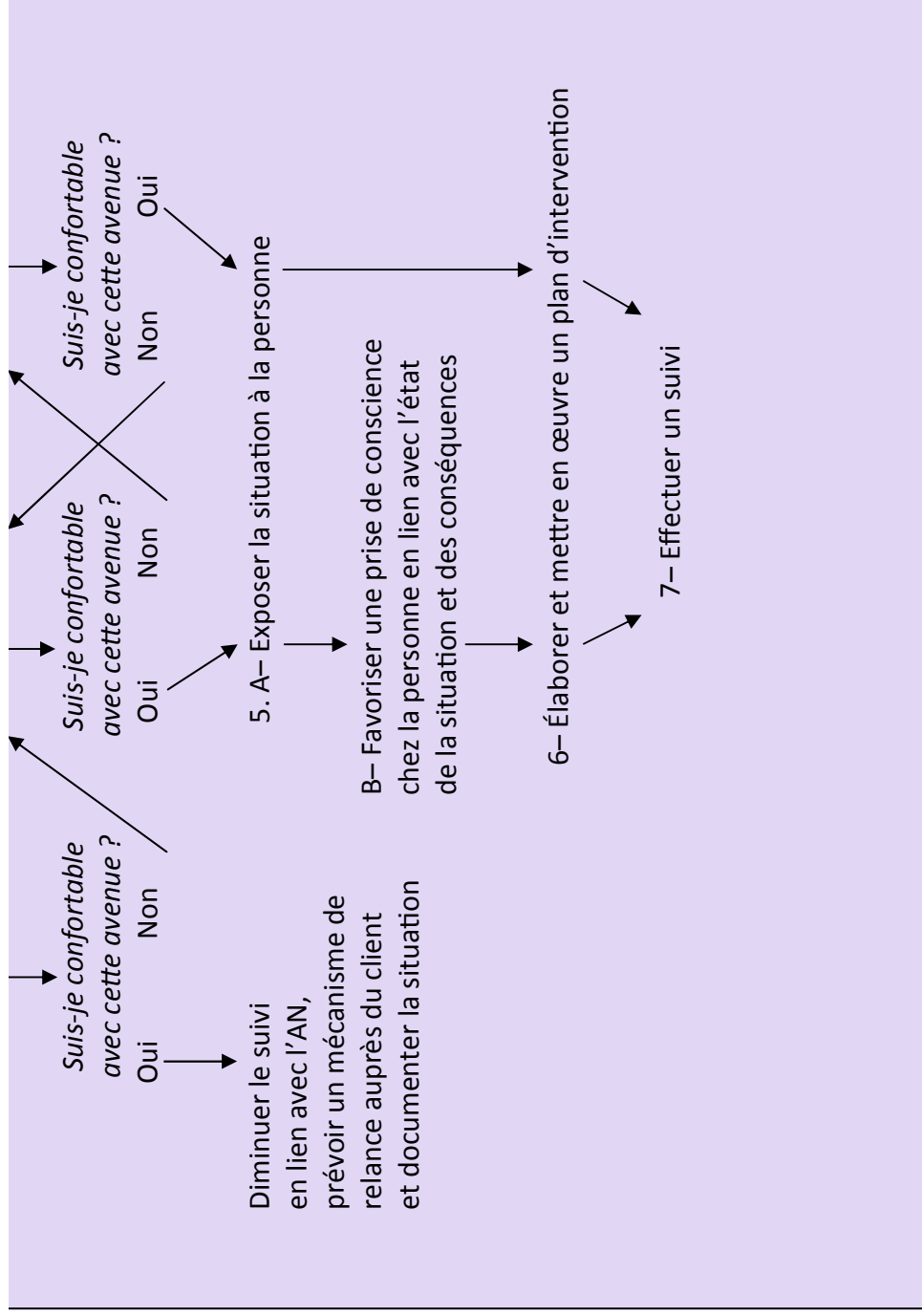
- *Quel est le niveau d’intensité de la situation ?*
- *Quelles sont les conséquences actuelles et probables des comportements auto-négligents de la personne ?*

Quels sont **les risques** actuels et probables de l’AN ?

- |                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| - Détérioration de la santé | - Expulsion du domicile  |
| - Confinement à domicile    | - Incendie               |
| - Hospitalisation           | - Chute                  |
| - Hébergement à long terme  | - Itinérance             |
| - Désorganisation           | - Intoxication           |
| - Encombrement              | - Maltraitance           |
| - Insalubrité               | - Endettement            |
| - Infestation               | - Isolement social, etc. |

## Schéma de l'intervention en contexte d'autonégligence





### **C– Évaluer la présence d’un réseau de soutien pour la personne**

D’une part, la personne auto-négligente peut avoir repoussé son réseau. D’autre part, ce réseau peut vouloir s’éloigner de la personne ou vivre de l’épuisement en lien avec sa situation. Il s’avère parfois bénéfique de relancer ce réseau, particulièrement les membres de l’entourage de la personne, afin de fournir du soutien à l’intervention. Il est toutefois pertinent de se poser certaines questions, afin d’évaluer leur présence auprès de la personne :

- *Y a-t-il des membres du réseau de la personne disponibles pour la soutenir ?*
- *Si oui, quelle est leur perception de la personne et de sa situation ? Quelles sont leurs réactions à propos des comportements auto-négligents de la personne ?*
- *À quel niveau désirent-ils s’impliquer dans le processus d’intervention ?*
- *Quelle est la pertinence de leur présence ?*

### **3– La personne est-elle en mesure de prendre des décisions éclairées ?**

L’aptitude de la personne à prendre des décisions pour elle-même ainsi que pour ses biens, son jugement et sa capacité de compréhension constituent l’un des enjeux rencontrés en contexte d’AN.

- *Oui : voir à obtenir le consentement*
- *Non + niveaux de dangerosité ou d’urgence élevés : voir aux mesures de protection*



Tout au long des démarches, **d'autres ressources** sont amenées à être sollicitées ou relancées, afin d'apporter une bonification des connaissances à propos de la personne et de sa situation ou un soutien dans l'intervention :

- L'entourage de la personne : famille, amis, voisins, propriétaire du logement, etc.
- La communauté : organisme en entretien ménager, organisme en réadaptation, pharmacie, médecin de famille, municipalité, service de police, etc.
- Mes collègues au CSSS-IUGS : ergothérapeute, inhalothérapeute, auxiliaires en santé et services sociaux, etc.

Le cas échéant, il est important de bien renseigner le réseau sur la situation de la personne et d'offrir son soutien dans les démarches.

#### **4– La personne donne-t-elle son consentement aux soins ?**

La personne doit être en mesure de donner son consentement de façon libre et éclairée. De plus, son consentement doit inclure la possibilité de partager des informations avec d'autres ressources, en prévision d'un éventuel travail en inter ou multidisciplinarité.

- *Oui : voir à l'accompagnement*
- *Non + niveaux de dangerosité ou d'urgence minimales : voir à la diminution de suivi*
- *Non + niveaux de dangerosité ou d'urgence élevés : voir aux mesures de protection*

### **Autodétermination ou mesures de protection ?**

Selon le contexte organisationnel de l'intervenant psychosocial, les principes de l'autonomie et de l'autodétermination de la personne priment sur les principes de protection et de sécurité. Par ailleurs, il agit dans un contexte volontaire et devrait répondre aux besoins que la personne exprime.

Toutefois, dans une situation où la personne ne reconnaît pas ses besoins non comblés, qu'elle est dans l'impossibilité d'exprimer une demande claire ou lorsque la situation comporte un haut niveau d'urgence ou de dangerosité pour la personne ou pour autrui, il peut s'avérer nécessaire de recourir à des mesures de protection.

### **Diminution de l'intensité du suivi**

Dans un contexte où la personne est apte à consentir, qu'elle ne désire pas de services et que les niveaux de dangerosité ou d'urgence sont jugés minimes, une diminution de suivi peut être envisagée. Dans cette optique, certains points sont à considérer :

- Valider auprès du réseau de soutien de la personne
- Laisser retomber la poussière après une crise ou un refus de services par la personne. La relancer après un certain temps
- Garder l'œil ouvert, effectuer un suivi pour d'autres volets que l'AN, être présent en cas de besoin
- Intervenir rapidement si la situation ou la santé de la personne semblent être sur le point de se détériorer
- Informer la personne qu'elle peut formuler une nouvelle demande si elle le désire.

## Accompagnement

- Mobiliser la personne, favoriser sa participation et le partage des responsabilités entre celle-ci et son réseau de soutien
- Encourager, renforcer les expériences positives
- Développer les habiletés et les compétences de la personne
- Négocier, faire des compromis sur certains aspects, favoriser une prise de décision partagée
- Adopter une démarche « à petits pas », engager graduellement la personne dans un processus de changement
- Accompagner la personne vers différents services, préférablement de façon graduelle
- Être proactif, tout en respectant le rythme de la personne.

### Suis-je confortable avec l'avenue envisagée ?

Tout au long des démarches, l'intervenant psychosocial peut prendre du recul par rapport à la situation et évaluer :

- son niveau d'aisance avec la situation
- son niveau de tolérance aux risques
- le respect des droits et libertés de la personne et d'autrui

Il peut aussi évaluer l'impact de certaines **valeurs** sur l'analyse de la situation, ainsi que sur le processus d'intervention :

- valeurs personnelles et sociales → de la personne
  - valeurs personnelles et sociales
  - valeurs professionnelles
  - valeurs organisationnelles
- } de l'intervenant

## Mesures de protection

Voici quelques exemples de mesures de protection, avec ou sans autorisation du tribunal, auxquelles l'intervenant psychosocial peut avoir recours lorsque la personne n'est pas apte à prendre des décisions éclairées ou qu'elle ne consent pas aux soins et que les niveaux d'urgence ou de dangerosité sont élevés :

- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger grave pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001)
  - Demande d'examen clinique
  - Garde préventive (observation, maximum 72 heures)
- Code civil du Québec
  - Art. 15 : Consentement substitué aux soins
  - Art. 16 : Requête en soins et hébergement
  - Art. 272 : Garde provisoire (examen psychiatrique)
  - Art. 274 : Administration provisoire des biens
  - Art. 281 à 294 : Ouverture d'un régime de protection (Curatelle, tutelle, conseiller au majeur. Loi sur le Curateur public)
    - Mandat en prévision de l'incapacité (à rédiger ou à homologuer)
  - Art. 1974 : Résiliation du bail d'un logement (Régie du logement)
- Administration par un tiers (RRQ, sécurité du revenu et sécurité de la vieillesse, SAAQ, CSST, IVAC, etc.)
- Code municipal sur l'insalubrité

Pour de plus amples informations, l'intervenant psychosocial peut consulter les diverses sections du *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* (MSSS, 2013).

En plus de réfléchir sur les caractéristiques de la personne et de son réseau de soutien, **l'intervenant psychosocial** doit se pencher sur l'impact qu'il peut lui-même avoir sur l'analyse de la situation et le processus d'intervention :

- *Dans quelles mesures est-ce que ma personnalité, mon style d'intervention et mes expériences passées, tant personnelles que professionnelles, influencent mon intervention avec la personne?*
  - *paternalisme, libre-choix, etc.*
  - *stress organisationnel, imputabilité des services, anticipation de la réaction de la personne, événement traumatique, etc.*

Il se peut que l'intervenant vive un inconfort dans certaines situations :

- Difficulté à identifier les causes et les conséquences des comportements auto-négligents de la personne
- Impossibilité de prévoir le futur, l'évolution de la maladie ou de la situation, les impacts d'une intervention.

S'il ne se sent pas prêt à vivre avec cet inconfort, il peut solliciter un collègue qui a davantage d'expertise dans le domaine de l'AN, aller chercher du soutien clinique ou transférer le dossier à un autre collègue.

## 5. A– Exposer la situation à la personne

Autant dans une optique d'accompagnement que de mesure de protection, l'intervenant psychosocial doit faire preuve de transparence et exposer la situation à la personne, soit lui refléter l'ampleur de ses comportements et leurs conséquences en fonction des normes sociales.

## B– Favoriser une prise de conscience chez la personne

Il est fréquent que les personnes ne reconnaissent pas leurs comportements auto-négligents. Dans une optique d'accompagnement, la personne doit idéalement prendre conscience de l'état de la situation et des conséquences actuelles et probables de sa réalité, afin de favoriser le partage des responsabilités dans le plan d'intervention.

- *Comment la personne perçoit-elle sa situation ?*
- *Jusqu'à quel point la personne est-elle motivée/apte à déclencher un processus de changement ?*
- *À quels avantages et inconvénients la personne ferait-elle face en apportant un changement à sa situation ? (Selon moi et selon elle. Enjeux affectifs ou matériels)*
- *Pouvons-nous arriver à une compréhension commune de la situation ?*

Voici quelques **stratégies** à mettre de l'avant pour favoriser une prise de conscience chez la personne :

- Aider la personne à formuler ses demandes, ses besoins et ses attentes
- Partager les attentes de la personne et de l'intervenant psychosocial, l'un envers l'autre et à propos des interventions

- Aider la personne à accepter une maladie
- Accompagner la personne dans un processus de deuil
- Travailler sur les croyances, valeurs et perceptions de la personne, l'informer, la « coacher »
- Travailler sur l'ouverture de la personne à recevoir de l'aide
- Solliciter le réseau de soutien de la personne, particulièrement la ou les personnes avec lesquelles elle a un lien significatif
- Selon la personne et le contexte : l'accompagner ou la confronter
- Ultimement, opter pour des mesures de protection. Des interventions d'ordre légale peuvent être envisagées, entre autre pour évaluer l'aptitude de la personne à prendre des décisions et à donner son consentement.

## 6- Élaborer et mettre en œuvre un plan d'intervention

Dans une optique d'accompagnement, l'intervenant psychosocial et la personne partagent les décisions et les responsabilités quant au plan d'intervention. Dans la mesure du possible, c'est aussi le cas pour les mesures de protection.

- *Jusqu'à présent, quelles actions ont été entreprises pour tenter de combler les besoins identifiés et de gérer la dangerosité ou l'urgence ? Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné et pourquoi ? Qu'est-ce qui est ou a été bénéfique et pourquoi ?*
- *Sur quel(s) aspect(s) du schéma conceptuel (p.8-9) devrions-nous centrer l'intervention ?*
- *Devrais-je miser sur les principes d'autonomie et d'autodétermination ou sur les principes de protection et de sécurité ?*
- *Quels sont les facteurs de protection envers lesquels nous pouvons orienter l'intervention (forces et capacités de la personne, culture, éducation, réseau de soutien, etc.) ?*
- *Quels sont les moyens et l'échéancier réalistes ?*

## **7- Effectuer un suivi**

En contexte d'AN, il est important de pouvoir évaluer de façon constante les besoins de la personne, les niveaux de dangerosité ou d'urgence de la situation, pour elle-même ou pour autrui, ainsi que la présence d'un réseau de soutien.

Par ailleurs, il s'avère bénéfique d'encourager la personne à développer, maintenir ou améliorer ses habiletés, ses habitudes de vie et ses liens sociaux.

### **Travailler avec d'autres ressources**

En contexte d'AN, le travail en multi ou interdisciplinarité est très important. Toutefois, dans son mandat de coordination des services, l'intervenant psychosocial peut être amené à vivre différents enjeux liés à son organisme ou aux autres ressources.

D'abord, la cueillette de données à propos de la personne pose parfois des enjeux importants dans l'intervention, alors que les informations à son sujet sont dispersées dans différents services :

- Recueillir de l'information auprès de différents services demande du temps et de l'énergie
- Il peut y avoir une mauvaise communication entre les services (coordination du temps d'échange, vocabulaire divergeant, etc.)
- La perception de la personne par différents intervenants peut varier, en fonction de leur définition de sa situation et des informations auxquelles ils ont accès.



Par ailleurs, l'intervenant psychosocial peut se poser quelques questions, afin de s'orienter dans la coordination des services.

- *Quel niveau de la confidentialité : à qui puis-je m'adresser, dans quel contexte et de quelle manière ? (Certaines exceptions s'appliquent dans des situations où il y a un niveau d'urgence ou de dangerosité élevé)*
- *Quel secteur est le plus adéquat pour la personne ? Quels sont les mandats propres à chaque programme ? Qui devrait être son intervenant psychosocial principal ? (Intervenant pivot ou pivot réseau, déficience physique, perte d'autonomie liée au vieillissement, santé mentale, Centre de réadaptation, etc.)*
- *Quelles sont les ressources disponibles pour m'appuyer ? (en fonction de leurs listes d'attentes, critères d'admission, disponibilités de services, etc.)*
- *Y a-t-il une possibilité de choc de cultures entre services ? (approche privilégiée, intensité des services, etc.)*

**Tout au long du processus d'intervention, l'intervenant psychosocial peut ou doit :**

- Documenter la situation
- Aller chercher du soutien clinique auprès de ses collègues par l'entremise de discussions de cas ou de rencontres de codéveloppement
- Valider auprès d'un supérieur, d'un superviseur clinique ou d'une équipe multidisciplinaire
- Actualiser son jugement clinique

## Références bibliographiques

Ce guide de réflexion est inspiré des ouvrages et outils suivants :

BAND-WINTERSTEIN, Tova, Isreal DORON et Sigal NAIM. (2012) Elder self-neglect: A geriatric syndrome or a life course story ?, *Journal of Aging Studies*, 26, 109-118.

BEAULIEU, Marie. (2010) *En Mains : arbre décisionnel « ENjeux éthiques, Maltraitance, Âînés, INTervention, Scénarios »*, publié par National Initiative for the Care of the Elderly (NICE), Toronto, 24 pages.

DAY, Mary Rose, Geraldine MCCARTHY et Patricia LEAHY-WARREN. (2012) Professional social workers' views on self-neglect: an exploratory study, *British Journal of Social Work*, 42, 725-743.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), Québec. (2013) *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*, Gouvernement du Québec, 471 pages. Disponible à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-830-10F.pdf>

NEESHAM-GRENON, Fiona. (2012) *L'intervention en travail social dans les situations d'autonégligence chez les personnes âgées*, Mémoire (M.S.S.), Université de Sherbrooke, 203 pages.

DUPUIS, Annie. (2013) *Je ne suis pas prêt... Lorsqu'une rupture s'impose dans une trajectoire de vie et qu'elle est porteuse de deuils multiples*, 20 pages.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, Text revision (DSM-IV-TR)*, 943 pages.

## Références bibliographiques (suite)

TURCOTTE, Daniel et Jean-Pierre DESLAURIERS (dirs.). (2011) *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle*, Québec, Presses de l'Université Laval, 190 pages

## Remerciements

Le Guide de pratique sur l'intervention en contexte d'AN a vu le jour grâce à la collaboration de nombreuses personnes ressources. D'abord, je tiens à remercier tous les professionnels du CSSS-IUGS qui ont participé à son élaboration, soit Lise Gauthier, Éric Benoît, Luc Brunelle, Yvonne Couture, Nancy Fiset, Audrey Goyette, Nadia Labonté, Maurys Lachance, Émilie Marceau, Marie-Josée Ratelle, Noëlla Scheurer, Audrey Vallée et Vanessa Rodier Bourbeau, stagiaire en psychoéducation, de l'équipe du soutien à domicile pour la clientèle en déficience physique, ainsi que Fiona Neesham-Grenon, de l'équipe du soutien à domicile pour la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Ensuite, je remercie les professeures à l'École de travail social de l'Université de Sherbrooke Nathalie Delli-Colli, Annie Lambert, et Marie Beaulieu, aussi titulaire de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, pour avoir contribué à la révision du guide et leur soutien.

Enfin, merci au professeur Serge Frigon et aux étudiants à la maîtrise en service social pour leurs bonnes idées et leur soutien en rencontre de codéveloppement : Kim Addleman-Lacas, Émilie Audet-Turcotte, Katy Dupont, Caroline Duteau, Dominic Girard et Charlène Pétrin, puis à Maxime Charette et Roxane Lebœuf pour avoir répondu à mes mille et une questions !

## Notes

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Dernière mise à jour :** 12 janvier 2015

**Impression du document en PDF :** [Ficher/Imprimer/](#)  
[Propriétés/Orientation : Paysage // Recto verso](#)

**Accès au document sur le partage du CSSS-IUGS :** P:\DSASA\  
Services professionnels\Service social\Outils d'interventions  
psychosociales\Suivi psychosocial\Guide réflexion autonégli-  
gence

Jessica Calvé, 2015, [jessica.calve@usherbrooke.ca](mailto:jessica.calve@usherbrooke.ca)