
Projet Arrimage :
*modèle de travail intersectoriel pour contrer la
maltraitance envers les personnes âgées*

**Les pratiques intersectorielles de lutte contre la
maltraitance envers les personnes âgées**

Recension interdisciplinaire des écrits



Chaire de recherche sur la maltraitance
envers les personnes âgées
Research Chair on Mistreatment of Older Adults



Centre de recherche
sur le vieillissement
Research Centre
on Aging

 UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Marie Beaulieu, Ph. D.

*Professeure à l'École de Travail social de la Faculté des lettres et des
sciences humaines de l'Université de Sherbrooke
Chercheure, Centre de recherche sur le vieillissement, CSSS-IUGS*

Luisa Diaz Duran

Assistante de recherche

Recherche subventionnée par le Ministère de la Famille et des Aînés,
programme Soutien aux initiatives visant le respect des aînés

MARS 2015

TABLE DES MATIÈRES

1.	Introduction.....	1
2.	Méthodologie et description des textes	4
2.1	Méthodologie.....	4
2.2	Bilan descriptif des textes recensés.....	6
3.	Termes et concepts	11
3.1	Termes	11
3.2	Concepts	18
4.	Approche collaborative dans le domaine de la maltraitance envers les aînés.....	25
5.	Pratiques collaboratives	30
5.1	Collaborations informelles.....	32
5.2	Collaborations formelles.....	32
6.	Équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires	34
6.1	Émergence	34
6.2	Évolution	34
6.3	Caractéristiques	36
6.4	Composition des équipes.....	36
6.5	Rôles et responsabilités des membres	39
6.6	Espace de rencontre	41
6.7	Processus d’implantation.....	42
6.8	Classification	43
6.8.1	Selon leurs objectifs.....	44
6.8.2	Selon leur spécialité	54
6.8.3	Selon d’autres critères	61
6.9	Équipes multidisciplinaires et législation.....	62
6.10	Équipes multidisciplinaires et secteurs ruraux	63
6.11	Avenir du modèle d’équipes multi et interdisciplinaires.....	64
7.	Rôles des secteurs et des professionnels.....	66
7.1	Services sociaux	67
7.2	Santé	74
7.3	Judiciaire	85
7.4	Recherche	91
7.5	Rôle du « champion »	91

8.	Conditions nécessaires à l'émergence, au développement et au maintien des pratiques collaboratives	96
8.1	Phase d'émergence.....	96
8.2	Phase de développement	105
8.3	Viabilité de l'équipe à long terme.....	111
9.	Bénéfices du travail collaboratif.....	120
9.1	Société.....	120
9.2	Secteurs et organismes.....	120
9.3	Professionnels.....	121
9.4	Aînés maltraités	123
9.5	Bénéfices des équipes multi et interdisciplinaires	123
10.	Défis et stratégies pour le développement et le maintien des efforts collaboratifs.....	127
10.1	Confidentialité.....	128
10.2	Participation.....	130
10.3	Conflits des priorités, perspectives et philosophies	134
10.4	Rôles.....	138
10.5	Définitions et compréhension de la problématique.....	140
10.6	Communication et relations historiques	141
10.7	Prise de décisions.....	143
10.8	Conflits de personnalités	146
10.9	Cadre organisationnel.....	147
10.10	Formation.....	148
10.11	Viabilité à long terme.....	152
10.12	Pertinence du modèle collaboratif	154
11.	Conclusion	157
	Références bibliographiques	162

Liste des tableaux

Tableau 1	Combinaisons de mots clés francophones utilisés	5
Tableau 2	Combinaisons de mots clés anglophones utilisés.....	5
Tableau 3	Répartition des articles selon le type de contenu et le format	7
Tableau 4	Répartition des articles selon la langue de publication.....	7
Tableau 5	Répartition des articles selon le lieu de l'étude	9
Tableau 6	Terme « <i>multidisciplinary teams</i> » dans les textes anglophones	12
Tableau 7	Termes suivant le mot racine « <i>multidisciplinary</i> » dans les textes anglophones.....	13
Tableau 8	Terme « <i>interdisciplinary teams</i> » dans les textes anglophones.....	14
Tableau 9	Termes suivant le mot racine « <i>interdisciplinary</i> » dans les textes anglophones.....	14
Tableau 10	Termes « <i>multiagency</i> » et « <i>interagency</i> » dans les textes anglophones..	15
Tableau 11	D'autres termes utilisés dans les textes anglophones.....	16
Tableau 12	Termes utilisés dans les textes francophones	17
Tableau 13	Cadre comparatif entre les équipes multi et interdisciplinaires	20
Tableau 14	Cadre comparatif des collaborations informelles et formelles	31
Tableau 15	Compétences transversales des membres d'une équipe multi ou interdisciplinaire	38
Tableau 16	Rôles et fonctions des membres des équipes multi ou interdisciplinaires .	39
Tableau 17	Profil du coordonnateur d'une équipe multi ou interdisciplinaire.....	40
Tableau 18	Principaux secteurs et professionnels	41
Tableau 19	Étapes de création et d'implantation d'une MDT ou I-Team	42
Tableau 20	Typologie des équipes multidisciplinaires selon leurs objectifs.....	45
Tableau 21	Typologie des équipes multidisciplinaires selon la centration, l'intention et l'orientation	61
Tableau 22	Profil d'un champion policier.....	95
Tableau 23	Dimensions de vie des aînés	99
Tableau 24	Processus de planification stratégique en sept étapes	111
Tableau 25	Processus de prise de décision multidisciplinaire	145
Tableau 26	Recommandations pour les formations interdisciplinaires.....	150

Liste des figures

Figure 1	Réponses systémiques ou sectorielles	51
Figure 2	Procédure de discussion des enjeux éthiques au sein du travail d'équipe	137

1. INTRODUCTION

Le travail de collaboration intersectoriel, interdisciplinaire et interprofessionnel n'a pas toujours été une voie d'action privilégiée pour répondre à la problématique de la maltraitance envers les aînés. Historiquement, les premiers efforts pour contrer les situations de maltraitance furent caractérisés par l'engagement de certains secteurs — santé, justice, services sociaux et secteur communautaire — travaillant exclusivement au sein de leur discipline ou cherchant occasionnellement l'expertise d'un petit groupe de disciplines connexes. Les efforts pour travailler en collaboration et pour établir des relations intersectorielles ou interprofessionnelles émergeaient, ainsi de façon sporadique et concernant uniquement des situations ou des cas ponctuels (Brandl *et al.*, 2007; Connolly, 2010).

Au fil du temps, avec l'augmentation et la complexification des situations de maltraitance, les professionnels ont reconnu que cette approche en « silo » avait des limites. La difficulté de communiquer ensemble entraînait des échecs au plan de la coordination des services et à son tour occasionnait une perte de temps et de ressources, un dédoublement des efforts et de la frustration chez les professionnels et les aînés maltraités. De plus, identifier et corriger les défauts ou les lacunes présentes dans l'offre de services des différents secteurs et des organisations devenait une tâche ardue. Il était presque impossible de l'achever sans compter sur une vue d'ensemble concernant la problématique de la maltraitance envers les aînés et les services existants (Abramson dans Otto, 2005; Brandl *et al.*, 2007).

Concernant les champs de la maltraitance envers les enfants et la violence domestique, ces champs sont fondateurs dans l'utilisation de multiples formes de travail en partenariat. Pour sa part, la maltraitance envers les aînés a progressé dans la reconnaissance du besoin d'impliquer de multiples disciplines et secteurs dans la réponse au problème (Brandl *et al.*, 2007; Scodellaro, 2006; Spangler et Brandl, 2007). C'est ainsi qu'à travers la dernière décennie émergent de plus en plus les pratiques collaboratives. La littérature scientifique récente ne cesse de proposer cette voie

d'action comme étant la plus pertinente et effective en termes de prévention et d'intervention tant sur le plan individuel que collectif. Les pratiques collaboratives sont également perçus comme un gage de succès pour les professionnels et pour les aînés maltraités ou à risque de maltraitance.

Ce constat se voit également reflété dans la création des politiques, des programmes et des plans d'action gouvernementaux visant à favoriser le travail collaboratif intersectoriel, interdisciplinaire et interprofessionnel dans certains pays comme les États-Unis, le Canada et le Royaume-Uni (Brandl *et al.*, 2007; Brownell et Rosich, 2007; Daly et Jogerst, 2014; Dubble, 2006; Filinson, 2006; Henwood, 2008; Ingram, 2011; Koskas, 2011; Ministère de la Famille et des Aînés, 2010; McGarry et Simpson, 2009; Nakanishi *et al.*, 2009; Nerenberg, 2006; Rees et Manthorpe, 2010; Williams, 2011).

Concernant le terrain de pratique, les dernières années ont vu l'émergence et la consolidation de diverses pratiques basées sur une approche multi et interdisciplinaire. La littérature scientifique et la littérature grise documentent ainsi des interventions tant informelles que formelles provenant d'initiatives locales, régionales ou nationales et amorcées par le secteur public, privé ou communautaire. Ces initiatives sont tributaires de la synergie créée par les « champions » des différentes professions et secteurs. Les « champions » se démarquent grâce à leur charisme, leur implication et leur expertise. Ils ont également su rassembler les diverses forces en faveur d'un objectif commun : le bien-être et la sécurité des aînés et leur droit à vivre avec dignité dans la société.

Finalement, l'avancement de ces pratiques a permis aux praticiens et aux chercheurs de prendre un recul afin d'analyser le chemin parcouru. Malgré la rareté des recherches scientifiques sur les pratiques collaboratives, le corpus des articles descriptifs et évaluatifs analysé permet d'identifier certains bons coups, ainsi que les défis, les obstacles et certaines stratégies. Les stratégies peuvent être soit appliquées ou simplement proposées afin de surmonter les défis et de contribuer au déploiement du travail collaboratif.

Cette recherche documentaire présente ainsi un portrait général des pratiques collaboratives documentées dans la littérature scientifique (n=102) et dans la littérature grise (n=10). Un total de 112 textes sont analysés et correspondent à la période de 2004 à 2014. Ils sont publiés en langue anglaise et française et ils sont décrits, avec la méthodologie utilisée pour réaliser la recherche, dans le chapitre deux du présent document.

Ensuite, le chapitre trois présente les termes et les concepts agissant comme piliers des pratiques collaboratives. Le chapitre quatre, quant à lui, décrit l'approche collaborative en exposant les arguments sous-jacents à sa proposition en tant que voie essentielle pour lutter contre le problème.

Pour ce qui est du chapitre cinq, il porte sur les pratiques collaboratives courantes, soit les pratiques informelles et formelles. Le chapitre six aborde particulièrement le modèle des équipes multi et interdisciplinaires, modèle d'intervention très répandu aux États-Unis et d'où provient une grande partie de la littérature consultée.

Dans les chapitres suivants, l'objectif est de présenter certains aspects liés à la mise en marche des pratiques collaboratives, celles-ci analysées à nouveau dans une perspective générale. Ainsi, le chapitre sept aborde les rôles tant des secteurs que des professionnels impliqués dans le travail collaboratif dans le champ de la maltraitance.

Le chapitre huit, pour sa part, introduit les conditions nécessaires à l'émergence, au développement et au maintien des initiatives de collaboration. Ensuite, les parties neuf et dix se veulent une synthèse des bénéfices et des défis des pratiques, respectivement, constatés dans la littérature.

Le chapitre dix présente également des stratégies utilisées ou proposées par divers secteurs et disciplines afin de contribuer au développement, au maintien et au bon fonctionnement des efforts collaboratifs. Finalement, une réflexion autour des faits saillants et les grands constats liés au sujet de discussion viennent clore cette recherche documentaire.

2. MÉTHODOLOGIE ET DESCRIPTION DES TEXTES

2.1 Méthodologie

Dans le but de mieux dresser un portrait général des pratiques collaboratives dans le domaine de la lutte contre la maltraitance envers les aînés, la démarche méthodologique choisie a été la recension systématique des écrits. Plusieurs banques de données informatisées ont été consultées afin de constituer un corpus d'articles provenant de la littérature scientifique et de la littérature grise, publiés en langues française et anglaise, par des chercheurs de différentes disciplines¹ à travers le monde. Les critères de couverture temporelle visés étaient de 2004 à 2014, et ce, pour prendre en considération l'évolution des pratiques durant cette dernière décennie.

La méthode de recension systématique des écrits dans cet essai réfère à une analyse documentaire portant sur des données provenant de treize banques de données informatisées. Pour les articles publiés en français, cinq banques de données ont été consultées : *Banque de données en santé publique (BDSP)*, *Cairn*, *Érudit*, *Francis* et *Repère*. Quant aux articles publiés en langue anglaise, ils ont été répertoriés à partir des huit banques de données : *Abstracts in Social Gerontology*, *Ageline*, *Medline*, *Pascal*, *PsycInfo*, *Soc Index with full text*, *Social Work Abstracts* et *Scopus*.

Les mots-clés choisis pour circonscrire la recherche, présentés aux tableaux 1 et 2, sont balisés par l'unique critère d'inclusion qui précisait que les articles devaient être publiés en langue française ou anglaise, ont permis de recenser 238 articles au total. Ce premier corpus documentaire a été soumis à un processus de validation interjuge, en collaboration avec la directrice du projet *Arrimage*, la professeure Marie Beaulieu, afin de déterminer la pertinence de chacun des articles. La lecture individuelle des résumés, suivie par la discussion interjuge, a permis de réaliser un premier exercice de classification des textes. Certains textes sans résumés ou dont les résumés ne

¹ Travail social, médecine, psychologie, droit, entre autres.

permettaient pas de déterminer leur pertinence pour notre étude ont fait l'objet d'une lecture complète avant d'être conservés ou rejetés.

Tableau 1. Combinaisons de mots clés francophones utilisés

Premier mot-clé	Deuxième mot-clé	Troisième mot-clé
Aînés	Abus	Collaboration
Personnes âgées	Maltraitance	Inter*
Retraités	Mauvais traitement	Interdisciplinarité
Seniors	Négligence	Interprofessionnel
Vieillards	Violence	Intersectorialité
Vieillessement		Multi*
		Multidisciplinarité

Les mots-clés en français ont été jumelés un à un afin de construire manuellement des combinaisons triples en raison du fonctionnement des banques de données informatisées utilisées qui répertorient des écrits de langue française.

Tableau 2 Combinaisons de mots clés anglophones utilisés

Premier mot-clé	Deuxième mot-clé	Troisième mot-clé
Elder	Abuse	Inter*
Older	Mistreatment	Multi*
	Neglect	
	Violence	

Les mots-clés en anglais ont servi de base à la recherche d'autres mots-clés dans le dictionnaire Thésaurus ou de l'Index de chacune des banques de données informatisées répertorient des écrits de langue anglaise. Le spectre des mots-clés final utilisé est donc de plus grande envergure que celui présenté dans le présent tableau.

Suite à cette phase d'analyse des résumés, 21 écrits publiés en langue française et 89 écrits en langue anglaise ont été retenus. Les motifs d'exclusion ayant mené au rejet de 128 ouvrages concernent : 1) la langue d'écriture autre que le français ou l'anglais (n=1); 2) la non-pertinence avec la problématique ciblée (hors sujet) (n=124); 3) le document non publié (seul un résumé est disponible) (n=1); et 4) le document non disponible (ouvrage introuvable par les moteurs de recherche de la bibliothèque de l'Université de Sherbrooke ou du Centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke) (n=3).

Dans une deuxième étape du processus méthodologique, chacun des textes a par la suite été analysé à l'aide d'une grille de lecture développée par le personnel de la Chaire

de recherche sur la maltraitance envers les aînées. L'annexe 1 présente les principaux critères d'analyse de cette grille. L'analyse approfondie réalisée dans cette étape a donné lieu à la bonification du corpus à l'étude par l'ajout d'un article en français (n=1) et d'un autre écrit en anglais (n=1), les deux articles provenant des références bibliographiques listées dans les textes retenus et analysés. Ces ajouts portent ainsi à 112 le nombre d'ouvrages considérés pour le corpus documentaire de cet essai de maîtrise.

2.2 Bilan descriptif des textes recensés

Concernant les caractéristiques des textes, l'analyse du type de texte et du contenu des articles recensés permet de constater que la majorité des écrits recueillis sont de nature scientifique (91 %, n=102) et que leur contenu vise à décrire les pratiques ou concepts en lien avec la collaboration intersectorielle ou interprofessionnelle dans le domaine de la maltraitance envers les aînés (70 %, n=78). Outre les textes descriptifs, les articles sont principalement des études évaluatives (22 %, n=25). Seulement quatre articles scientifiques constituent des recensions d'écrits et trois articles scientifiques et un rapport de recherche présentent un contenu d'analyse des politiques et des lois. Enfin, un article scientifique présente une étude de prévalence dans cette recension des écrits (voir tableau 3).

Tableau 3. Répartition des articles selon le type de contenu et le format

CONTENU TYPE DE TEXTE	Analyse des politiques, règlements, lois, etc.	Descriptif	Étude évaluative	Étude de prévalence	Recension des écrits	Total
Article scientifique	3	70	24	1	4	102
Rapport de recherche	1					1
Livre, chapitre de livre		4 ²	1			5
Autre		4 ³				4
Total	4	78	25	1	4	112

À l'égard de la langue, la majorité des textes est publiée en anglais (80 %, n=90) (voir tableau 4). Ce résultat est en lien avec la forte prédominance des écrits provenant des États-Unis et du Royaume-Uni.

Tableau 4. Répartition des articles selon la langue de publication

LANGUE	RECENSION
Anglais	90
Français	22
Total	112

Au sein du corpus documentaire, seulement six textes recensés proviennent d'autres régions du monde, soit quatre du continent asiatique (Chine, Japon et Taiwan), un de l'Australie et un de la Nouvelle-Zélande (voir tableau 5). La prépondérance des textes originaires des États-Unis peut s'expliquer par l'état d'avancement de ce pays à l'égard de l'implantation des pratiques collaboratives intersectorielles et interdisciplinaires dans

² Trois chapitres de livre et un livre

³ Un guide d'intervention, un plan d'action gouvernemental et deux livres blancs

le domaine de la lutte contre la maltraitance des aînés. Il faut souligner que ce pays est un de pionniers dans le développement, l'implantation et l'évaluation de pratiques collaboratives nommées « équipes multi et interdisciplinaires ». À l'échelle étatique, la quantité des articles scientifiques réalisés en Californie durant la dernière décennie est remarquable. Les nombreuses publications reflètent l'important soutien financier apporté par l'État, les divers comtés californiens et la fondation privée à but non lucratif *Archstone*.

Dans le cas du Royaume-Uni, deuxième pays à la tête des productions scientifiques durant les dix dernières années, les nombreuses publications correspondent à la présence de lois encadrant la protection des aînés qui vivent une situation de maltraitance au sein desquelles le travail intersectoriel est abordé amplement. Ces lois, *No Secrets* et *In Safe Hands*, font l'objet d'études de la plupart des articles en provenance du Royaume-Uni.

Tableau 5. Répartition des articles selon le lieu de l'étude	
LIEU DE L'ÉTUDE	RECENSION
Australie	1
Non-spécifié	1
Belgique	1
Liège	1
Canada	5
Québec	4
Québec (Montréal)	1
Chine	2
Hong Kong	2
États-Unis	66
Échelle nationale	1
Non-spécifié	29
Multi-États (Alabama, Californie, Colorado, Florida, New York, Oregon, Texas)	2
Californie (Dans son ensemble)	7
(comté d'Orange)	3
(comté de Los Angeles)	3
(comté de San Francisco)	1
(comté de Pasadena)	1
Caroline du nord (région de Charlotte-Mecklenburg)	1
Colorado (dans son ensemble)	1
(comté d'Adams)	1
Florida (comté de Hillsborough et comté de Palm Beach)	1
Kentucky et Indiana	1
Kentucky	2
Maryland (comtés de Montgomery et Baltimore)	1
New Jersey (comtés de Middlesex et Somerset)	2
New York (Manhattan, Bronx et comté de Westcheter)	1
Ohio (comté de Warren)	1
Texas	2
Virginia	2
Washington (comté de King)	2
(Seattle)	1
France	14
Échelle nationale	4
Non-spécifié	10
Japon	1
Multi-municipalités	1

Tableau 5. Répartition des articles selon le lieu de l'étude	RECENSION
LIEU DE L'ÉTUDE	
Royaume-Uni	18
Échelle nationale	5
Angleterre et pays de Galles	3
Angleterre (dans son ensemble)	6
(West Yorkshire)	1
(Kent et Medway)	1
(Cornwall)	1
Pays de Galles (dans son ensemble)	1
Nouvelle Zélande	1
Échelle nationale	1
Suisse	2
Non-spécifié	1
Canton de Vaud	1
Taiwan	1
Taipei	1
TOTAL	112

En somme, cette méthodologie et les constats qui découlent du bilan de description des textes analysés ont permis de cerner et de porter un regard critique sur ce qui a été publié au plan international au sujet des pratiques collaboratives intersectorielles et interdisciplinaires pour contrer la maltraitance envers les aînés.

3. TERMES ET CONCEPTS

3.1 Termes

La totalité des articles appartenant à la littérature scientifique et à la littérature grise affirme la nécessité d'adopter une approche collaborative afin de lutter contre la maltraitance envers les aînées. Cependant, les termes pour faire allusion à cette approche ou bien aux pratiques qui en découlent varient significativement.

Les termes les plus utilisés au sein du corpus recensé de **langue anglaise** sont, respectivement, « *multidisciplinary teams* », « *interdisciplinary teams* », « *multiagency working* », « *interagency working* », « *collaboration* » et « *team approach* ». Bien qu'il existe plusieurs autres termes, les articles permettent de constater qu'un certain consensus existe au sein de la communauté de praticiens et de chercheurs autour de ces termes. « *Multidisciplinary teams* », « *interdisciplinary teams* » et « *team approach* » étant plus utilisés dans les articles provenant des États-Unis, tandis que « *multiagency working* », « *interagency working* » et « *collaboration* » apparaissent comme les termes privilégiés au Royaume-Uni. Le choix des termes de ces deux pays est en cohérence avec les termes employés dans leurs législations respectives soit : *In Safe Hands* et *No secrets* pour le Royaume-Uni (Filinson, 2006; Henwood, 2008; Ingram, 2011; McGarry et Simpson, 2009; Rees et Manthorpe, 2010; Williams, 2011) et *Elder Justice Act* et les statuts des *Adult Protective Services* (APS) de divers États des États-Unis (Brownell et Rosich, 2007; Daly et Jogerst, 2014; Dubble, 2006).

Pour les autres pays publiant en anglais, il devient plus difficile de soulever des tendances étant donné le nombre réduit de publications. C'est le cas de l'Australie (Kurrle, 2005), la Nouvelle-Zélande (Diesfeld, 2011), le Canada (Yaffe, Wolfson et Lithwick, 2009), le Japon (Nakanishi *et al.*, 2009) et le Taiwan (Liu, 2004),

Le terme le plus répandu dans la littérature anglophone correspond à « ***multidisciplinary teams*** » (n=30). Voir tableau 6.

Tableau 6. Terme « *multidisciplinary teams* » dans les textes anglophones

Terme	Auteur
<p>« <i>Multidisciplinary teams</i> » (n=30)</p>	<p><i>Anetzberger, 2005;</i> <i>Anetzberger, Dayton, Miller, McGreevey, Schimer 2005;</i> <i>Busby, 2010;</i> <i>Chan et al., 2009;</i> <i>Connolly, 2010;</i> <i>Daly et Jogerst, 2014;</i> <i>Diesfeld, 2011;</i> <i>Ernst et Smith, 2012;</i> <i>Giles, Brewer, Mosqueda, Huba et Melchior, 2010;</i> <i>Imbody et Vandsburger, 2011;</i> <i>Jackson et Hafemeister, 2013;</i> <i>Jawardena et Liao, 2006;</i> <i>Kurrle, 2005;</i> <i>Lachs et Pillemer, 2004;</i> <i>Liao et Mosqueda, 2006;</i> <i>Miller, 2005;</i> <i>Morris, 2010;</i> <i>Mukherjee, 2011;</i> <i>Navarro, Wilber, Yonashiro et Homeier, 2010;</i> <i>Navarro, Gassoumis et Wilber, 2013;</i> <i>Nerenberg, 2006;</i> <i>Nerenberg, Davies et Navarro, 2012;</i> <i>O'Connor et Rowe, 2005;</i> <i>Osei, 2009;</i> <i>Rath, 2012;</i> <i>Reeves et Wysong, 2010;</i> <i>Reingold, 2006;</i> <i>Roush et al., 2012;</i> <i>Schneider, Mosqueda, Falk et Huba, 2010;</i> <i>Schneider et Li, 2006;</i> <i>Spangler et Brandl, 2007;</i> <i>Spinale, 2005;</i> <i>Stiegel, 2006;</i> <i>Teaster, Lawrence et Cecil, 2007;</i> <i>Teaster et Wangmo, 2010;</i> <i>Twomey et al., 2010;</i> <i>Ulrey, 2004;</i> <i>Ulrey et Brandl, 2012.</i></p>

Suivant le même mot racine « *multidisciplinary* », il est possible de trouver également neuf termes pour faire référence aux pratiques collaboratives (voir tableau 7).

Tableau 7. Termes suivant le mot racine « *multidisciplinary* » dans les textes anglophones

Terme principal	Terme secondaire et nombre de publications	Auteur
« <i>Multidisciplinary</i> »	« <i>approach</i> » (n=8)	Blowers <i>et al.</i> , 2012; Brandl <i>et al.</i> , 2006; Brownell et Rosich, 2007; Bond, 2004; Jackson et Hafemeister, 2013; Jawardena et Liao, 2006; Teaster, Lawrence et Cecil, 2007; Liao, Mosqueda et Giles, 2005
	« <i>collaboration</i> » (n=4)	Chan <i>et al.</i> , 2013; Schneider <i>et al.</i> , 2010; Stiegel, 2006; Vandsburguer et Robinson, 2013
	« <i>team approach</i> » (n=3)	Ernst et Smith, 2012; Reingold, 2006; Shields, Hunsaker et Hunsaker, 2004
	« <i>response</i> » (n=3)	Bond, 2004; Brandl et Dawson, 2011; Spangler et Brandl, 2007
	« <i>model</i> » (n=1)	Reingold, 2006
	« <i>perspective</i> » (n=1)	Dubble, 2006
	« <i>treatment</i> » (n=1)	Connolly, 2008
	« <i>work</i> » (n=1)	Bond, 2004
	« <i>collaborative relationships</i> » (n=1)	Wigglesworth <i>et al.</i> , 2006

Le deuxième terme le plus utilisé dans la langue anglaise correspond à « *interdisciplinary teams* » (n=11) (voir tableau 8).

Tableau 8. Terme « *interdisciplinary teams* » dans les textes anglophones

Terme	Auteur
« <i>Interdisciplinary teams</i> » (n=11)	Bitondo <i>et al.</i> , 2008; Brownell et Rosich, 2007; Falk <i>et al.</i> , 2010; Gibson, 2011; Heisler, 2006; Jawardena et Liao, 2006; Lachs et Pillemer, 2004; Liao et Mosqueda, 2006; Mosqueda et Xingi, 2011; Spangler et Brandl, 2007; Vandsburguer et Robinson, 2013

D'autres termes connexes sont présentés dans le tableau 9:

Tableau 9. Termes suivant le mot racine « *interdisciplinary* » dans les textes anglophones

Terme principal	Terme secondaire et nombre de publications	Auteur
« <i>Interdisciplinary</i> »	« <i>approach</i> » (n=3)	Ernst et Smith, 2012; Mukherjee, 2011; Teaster, Lawrence et Cecil, 2007
	« <i>response</i> » (n=2)	Brandl <i>et al.</i> , 2006; Heisler, 2006
	« <i>multidimensional intervention approach</i> » (n=1)	Poythress <i>et al.</i> , 2006
	« <i>collaboration</i> » (n=1)	Liao, Mosqueda et Giles, 2005

Ensuite, il est possible de trouver — majoritairement dans la littérature provenant du Royaume-Uni — les termes « *multiagency* » et « *interagency* » (voir tableau 10).

Tableau 10. Termes « *multiagency* » et « *interagency* » dans les textes anglophones

Terme principal	Terme secondaire et nombre de publications	Auteur
« <i>Multiagency</i> »	« <i>working</i> » (n=6)	Henwood, 2008; McGarry et Simpson, 2009; Parry, 2013; Phair et Heath, 2010; Reid <i>et al.</i> , 2009; Williams, 2011
	« <i>approach</i> » (n=3)	Filinson, 2006; Galpin et Hughes, 2011; McGarry et Simpson, 2009
	« <i>collaboration</i> » (n=2)	Rees et Manthorpe, 2010; Shields, Hunsaker et Hunsaker, 2004
	« <i>consultation</i> » (n=1)	Milne, Cambridge, Beadle-Brown, Mansell et Whelton, 2013
	« <i>partnership</i> » (n=1)	Williams, 2011
	« <i>responses</i> » (n=1)	Ingram, 2011
	« <i>networks</i> » (n=1)	Nakanishi <i>et al.</i> , 2009
	« <i>team</i> » (n=1)	Minshull, 2004
« <i>Interagency</i> »	« <i>working</i> » (n=5)	Bond, 2004; Manthorpe <i>et al.</i> , 2010; McGarry et Simpson, 2012; Reid <i>et al.</i> , 2009; Williams, 2011
	« <i>collaboration</i> » (n=4)	Giles <i>et al.</i> , 2010; Imbody et Vandsburger, 2011 Wigglesworth, Mosqueda, Burnight, Younglove et Jeske, 2006; Yang, Garis et McClure, 2006
	« <i>cooperation</i> » (n=2)	Navarro, Wilber, Yonashiro et Homeier, 2010; Parry, 2013
	« <i>coordination</i> » (n=1)	Mukherjee, 2011
	« <i>partnership</i> » (n=1)	Rothman et Dunlop, 2006
	« <i>framework</i> » (n=1)	Filinson, 2006

Pour s'attarder plus spécifiquement aux pratiques collaboratives entre différents secteurs (santé, social, judiciaire, communautaire, etc.), la littérature anglaise peut parfois utiliser les termes « *system development* » (Nakanishi *et al.*, 2009); « *system working* » (Malks et Cartan, 2010); « *systems oriented planning approach* » (Schuyler et Liang, 2006); « *multisystem intervention* » (Ramsey-Klawnsnik, 2006).

Finalement, d'autres termes utilisés par des auteurs publiant en langue anglaise sont présentés dans le tableau 11.

Tableau 11. D'autres termes utilisés dans les textes anglophones

Terme principal	Terme secondaire et nombre de publications	Auteur
« Collaborative »	« approach » (n=2)	Brandl <i>et al.</i> , 2007; Tran et Mannen, 2009
	« partnership » (n=1)	Blowers <i>et al.</i> , 2012
« Interprofessional »	« collaboration » (n=2)	Baker et Heitkemper, 2005; McGarry et Simpson, 2012
	« teams » (n=1)	Baker et Heitkemper, 2005
	« program » (n=1)	Heck et Gillespie, 2013
« Collaboration » (n=5)	-	Dubble, 2006; Heath, Brown <i>et al.</i> , 2005; Spangler et Brandl, 2007; Wood, 2004; Yaffe <i>et al.</i> , 2009
« Teams » (n=3)	-	Brandl <i>et al.</i> , 2007; Otto, 2008; Yaffe <i>et al.</i> , 2009
« Team approach » (n=4)	-	Ernst et Smith, 2012; Lachs et Pillemer, 2004; Roush <i>et al.</i> , 2012; Tran et Mannen, 2009
« Partnership » (n=2)	-	Manthorpe <i>et al.</i> , 2010; Reid <i>et al.</i> , 2009
« Partnership approach » (n=1)	-	Henwood, 2008
« Cooperative interagency relationships » (n=1)	-	Wigglesworth <i>et al.</i> , 2006
« Network » (n=1)	-	Dinsdale, 2006
« Integrative models » (n=1)	-	Heath, Kobylarz <i>et al.</i> , 2005
« Integration of social and medical services » (n=1)	-	Mosqueda, Burnight, Liao et Kemp, 2004
« Interorganizational coordination » (n=1)	-	Liu, 2004

Concernant le corpus documentaire de **langue française**, la multiplicité des termes employés est également à souligner, mais le fait saillant consiste en l'impossibilité de trouver un ou certains termes d'usage plus répandu ou privilégié au sein de la

communauté des praticiens et chercheurs. Ainsi, presque chaque texte emploie des termes différents pour aborder le sujet (voir tableau 12).

Tableau 12. Termes utilisés dans les textes francophones

Terme et nombre de publications	Auteur
« Équipe multidisciplinaire » (n=3)	Beaulieu et Brunet, 2011; Ministère de la famille et des aînés du Québec, 2010; 2013
« Collaboration interprofessionnelle » (n=3)	Vanmeerbeek, Giet et Massart, 2007; Ministère de la famille et des aînés du Québec, 2010; 2013
« Équipe pluridisciplinaire » (n=3)	Pellerin, <i>et al.</i> , 2005; Moulias, Isern-Real et Busby, 2013; Moulias, <i>et al.</i> , 2010
« Approche multidisciplinaire » (n=2)	Escard, Barbotz, Di Pollina et Margairaz, 2013; Joel, 2005
« Concertation et partenariat » (n=2)	Ministère de la famille et des aînés du Québec, 2010; 2013
« Équipe interdisciplinaire » (n=2)	Ministère de la famille et des aînés du Québec 2010; 2013
« Prise en charge multidisciplinaire » (n=2)	Antoine <i>et al.</i> , 2009; Escard <i>et al.</i> , 2013
« Travail en réseau » (n=2)	Degenaeers, 2012; Joel, 2005
« Analyse pluriprofessionnelle » (n=1)	Antoine <i>et al.</i> , 2009;
« Analyse multidisciplinaire » (n=1)	Koskas, Desjardins et Medioni, 2011
« Apport interdisciplinaire » (n=1)	Roulet, 2006
« Approche pluridisciplinaire » (n=1)	Pellerin, Schuster et Pinquier, 2005
« Approche pluriprofessionnelle » (n=1)	Koskas <i>et al.</i> , 2011
« Approches interdisciplinaires, interprofessionnelles ou intersectorielles » (n=1)	Beaulieu et Brunet, 2011
« Approches multisectorielles et intersectorielles » (n=1)	Ministère de la famille et des aînés du Québec, 2010
« Collaboration multisectorielle et intersectorielle » (n=1)	Ministère de la famille et des aînés du Québec, 2013
« Collaboration pluridisciplinaire » (n=1)	Pellerin <i>et al.</i> , 2005
« Échanges interdisciplinaires » (n=1)	Scodellaro, 2006
« Équipe multiprofessionnelle » (n=1)	Moulias, Busby, Hugonot et France, 2010
« Équipe pluriprofessionnelle » (n=1)	Degenaeers, 2012

« Interdisciplinarité » (n=1)	Sirvain, 2006
« Interprofessionalité » (n=1)	Hervy, 2005
« Intervention multiprofessionnelle » (n=1)	Antoine <i>et al.</i> , 2009
« Pluridisciplinarité » (n=1)	Scodellaro, 2006
« Processus de coopération » (n=1)	Laroque, 2010
« Relations interdisciplinaires » (n=1)	Nowak, 2010
« Réseaux d'action collective » (n=1)	Degenaeers, 2012
« Table multisectorielle » (n=1)	Ministère de la famille et des aînés du Québec, 2010
« Travail d'équipe » (n=1)	Strubel, 2008

3.2 Concepts

Un deuxième constat qui se dégage de la recension des articles consiste dans l'utilisation indifférenciée des termes *multi et inter – disciplinary, agency, professional* dans le cas anglophone et *pluri, multi et inter – disciplinaire, professionnel* dans le cas francophone pour faire référence aux pratiques collaboratives. Malgré la différence conceptuelle sous-jacente à l'utilisation de ces termes, il faut souligner la rareté concernant l'explication donnée par les auteurs en termes de choix terminologique. Des 112 articles analysés, seulement sept (Beaulieu et Brunet, 2011; Brandl *et al.*, 2007; Connolly, 2010; Degenaeers, 2012; Liu, 2004; Schuyler et Liang, 2006; Stiegel, 2006) dédient un espace dans le texte afin d'aborder les nuances linguistiques et de clarifier le terme choisi pour référer aux pratiques.

Connolly (2010) et Stiegel (2006) expliquent leur préférence pour l'utilisation du terme « *multidisciplinary* » en raison de son utilisation à grande échelle dans le domaine de la maltraitance envers les aînés. Selon les auteurs, ce terme est largement utilisé au sein de la communauté scientifique (Stiegel, 2006) pour « décrire des équipes de professionnels de différentes disciplines qui travaillent en collaboration, et avec divers

degrés d'intégration, afin d'atteindre un but commun » (Connolly, 2010, traduction libre de l'anglais, p. 78).

À l'égard de la distinction conceptuelle, le terme « *interdisciplinary* » implique un plus grand degré de coopération et d'intégration des disciplines (Connolly, 2010), tandis que « *multidisciplinary* » ferait plutôt référence à l'implication de plusieurs disciplines simultanément (Stiegel, 2006).

Beaulieu et Brunet (2011) abondent dans le même sens en expliquant que

La notion d'*inter* suppose la nécessaire conjonction pour produire quelque chose de nouveau et d'unifier. Elle nécessite l'ouverture, la prise en compte de divers points de vue ou angles d'attaque, pour ensuite mener à la coconstruction d'un nouvel objet commun. Ainsi, la notion d'*inter* diffère de la notion *multi* qui, elle, peut se limiter à une juxtaposition de points de vue sans visée intégratrice
(Beaulieu et Brunet, 2011, p. 22)

De leur côté, Brandl *et al.*, (2007), utilisent le terme générique « *teams* », en spécifiant que ceux-ci peuvent fonctionner comme des unités multidisciplinaires ou interdisciplinaires (« *multidisciplinary or interdisciplinary units* »). Pour les auteurs, les deux types d'équipe visent les mêmes objectifs généraux. La différence entre *multi* et *inter* réside plutôt dans la façon par laquelle les membres interagissent ainsi que dans le processus pour arriver à la prise de décision finale. Ainsi, ils expliquent que :

(...) bien qu'à la base les équipes interdisciplinaires et multidisciplinaires constituent différents modèles de prise de décision, ces termes ont souvent été utilisés de façon interchangeable, de sorte que de nombreuses équipes interdisciplinaires se disent multidisciplinaires
(Brandl *et al.*, 2007, traduction libre de l'anglais, p. 109).

Le tableau suivant se veut une synthèse des principales différences entre les deux équipes.

Tableau 13. Cadre comparatif entre les équipes multi et interdisciplinaires

« <i>Multidisciplinary team</i> »	« <i>Interdisciplinary team</i> »
<ul style="list-style-type: none"> • Chaque discipline fournit des informations pertinentes à la prise de décision de l'équipe • Une personne prend la décision finale • Ex: équipe de transplantation de cœur. Différentes disciplines, mais à la fin c'est le chirurgien ou le cardiologue qui a la responsabilité ultime pour le patient et qui prend toutes les décisions critiques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque discipline fournit des informations pertinentes à la prise de décision de l'équipe, y compris les désirs et les besoins du patient et de sa famille • Les décisions sont prises collectivement et un plan d'intervention est conçu • Les professionnels effectuent les aspects du plan en fonction de leur expertise et de leurs compétences Ex: Soins de longue durée ou équipe de soins palliatifs

Adapté de Brandl et al., 2007, p. 109.

Cependant, malgré leur explication des différences entre les deux types d'équipes, les auteurs choisissent d'utiliser dans leur ouvrage le terme « *multidisciplinary team* » pour faire référence à tout travail collaboratif.

Schuyler et Liang (2006) proposent, pour leur part, le terme « *systems-oriented planning approach* ». Bien que dans leur texte ils abordent le concept des « *multidisciplinary teams* », pour les auteurs ce modèle ne reflète pas tout le potentiel existant dans les efforts d'un travail collaboratif. Selon eux, les équipes multidisciplinaires possèdent des limites que seulement une approche multidisciplinaire centrée dans le développement du pouvoir d'agir des aînés (*empowerment*) au sein de leur communauté serait en mesure de pallier. Ainsi, ils définissent le « *systems-oriented planning approach* » comme un :

(...) concept multidisciplinaire qui utilise les services juridiques en collaboration avec les services sociaux et médicaux dans le but de répondre aux besoins immédiats et à long terme des victimes âgées, tout en renforçant leur pouvoir d'agir afin qu'ils puissent s'engager de manière proactive dans la prévention de la maltraitance.
(Schuyler et Liang, 2006, traduction libre de l'anglais, p. 275).

Ainsi, pour ces auteurs la maltraitance cacherait un autre problème, soit des lacunes au soutien aux aînées dans leur communauté. La solution passerait donc pas par la création d'équipes d'experts de diverses disciplines, mais par la création des communautés dans lesquelles les aînés peuvent être actifs, engagés et éduqués. Ces communautés seraient en mesure de répondre aux besoins légaux, sociaux et médicaux ainsi que de rendre ces services accessibles (facilement et régulièrement). Ce type d'environnement favoriserait le pouvoir d'agir des aînés et serait en mesure de favoriser la prévention des actes de maltraitance.

Pour sa part, Liu (2004) aborde le concept de travail collaboratif sous le terme de « *interorganizational coordination* » lequel mobilise le concept suivant :

(...) l'échange volontaire des ressources entre différents organismes au cours du processus visant à s'engager dans des actions dans le but commun de protéger les aînés dans la ville de Taipei
(Liu, 2004, traduction libre de l'anglais, p. 24).

Finalement, pour Degenaers (2012), le travail collaboratif se traduit par un travail au sein des « réseaux d'action collective ». L'auteur remonte aux racines latines du mot « réseau » pour présenter le choix du terme :

Comme nous le rappelle Guy Lebortef « le mot réseau vient du latin *rets*, qui évoque le filet de pêcheurs ou de dentelières : c'est donc un ensemble de relations entre des points ou des nœuds sans que l'un d'entre eux occupe une position centrale »
(Degenaers, 2012, p. 135).

Le modèle de travail en réseaux d'action collective est, selon l'auteur, l'option la plus cohérente d'intervention étant donné que ces réseaux:

(...) sont au service non pas d'un professionnel, mais d'un client, d'un bénéficiaire ou d'un commanditaire. Les résultats attendus dépassent les intérêts de chacun (...). Travailler en réseau signifie tout d'abord travailler en équipe : communiquer avec les autres intervenants afin de coordonner au mieux leurs interventions pour la personne accompagnée qui reste au centre des préoccupations et l'objectif omniprésent. Le réseau réside ainsi dans ce lien unissant les différents intervenants autour de l'adulte âgé et qui s'ajoute aux liens directs que sont diverses relations d'aide et d'accompagnement (Degenaers, 2012, p. 135).

D'autres articles prennent le temps de définir d'autres concepts liés aux pratiques collaboratives. C'est le cas de Blowers *et al.*, (2012) qui présentent les nuances entre *coordination*, *coopération* et *collaboration*. Ils reprennent les concepts de Payne et Gainey (2009) afin d'illustrer les différences et de signifier l'importance dans leur initiative de partenariat université-communauté d'aller au-delà de la coordination et de la coopération pour achever une véritable collaboration :

Coordination fait référence à une position neutre où les participants conviennent de s'associer d'une manière non compétitive. Coopération va encore plus loin en ce que les participants reconnaissent des valeurs et des intérêts en commun. Pour qu'il y ait une véritable collaboration, les parties doivent se réunir pour créer quelque chose de différent (Blowers *et al.*, 2012, traduction libre de l'anglais, p. 283).

D'un autre côté, le guide de référence d'intervention pour contrer la maltraitance envers les aînés, publié par le Ministère de la Famille et des Aînés de la province de Québec au Canada, présente les notions des *concertation* et de *partenariat*. La concertation est définie comme :

(...) un processus collectif de coordination auquel adhèrent sur une base volontaire un ensemble d'acteurs autonomes ayant des logiques et des intérêts différents dans une forme de négociation en vue d'en préciser des objectifs communs et d'en favoriser l'atteinte par l'harmonisation de leurs orientations, de leurs stratégies d'intervention et de leurs actions
(Ministère de la Famille et des Aînés du Québec, 2013, p. 6)

Le partenariat, pour sa part:

[C'est] un projet commun ou conjoint à partir d'un engagement contractuel entre différents acteurs, nommés alors partenaires, et dont la mission, les objectifs, les moyens d'action et la durée sont clairement définis. L'engagement est contraignant, avec des responsabilités précises, des mandats, des ressources et des structures organisationnelles pour les réaliser
(Ministère de la Famille et des Aînés du Québec, 2013, p. 26).

Finalement, plusieurs auteurs abordent la définition des « *multidisciplinary teams* » soit les *M-Teams* ou *MDTs* (Anetzberger, 2005; Anetzberger *et al.*, 2005; Mukherjee, 2011; Nerenberg, 2006; Rath, 2012; Reeves et Wysong, 2010; Schneider *et al.*, 2010; Schuyler et Liang, 2006; Twomey *et al.*, 2010).

Concernant les « *interdisciplinary teams* » ou *I-Teams*, une seule auteure s'attarde à sa définition (Abramson dans Otto, 2005). Il est important de souligner que la description de ce dernier terme ne diffère pas de celle donnée aux équipes multidisciplinaires (*M-teams* ou *MDTs*). Encore une fois, il semble évident que les termes s'utilisent plutôt comme des synonymes avec très peu ou presque pas de clarification par rapport aux concepts véhiculés.

De manière générale, les auteurs qui définissent le concept de « *multidisciplinary teams* » convergent en affirmant qu'il s'agit des groupes composés par des professionnels de différentes disciplines lesquels travaillent ensemble dans le but d'examiner les cas de maltraitance envers des aînés et d'aborder les enjeux systémiques face à cette problématique (Anetzberger *et al.*, 2005; Nerenberg, 2006; Daly et Jogerst, 2014; Teaster et Nerenberg, 2009, dans Mukherjee, 2011; Teaster et Nerenberg, 2004 dans Schneider *et al.*, 2010; Twomey *et al.*, 2010).

Ces équipes sont composées de professionnels provenant d'au moins trois disciplines différentes (Anetzberger *et al.*, 2005) lesquels fonctionnent indépendamment, mais se réunissent périodiquement afin d'examiner les cas de maltraitance et de travailler ensemble pour résoudre les problèmes propres à chaque cas (Schuyler et Liang, 2006).

Les équipes peuvent également fournir une évaluation et une consultation exhaustive et globale dans les cas de maltraitance (Rath, 2012) et utiliser les nombreuses compétences et domaines d'expertise de chacun pour atteindre l'objectif commun de protéger les aînés contre les actes de maltraitance (Daly et Jogerst, 2014; Reeves et Wysong, 2010).

Nerenberg (2006), pour sa part, définit ces équipes comme des *forums* pour les différents professionnels et organisations qui y participent. L'espace de rencontre leur permet ainsi de discuter de cas complexes de maltraitance; de s'informer sur les services, les approches et les ressources disponibles dans d'autres organismes et disciplines; de partager l'information et l'expertise; d'identifier et répondre aux problèmes systémiques et assurer la responsabilisation des agresseurs.

Finalement, l'équipe multidisciplinaire serait l'un des « paradigmes » ou des voies d'action disponibles pour les praticiens dans la lutte contre la maltraitance. Il existe plusieurs autres approches telles que les services de protection, les droits des aînés, la violence familiale et la justice pénale (Nerenberg, 2000 dans Anetzberger, 2005). Cependant, la collaboration entre différentes organisations et disciplines serait la marque distinctive des réponses liées au travail en équipe multidisciplinaire (Schuyler et Liang, 2006).

La définition des équipes interdisciplinaires, comme mentionnée plus haut, ne diffère pas de celle donnée aux équipes multidisciplinaires :

(...) groupe de professionnels sélectionnés à partir d'une variété de disciplines qui se réunissent régulièrement pour discuter et fournir des conseils sur des cas précis de maltraitance. Un *I-Team* utilise les différences de *background*, de formation et de philosophies des différentes professions afin d'explorer le meilleur plan de service pour les cas concernés. (...)

(Abramson dans Otto, 2005, traduction libre de l'anglais, p. 14-24).

4. APPROCHE COLLABORATIVE DANS LE DOMAINE DE LA MALTRAITANCE ENVERS LES AÎNÉS

La totalité des articles analysés sur les pratiques intersectorielles et multidisciplinaires (n=112) présente la maltraitance envers les aînés comme une problématique complexe et multifactorielle nécessitant l'adoption d'une approche axée sur le travail de collaboration entre les divers secteurs et disciplines afin de la prévenir et de la contrer. Plusieurs constats se dégagent, en premier lieu, la complexité et la multiplicité des problèmes rencontrés par les aînés maltraités, et, ensuite, la diversité des réponses nécessaires pour y répondre (Brandl *et al.*, 2007; Moulias, 2010; Spangler et Brandl, 2007).

Les situations de maltraitance ont des impacts tant sur la sphère physique, psychologique que sociale de l'aîné maltraité. Les cas de maltraitance comprennent souvent des aînés avec des limites fonctionnelles et vivant plus d'un type de maltraitance. Les cas de maltraitance peut également s'actualiser dans une dynamique familiale difficile (Navarro *et al.*, 2010; Navarro *et al.*, 2013). La complexité des situations demande, donc un large éventail de services et de professionnels, tant en matière de santé que de protection sociale et légale afin de répondre à la situation de maltraitance (Abramson dans Otto, 2005; Antoine *et al.*, 2009; Blowers *et al.*, 2012; Chan *et al.*, 2013; Connolly, 2010; Joel, 2005; Laroque, 2010; Ministère de la Famille et des Aînés du Québec, 2010; Ministère de la Famille et des Aînés du Québec, 2013; Nerenberg, 2006; Schneider *et al.*, 2010; Moulias, 2010; Stiegel, 2006; Twomey *et al.*, 2010).

Cependant, il est impossible pour une seule discipline, organisme ou secteur de posséder l'ensemble des ressources, des services et l'expertise nécessaire pour répondre à une problématique si complexe et multifactorielle qui suscite des demandes diverses. Le travail interprofessionnel, intersectoriel et multidisciplinaire devient ainsi une approche pertinente et efficace voir la voie d'action essentielle à intégrer dans les pratiques d'intervention (Abramson dans Otto, 2005; Anetzberger *et al.*, 2005; Antoine

et al., 2009; Blowers *et al.*, 2012; Brandl *et al.*, 2007; Brandl et Dawson, 2011; Diesfeld, 2011; Ernst et Smith, 2012; Escard *et al.*, 2013; Giles *et al.*, 2010; Imbody et Vandsburger, 2011; Jawardena et Liao, 2006; Joel, 2005; Liu, 2004; Ministère de la Famille et des Aînés du Québec, 2010; Ministère de la Famille et des Aînés du Québec, 2013; Mukherjee, 2011; Nerenberg, 2006; Osei, 2009; Schuyler et Liang, 2006; Shields *et al.*, 2004; Stiegel, 2006; Wiglesworth *et al.*, 2006; Williams, 2011; Vanmeerbeek *et al.*, 2007).

Bien que la plus grande partie de la littérature recensée souligne que l'implantation de cette approche sur le terrain ne manque pas de défis (Beaulieu et Brunet, 2011; Blowers *et al.*, 2012; Brandl *et al.*, 2007; Galpin et Hughes, 2011; Giles *et al.*, 2010 ; Henwood, 2008; Imbody et Vandsburger, 2011; Ingram, 2011; Malks et Cartan, 2010; Manthorpe *et al.*, 2010; McGarry et Simpson, 2012; Ministère de la Famille et des Aînés du Québec, 2013; Mukherjee, 2011; Nerenberg *et al.*, 2012; Reid *et al.*, 2009; Williams, 2011) et qu'il n'existe pas encore un corpus scientifique assez solide pour confirmer ses bénéfices (Blowers *et al.*, 2012; Brandl *et al.*, 2007; Brownell et Rosich, 2007; Daly et Jogerst, 2014; Stiegel, 2006; Teaster *et al.*, 2007), certains auteurs affirment que l'information véhiculée par ceux qui la pratiquent est déjà éloquente en sa faveur (Wiglesworth *et al.*, 2006; Giles *et al.*, 2010).

Bien que l'approche collaborative ne suffise pas à elle seule à répondre à la complexité des cas de maltraitance, des études ont démontré que les décisions prises en collaboration par des groupes de travail, en particulier au sein des groupes composés de personnes provenant de différentes perspectives et disciplines, seront plus créatives, mieux éclairées et, de ce fait, plus pertinentes et ajustées à la problématique traitée (Abramson dans Otto, 2005). Les décisions prises par les groupes seraient ainsi plus efficaces que celles prises par des individus, et cela grâce au partage d'expertise et de connaissances par chacun des participants (Henwood, 2008; McKeough, 2009 cité dans Williams, 2011; Spinale, 2005). De cette façon, dans un cas difficile, un travail collaboratif aurait tendance à donner de meilleurs résultats, car bien qu'il soit possible

« que personne ne connaisse la solution, chaque personne peut contribuer à la recherche de la solution » (Abramson dans Otto, 2005, traduction libre de l'anglais, p. 14-25).

Le travail en silo, propre aux réponses uniprofessionnelles, monodisciplinaires, voire monosectorielles, ne permettrait qu'une perspective unique sur la situation. En effet, il met en relief une information limitée sur les approches et les ressources alternatives et il propose des réponses et des services incohérents, inadéquats et enchevauchés, tant pour les aînés maltraités que pour les personnes posant les gestes de maltraitance (Abramson dans Otto, 2005; Brandl *et al.*, 2007). Les pratiques monodisciplinaires, constituant un « groupe des individus travaillant dans l'isolement » (Brandl *et al.*, 2007, traduction libre de l'anglais, p. 105), ont démontré plusieurs désavantages pour s'attaquer à des situations complexes, telles que la maltraitance envers les aînés.

Dans ce même sens, pour certains auteurs tels que Hervy (2005), aborder une problématique multifactorielle à travers la monoculture et l'uniprofessionnalité pose le risque de « favoriser la loi du silence et les actes déplacés, irrespectueux, voire maltraitants » (p. 79). Il est clair pour l'auteur que « la présence de plusieurs cultures professionnelles et les interactions entre elles sont des facteurs qui réduisent ce risque » (p. 79). Ainsi, le travail des organismes et des professionnels dans l'isolement pourrait faire plus de mal que de bien (Abramson dans Otto, 2005). La gestion clinique de la maltraitance nécessiterait la présence, idéalement, de deux points de vue : la perspective de chaque discipline et la vision d'ensemble provenant du travail collaboratif d'équipe (Anetzberger *et al.*, 2005).

Aborder la problématique sous cette perspective permettrait « de centrer l'action de tous non pas sur sa pratique, mais sur le sujet, ici l'adulte âgé, sa démarche et ses choix » (Hervy, 2005, p. 79). Le travail collaboratif serait ainsi la méthode la plus efficace afin d'assurer la sécurité et le bien-être des aînés maltraités ou à risque de subir la maltraitance (Brandl *et al.*, 2006; Busby, 2010; Ministère de la Famille et des Aînés du Québec, 2013; Poythress *et al.*, dans Otto, 2005).

La collaboration entre les différents professionnels, secteurs et disciplines favoriserait également une perspective holistique en termes d'investigation, d'évaluation et d'intervention (Anetzberger *et al.*, 2005; Spangler et Brandl, 2007; Nerenberg *et al.*, 2012; Perkins *et al.*, 2007 cités dans Williams, 2011). Cette perspective permettrait de faciliter l'émergence d'un panorama plus riche des pistes de solutions à court et à long terme (Abramson dans Otto, 2005; Anetzberger *et al.*, 2005; Schuyler et Liang, 2006; Shields *et al.*, 2004; Spinale, 2005). En effet, elle permettrait d'évaluer la globalité des aspects d'une situation et de prendre en considération tous les recours possibles pour venir en aide (Anetzberger *et al.*, 2005; Spinale, 2005).

En plus, le fait d'adopter une approche collaborative assure qu'aucune discipline ne prend à elle seule la totalité de la responsabilité des situations complexes de maltraitance (Anetzberger, 2005; Anetzberger *et al.*, 2005; Dyer *et al.*, 2005 dans Beaulieu et Brunet, 2011; Henwood, 2008). Le travail en équipe deviendrait aussi un moyen privilégié pour protéger les praticiens contre l'épuisement professionnel pouvant survenir lors des tentatives d'intervenir individuellement (Heath, Kobylarz *et al.*, 2005; Lachs et Pillemer, 2004; Spangler et Brandl, 2007). Le travail collaboratif leur permettra de « recevoir ainsi des informations et des avis qu'il aurait eu des difficultés à recueillir par sa seule action » (Moulias *et al.*, 2010, p. 96) et de rompre l'isolement pour partager « des expériences des patients au travers de réalités multiples afin d'arriver à un langage partagé et commun » (Joel, 2005, p. 67).

D'un autre côté, la collaboration avec d'autres praticiens spécialisés dans le champ de la maltraitance, du vieillissement et d'autres domaines connexes s'avère cruciale (Spangler et Brandl, 2007), étant donné que peu de professionnels possèdent une formation spécialisée leur permettant de dépister les aînés vivant la maltraitance et d'intervenir adéquatement face à leurs besoins (Mosqueda, 2004; Ulrey et Brandl, 2012). Travailler ensemble ouvre les possibilités de formation interprofessionnelle, chaque discipline pouvant enrichir les autres afin de coconstruire des réponses plus appropriées dans le cas de situations individuelles et/ou de réseaux de services (Stiegel, 2006). La discussion

des cas ou des services « résulte en un véritable moment de formation action pour les professionnels » (Marchalot, 2007, p. 22).

Finalement, les pratiques basées sur une approche collaborative sont considérées par certains auteurs comme la réponse la plus pertinente, car elles contribuent à tisser le lien interprofessionnel et intersectoriel. Ce lien est une condition nécessaire pour mettre en synergie les efforts des divers secteurs et des différents professionnels afin de rendre la réponse aux multiples besoins des aînés plus cohérente et complète (Anetzberger, 2005; Anetzberger *et al.*, 2005; Dyer *et al.*, 2005 dans Beaulieu et Brunet, 2011; Malks et Cartan, 2010; Schneider *et al.*, 2010; Stiegel, 2006).

5. PRATIQUES COLLABORATIVES

Les pratiques collaboratives dans le champ de la maltraitance peuvent prendre différentes formes et leur émergence peut découler de diverses raisons (Blowers *et al.*, 2012; Brandl *et al.*, 2007). Ces pratiques peuvent être à court terme, telles que les collaborations informelles qui émergent afin de répondre à un besoin ponctuel ou elles peuvent être de nature permanente dans le cas de groupes de travail intersectoriel formellement établis visant à améliorer l'offre de services auprès des aînés maltraités et leur entourage. La structure des pratiques collaboratives peut donc être informelle ou formelle. L'origine de ces pratiques peut aussi être tributaire de mandats politiques, d'initiatives locales ou régionales ou de la vision de deux ou plusieurs professionnels, organismes ou secteurs. De plus, les pratiques peuvent être mises sur pied suite à des besoins palpables et urgents tant de la part des professionnels que des aînés maltraités ou à risque de maltraitance, pour ne nommer que les raisons les plus récurrentes dans la littérature.

Parmi les différentes formes que les pratiques collaboratives peuvent prendre, la littérature fait référence aux initiatives informelles et formelles (Brandl *et al.*, 2007). La collaboration, le point de convergence entre ces deux modèles de pratiques, est définie de la manière suivante :

La collaboration dans le domaine de la maltraitance envers les aînés consiste en un effort de coopération avec d'autres professionnels et disciplines afin de mieux répondre aux besoins des victimes et de la société (Neufeldt, 1995). La collaboration fait référence à un petit nombre de personnes possédant des compétences complémentaires. (...) qui s'engagent à travailler ensemble vers des objectifs communs, ainsi qu'à communiquer, à coopérer et à valoriser les contributions de l'autre (Brandl *et al.*, 2007, traduction libre de l'anglais, p. 107-108).

Ces alliances collaboratives, tant informelles que formelles, se concentrent généralement sur des objectifs tels que la prévention, la sensibilisation, la révision des cas cliniques et la révision des réponses systémiques/sectorielles face à la

problématique (Brandl *et al.*, 2007). D'autres objectifs plus spécifiques étant à la source de ces initiatives peuvent être : de déterminer les lacunes dans les services et aider à construire les dossiers des cas, assurer la coordination des services pour les membres de la communauté, améliorer la sécurité et le bien-être des aînés maltraités et améliorer la capacité de responsabiliser les personnes maltraitantes (Brandl *et al.*, 2007).

Les points de divergence entre les deux pratiques concernent principalement la formalisation de la participation des membres, ainsi que l'obtention de leur consensus face à une mission, à des règles et à la répartition de rôles et de tâches afin d'arriver au but commun (Brandl *et al.*, 2007). Le tableau 14 explicite davantage les différences.

Tableau 14. Cadre comparatif des collaborations informelles et formelles

Collaborations informelles	Collaborations formelles
<ul style="list-style-type: none"> • Membres <i>ad hoc</i> • Émergence autour d'un besoin particulier d'une agence ou d'un aîné maltraité • Il n'existe pas de règles • Il n'existe pas une assignation formelle des rôles ni des tâches 	<ul style="list-style-type: none"> • Signature des protocoles d'entente • Établissement des politiques et des procédures • Accord sur les principes directeurs, la mission commune, les rôles et les tâches • Souvent appelées: « <i>teams, task forces, coordinating councils or coalitions</i> »

Adapté de Brandl et al., 2007, p. 108-109

Il n'existe pas de critères précis pour déterminer quand une collaboration devrait être informelle ou formelle. Dans certaines communautés, les professionnels ont réussi à travailler ensemble de manière informelle depuis des années, ne voyant donc pas la nécessité de formaliser la démarche (Brandl *et al.*, 2007; Spangler et Brandl, 2007; Ulrey et Brandl, 2012). L'émergence des besoins ou d'opportunités spécifiques pourrait, toutefois, justifier la nécessité d'avancer vers une collaboration formelle. Concernant les besoins, certains points délicats, tels que le partage de l'information, pourraient soulever la nécessité de briser l'informalité et d'établir des politiques et de procédures structurées encadrant les démarches à ce sujet. Quant aux opportunités, l'octroi d'une subvention ou bien l'augmentation du nombre des professionnels intéressés à participer

à l'effort collaboratif sont des exemples qui pourraient mener à l'instauration des ententes formelles (Brandl *et al.*, 2007).

5.1 Collaborations informelles

Ce type de collaboration, spontanée et pas nécessairement planifiée, prend comme point de départ la reconnaissance de la part des professionnels, en premier lieu, des limites de leur expertise et, ensuite, des avantages de compter sur la participation des autres professionnels afin d'améliorer les réponses aux aînés maltraités (Brandl *et al.*, 2007). Cette reconnaissance est, donc le moteur les amenant à chercher et à saisir les occasions de travailler ensemble.

Un des exemples abordés dans la littérature correspond aux initiatives de collaboration informelle entre les travailleurs des *Adult Protective Services* (APS) et les agents d'application de la loi (*law enforcement*⁴), aux États-Unis. Les travailleurs des APS ont commencé à solliciter l'aide des agents d'application de la loi pour réaliser des visites à domicile au cours desquelles ils pourraient être exposés aux agresseurs potentiellement dangereux. Après avoir travaillé ensemble sur plusieurs cas, les agents d'application de la loi et les travailleurs des APS ont renforcé leurs liens professionnels et ils ont commencé à coopérer et à co-investiguer dans des cas supplémentaires (Brandl *et al.*, 2007). Ce type de collaboration existe dans de nombreuses communautés et son efficacité tend à être optimale lorsque les professionnels opèrent à partir de principes directeurs similaires et conservent leurs rôles et leurs responsabilités (Brandl *et al.*, 2007).

5.2 Collaborations formelles

Une grande partie de la collaboration formelle a émergée à la suite d'efforts informels entre professionnels de deux ou de plusieurs disciplines (Brandl *et al.*, 2007). Dans

⁴ *Law enforcement* fait référence au terme utilisé pour les professionnels dédiés à la défense et à l'application des lois en vigueur dans une juridiction donnée. Leur mission est d'aider à protéger les droits de tous les citoyens et minimiser l'incidence de la criminalité dans la société (Brandl *et al.*, 2007). Les policiers, les agents de probation, les procureurs de district, et les juges, entre autres, font partie des professionnels de l'application de la loi.

certains cas, la collaboration informelle a évolué avec le temps et a donné naissance à des alliances formelles (Ulrey et Brandl, 2012). C'est le cas des équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires, identifiées dans la littérature comme « *multidisciplinary teams* » (*M-teams* ou *MDTs*) et « *interdisciplinary teams* » (*I-Teams*).

Ces types d'équipes représentent la forme d'organisation du travail collaboratif la plus explorée dans la littérature scientifique récente, particulièrement aux États-Unis, le pays pionnier à l'égard du développement et de l'application ce modèle de pratique (Navarro *et al.*, 2010). Pour cette raison, le chapitre suivant présente une synthèse de leur émergence, évolution, classification, caractéristiques et des enjeux susceptibles d'y être rencontrés.

6. ÉQUIPES MULTIDISCIPLINAIRES ET INTERDISCIPLINAIRES

6.1 Émergence

Le développement des équipes multi et interdisciplinaires a été motivé par la reconnaissance du nombre croissant d'aînés dans la société, par le constat de la part des professionnels de la complexification de situations de maltraitance, par l'indignation croissante face à la violence tolérée dans notre société et finalement par la crainte de ce qui pourrait arriver à chacun au cours de son propre vieillissement (Abramson dans Otto, 2005). Tous ces facteurs ont contribué à la volonté de renforcer la coopération et d'aider les secteurs et les professions à découvrir leur rôle à jouer dans le but de construire une meilleure communauté pour tous.

L'origine de ce modèle remonte aux années 1950 et 1960, période dans laquelle des forums de professionnels de plusieurs disciplines ont été organisés dans les communautés à l'échelle nationale afin de discuter de l'augmentation du nombre d'aînés vivant seuls et à risque de maltraitance (Anetzberger *et al.*, 2005). Les forums réunissaient des travailleurs sociaux, médecins, infirmières, avocats, psychiatres, éducateurs, dirigeants des divers organismes et des juges. En plus de leur coopération multidisciplinaire, ces premiers forums ont été caractérisés par leur préoccupation à propos des situations qui reflétaient des conditions humaines complexes (Anetzberger *et al.*, 2005).

Wolf et Pillemer sont identifiés dans la littérature scientifique comme les premiers chercheurs ayant souligné les *MDTs*, en 1994, comme une importante pratique probante (Navarro *et al.*, 2010).

6.2 Évolution

Les premières équipes comprenaient des professionnels provenant de différentes disciplines et secteurs qui se rencontraient généralement mensuellement afin d'examiner des cas particuliers, ainsi que les problèmes systémiques révélés par ces cas

(Teaster et Nerenberg, 2003, cités dans Twomey *et al.*, 2010). Suivant la composition des équipes, Anetzberger *et al.*, (2005) présentent l'exemple d'un manuel d'équipe multidisciplinaire de l'État d'Illinois aux États-Unis, datant de 1990, (*Multidisciplinary Team Member Handbook and Coordinator Guidebook*) dans lequel participent des représentants des secteurs suivants : santé mentale, médecine, secteur juridique et d'application de la loi, clergé et domaine financier. Le document statue que l'organisme leader est responsable de nommer le coordonnateur de l'équipe et celui-ci, à son tour, est chargé de recruter les autres membres (Anetzberger *et al.*, 2005).

Concernant les tâches, ces premières équipes examinaient des cas de maltraitance, soit soupçonnée ou connue, amenés par les membres. Leurs objectifs étaient de fournir des conseils, des ressources et de nouvelles perspectives afin de répondre aux besoins des communautés, des praticiens et des aînés vivant des situations de maltraitance ou étant à risque de les subir (Twomey *et al.*, 2010).

Depuis les dernières décennies, ces types des *MDTs* traditionnels ont pris diverses formes dans le but de mieux s'attaquer aux cas de maltraitance spécifiques ou afin d'effectuer certaines tâches, telles que les évaluations psychologiques ou médicales ou l'examen des décès suspectés d'être liés à des actes de maltraitements (Twomey *et al.*, 2010).

Bien qu'il y ait eu beaucoup de variations dans le temps, le modèle d'équipes multidisciplinaires est resté une stratégie importante afin de contrer la problématique de la maltraitance envers les aînés (Schneider *et al.*, 2010). Au cours des deux dernières décennies, des équipes multidisciplinaires se sont développées partout aux États-Unis et au Canada (Teaster et Nerenberg, 2009, cités dans Mukherjee, 2011). Dans le cas des États-Unis, le pays compte actuellement plusieurs pratiques collaboratives suivant le modèle des équipes multidisciplinaires et plusieurs autres *MDTs* sont en train d'émerger à travers le territoire national (Daly et Jogerst, 2014; Dubble, 2006; Spangler et Brandl, 2007).

6.3 Caractéristiques

Les équipes multi et interdisciplinaires émergent souvent à partir d'une structure petite et simple où les relations entre ses membres se situent plutôt dans le registre informel. Au fur et à mesure que les compétences des membres se développent davantage et que les relations évoluent, les équipes ont tendance à ouvrir leurs réunions à plusieurs participants, à formaliser les procédures de fonctionnement et à assurer la compétence des nouveaux membres par l'orientation et la formation continue (Nerenberg, 1991 dans Anetzberger *et al.*, 2005). Les équipes les plus établies sont susceptibles d'encadrer leurs structures et leurs opérations en délimitant le nombre de membres de l'équipe, les disciplines ou les secteurs représentés et les procédures de sélection et de formation des nouveaux membres (Anetzberger *et al.*, 2005).

Les caractéristiques différentielles des équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires correspondent au degré d'intégration et d'interconnexion entre ses membres. Ce modèle offre une possibilité d'apprentissage interdisciplinaire et facilite l'accès aux divers services de la part des aînés maltraités ou à risque de subir la maltraitance. La conjugaison des services, des ressources et de l'expertise provenant des différents professionnels, organismes et secteurs confère à l'équipe la capacité de poser un regard holistique sur la maltraitance et de proposer des pistes de solution répondant aux besoins multiples de l'aîné (Reeves et Wysong, 2010).

6.4 Composition des équipes

La composition d'une équipe multidisciplinaire dépend, en grande partie, des objectifs poursuivis, ainsi que des ressources disponibles dans la région (Brandl *et al.*, 2007; Twomey *et al.*, 2010). La sélection des membres est souvent une des étapes les plus délicates du processus de formation de l'équipe, car il s'agit de trouver « (...) les bonnes personnes ayant la bonne expertise (...) » (Stiegel, 2006, traduction libre de l'anglais, p. 61). Cette composition doit refléter également les divers organismes et les disciplines

engagées dans la lutte contre la maltraitance, tant dans le secteur privé que publique (Abramson dans Otto, 2005).

En fonction de ses objectifs, une équipe peut décider également si sa composition correspond à celui d'un groupe ouvert ou fermé. Dans le premier cas, l'équipe accueillera la participation des professionnels appartenant à tout organisme ou secteur relié aux aînés. Les premières équipes FAST, établis dans les années 1990, sont un exemple de ce type de composition. Elles sont reconnues pour avoir fonctionné sous un modèle ouvert dans lequel les professionnels du secteur privé (banquiers et agents immobiliers) ont donné de leur temps et leur expertise à l'équipe (Twomey *et al.*, 2010). Par contre, un groupe fermé comprend une composition restreinte. Certaines équipes, pour des raisons de confidentialité et de responsabilité, interdisent la participation des membres du secteur privé (Twomey *et al.*, 2010).

Concernant les professionnels faisant partie des équipes, l'étude réalisée par le *National Center of Elder Abuse* (NCEA), aux États-Unis, en 2007, a identifié les travailleurs des APS, les agents de l'application de la loi et les médecins gériatres comme des membres réguliers (Teaster et Nerenberg, 2000 cités dans Brandl *et al.*, 2007). Les avocats, les défenseurs de droits, les gestionnaires de cas, les *ombudsmen*, les représentants des institutions financières et les professionnels en santé mentale figurent parmi d'autres professionnels identifiés par la littérature à titre de membres réguliers des équipes (Nerenberg, 2006).

En outre, le rapport de la NCEA a souligné l'importance de compter sur des représentants bilingues ou multilingues, des professionnels culturellement compétents capables d'orienter l'équipe dans les enjeux interculturels présents au sein des cas de maltraitance. Le NCEA a remarqué également l'importance du partenariat avec les instituts nationaux et locaux, y compris les collèges et les universités, afin d'engager et de mobiliser des experts provenant de diverses disciplines et cultures (NCEA, 2007 cité dans Imbody et Vansburger, 2011). La représentation de différents groupes ethniques et religieux (Brandl *et al.*, 2007) et la participation des aînés dans les équipes sont

soulevées également comme essentiel (Brandl *et al.*, 2007; Galpin et Hughes, 2011; Hervy, 2005; Schuyler et Liang, 2006; Strubel, 2008).

Finalement, certains auteurs remarquent que l'élément central dans la composition d'une équipe, au-delà de la diversité de disciplines ou de cultures, réside dans la motivation et l'engagement de ses membres. La participation constante et le désir de continuer à apprendre sur la problématique seront ainsi plus importants à long terme que la profession, l'organisme ou le secteur de provenance des participants (Abramson dans Otto, 2005; Brandl *et al.*, 2007).

En plus de la motivation, l'engagement et la passion pour l'apprentissage, d'autres caractéristiques et compétences transversales sont soulignées dans la littérature et présentées dans le tableau suivant (Abramson dans Otto, 2005; Brandl *et al.*, 2007) :

Tableau 15. Compétences transversales des membres d'une équipe multi ou interdisciplinaire

Compétences personnelles	Compétences professionnelles
<ul style="list-style-type: none"> • Compétences en communication, incluant l'écoute active • Capacité d'analyse et facilité à travailler en équipe • Intérêt et préoccupation marqués à l'égard des adultes âgés et vulnérables 	<ul style="list-style-type: none"> • Compétence dans sa profession et son domaine • Compréhension de la problématique • Capacité à utiliser les ressources de la communauté • Engagement face aux objectifs de l'équipe; volonté de participer pendant un an, à être ponctuel et à maintenir la confidentialité • Volonté d'agir comme un joueur au sein d'une équipe • Si possible, avoir un lien ou une histoire de travail collaboratif avec d'autres organismes/secteurs de l'équipe

6.5 Rôles et responsabilités des membres

Au sein des équipes, il y a des rôles et fonctions spécifiques qui doivent être joués par les membres peu importe le type d'équipe. Le tableau 17 explicite ces rôles adaptés du texte de Brandl *et al.*, 2007 :

Tableau 16. Rôles et fonctions des membres des équipes multi ou interdisciplinaires

Rôle	Fonction
Chef	Veiller au respect de la vision de l'équipe. Il est considéré comme la voix d'autorité, la personne responsable, le décideur ultime. Les critères pour le choisir sont l'expertise, l'expérience et les compétences en leadership.
Animateur	Veiller à ce que tous les membres soient traités équitablement et que les procédures soient suivies. Plus précisément, l'animateur veille à ce que les membres de l'équipe expliquent leur jargon professionnel aux autres, respectent les délais et restent concentrés sur la compréhension des faits.
Secrétaire	Garder les informations recueillies et les décisions prises.
Gardien du temps	Veiller à ce que les membres de l'équipe respectent le temps lors des réunions.
Personnel de soutien administratif	Préparer les horaires, envoyer l'ordre du jour et tenir un registre de ce qui se passe lors des réunions. S'assurer que les membres de l'équipe réalisent les tâches assignées et réaliser des mises à jour périodiques de l'évolution des cas de l'équipe.

Un autre rôle souligné par la littérature est celui du coordonnateur de l'équipe. Décrit en tant que chef d'équipe, ce participant possède la responsabilité de recruter et de former les membres, ainsi que d'organiser et de gérer les rencontres (Abramson dans Otto, 2005; Anetzberger *et al.*, 2005). Nommer un coordonnateur est recommandé en tant que première tâche à accomplir dans les étapes de développement d'une équipe interdisciplinaire (Abramson dans Otto, 2005).

Parmi ses fonctions, le coordonnateur aide les membres dans la sélection des cas à discuter et s'occupe de faire le suivi des cas analysés (Abramson dans Otto, 2005;

Anetzberger *et al.*, 2005). Dans certaines situations, il peut être appelé à occuper un rôle de médiateur afin de favoriser la résolution des conflits ou de mésententes au sein de l'équipe (Twomey *et al.*, 2010). Le coordonnateur joue ainsi un rôle essentiel en aidant à transformer les frustrations des membres en des opportunités d'apprentissage utiles à toute l'équipe et, au bout de compte, utiles à la personne aînée — bénéficiaire finale des actions de l'équipe (Twomey *et al.*, 2010).

Concernant son profil, il peut provenir de différentes disciplines, car ses compétences organisationnelles, de communication orale et écrite, de travail en équipe et sa connaissance du domaine sont plus importantes que sa formation professionnelle (Twomey *et al.*, 2010). Le profil du coordonnateur est présenté plus en détail dans le tableau suivant (adapté d'Abramson dans Otto, 2005) :

Tableau 17. Profil du coordonnateur d'une équipe multi ou interdisciplinaire

Compétences personnelles	Compétences professionnelles
<ul style="list-style-type: none"> • Communication orale et écrite, incluant l'écoute active. • Démontrer de l'intérêt, de l'expérience et de l'engagement dans la problématique. 	<ul style="list-style-type: none"> • En gestion, organisation et planification. • Connaissance des ressources de la communauté et capacité de réseautage. • Compréhension des enjeux et des contraintes relatives à l'intervention dans le domaine de la lutte contre la maltraitance. • Compréhension de la dynamique de groupe. • Avoir une vision d'ensemble : capacité d'analyser et de transposer des éléments des cas individuels aux besoins sectoriels ou systémiques.

Bien que la composition des équipes soit susceptible de varier en fonction de divers facteurs, les textes analysés convergent dans la présentation de certains secteurs et professionnels en tant que membres essentiels (« *core members* »). Le tableau suivant fait une synthèse des principaux secteurs, professionnels et champs d'expertise

présentés dans le corpus documentaire. Leur rôle sera décrit en détail dans le chapitre sept.

Tableau 18. Principaux secteurs et professionnels

Secteur	Professionnel
Services sociaux	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Travailleurs sociaux</i> • <i>Psychologues</i> • <i>Travailleurs des services de protection aux adultes (APS)</i>
Judiciaire	<ul style="list-style-type: none"> • Justice pénale <i>Policiers patrouilleurs</i> <i>Policiers détectives ou enquêteurs</i> <i>Avocats</i> <i>Procureurs</i> <i>Agents de probation</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Justice civile <i>Avocats de droit civil</i> <i>Avocats spécialisés en la défense des droits des aînés</i>
Santé	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Médecins (gériatres, chef d'équipe multidisciplinaire, soins palliatifs et urgentistes)</i> • <i>Personnel en soins infirmiers</i> • <i>Professionnels en santé mentale</i> • <i>Dentistes</i>

6.6 Espace de rencontre

Aux États-Unis, la plupart des participants et des ressources financières proviennent des APS. Également, la référence des cas à discuter provient principalement des travailleurs des APS. Tenir compte de leurs besoins lors de la planification logistique des réunions est essentiel. De cette façon, les bureaux des APS ont été considérés comme l'endroit régulier pour réaliser les rencontres d'équipe. D'autres éléments de considération faisaient référence à la disponibilité des places de stationnement, la taille de la salle et l'accessibilité pour les personnes handicapées (Brandl *et al.*, 2007; Twomey *et al.*, 2010).

6.7 Processus d'implantation

Les étapes de création et d'implantation d'une *MDT* ou *I-Team* incluent la planification, la formation, le travail, l'évaluation et le maintien de l'équipe dans une perspective de long terme (Brandl *et al.*, 2007). Le tableau 19 explicite chacune des étapes.

Tableau 19. Étapes de création et d'implantation d'une *MDT* ou *I-Team*

Étape	Description
Planification	<p>Vision : le désir d'agir différemment face à la problématique. Initiative de changement d'un ou plusieurs professionnels, appartenant à un ou à diverses disciplines, organismes ou secteurs.</p> <p>Évaluation des besoins : compiler l'information justifiant le besoin d'un changement concernant la façon d'agir face à la problématique (tendances démographiques, exemples des cas ou d'utilisation des services, focus groups, enquêtes auprès professionnels relevant du domaine, entre autres).</p> <p>Détermination des objectifs : réunion des parties intéressées afin d'évaluer la légitimité du besoin, ainsi que le désir et la capacité d'introduire des changements pour traiter la problématique. Ensuite, l'équipe détermine son focus par rapport à l'approche (multi ou interdisciplinaire) et à l'objectif central (discussion des cas ou réponse sectorielle).</p>
Formation	<p>Cette étape implique la sélection des participants et de disciplines essentiels pour l'équipe. Ces participants déterminent les objectifs qu'ils comptent atteindre, ainsi que les procédures et les politiques pour guider le travail d'équipe. Les règles pour la présentation des cas, la communication et la résolution des conflits sont établies.</p>
Travail	<p>Équipes de discussion de cas : présenter le cas à l'équipe, enquêter/évaluer, élaborer le plan d'intervention, intervenir et faire un suivi de l'intervention.</p> <p>Équipes de réponse sectorielle ou systémique : évaluer les services offerts par les secteurs clés en lien avec la problématique, faire des recommandations relatives aux changements nécessaires au plan des politiques, législation, structure du système de services.</p>
Évaluation	<p>Quantifier la charge de travail : collecte de statistiques de base de ce que l'équipe fait et des types de cas ou des problèmes abordés. Cela aidera à orienter l'amélioration des processus d'équipe et, d'un autre côté, le développement de la future politique publique et les recherches dans le domaine.</p> <p>Mesurer les résultats : les résultats peuvent être centrés sur : 1) les impacts positifs sur les aînés ou les secteurs (bien-être et sécurité de l'aîné, amélioration de la coordination dans le continuum de services) ; 2) le travail de l'équipe (diminution du temps entre la</p>

	<p>référence et la discussion des cas). La décision sur le type de résultats à évaluer peut amener l'émergence de conflits éthiques. Si une mesure de succès de l'équipe correspond à l'augmentation des arrestations par la police, ce membre de l'équipe, qui devrait être neutre, pourrait être influencé par le besoin d'accomplir l'objectif commun.</p> <p>Évaluer la satisfaction des clients et des participants : maintenir la satisfaction de toutes les parties concernées par l'équipe est crucial pour la viabilité de l'effort collaboratif. Il pourrait être utile d'évaluer la satisfaction des aînés maltraités, des familles et des membres de l'équipe afin de mieux identifier les aspects susceptibles à être améliorés. Les enquêtes de satisfaction peuvent également aboutir à la création ou modification de procédures de fonctionnement de l'équipe. Ces changements peuvent mener à l'embauche du personnel supplémentaire et à la réduction des conflits, de la frustration et l'épuisement professionnel.</p>
<p>Viabilité à long terme</p>	<p>Ajuster les actions selon les résultats de l'évaluation : de nouveaux besoins peuvent émerger au sein de l'équipe. Il se peut, par exemple, que de nouveaux membres de différentes disciplines rejoignent l'équipe. Un nouveau processus de soutien devra émerger afin d'établir une orientation appropriée aux nouveaux membres.</p> <p>Faire de la planification stratégique : étant donné que les participants arrivent souvent avec des idées différentes sur la finalité ou les moyens d'action de l'équipe, cet exercice peut être extrêmement utile pour établir une vision commune du travail à réaliser ensemble. Il peut être utile d'embaucher ou de trouver un bénévole habile à l'animation de groupe et capable de guider le processus de planification stratégique. La tenue des dossiers (<i>recordkeeping</i>) est également importante afin de maintenir un document historique avec les décisions prises par le groupe, pour qu'elles n'aient pas besoin d'être revisitées.</p> <p>Faire la promotion/divulgateion : la sensibilisation du public, d'autres organismes, de décideurs politiques et de leaders de la communauté, entre autres, face aux enjeux d'actualité de la problématique ainsi qu'aux réponses que l'équipe tente de fournir peut servir à créer plus d'alliés. Le recrutement de nouveaux membres et les changements tels qu'une réforme législative ou une modification des normes de la pratique professionnelle peuvent aussi être des avantages liés à la promotion et la diffusion du travail de l'équipe. Plusieurs stratégies sont mises à l'avant : le développement d'un site web ou d'un bulletin d'information, la publication et la diffusion de matériel éducatif, etc.</p>

6.8 Classification

Bien que la collaboration — principe fondamental de ce modèle — reste intacte, son application diffère selon les caractéristiques et les besoins particuliers de la

communauté d'implantation. La structure, la composition, les objectifs, le déroulement des rencontres, les activités et les approches privilégiées varient, donc d'une équipe à l'autre (Daly et Jogerst, 2014; Navarro *et al.*, 2010; Schneider *et al.*, 2010). Ce constat a été souligné pour la première fois dans une enquête réalisée par Teaster et collègues en 2003 aux États-Unis (Teaster *et al.*, 2003 cités dans Navarro *et al.*, 2010).

La littérature recensée propose ainsi diverses classifications. Certains auteurs présentent une distinction selon les objectifs poursuivis par les équipes : l'équipe cherche-t-elle à répondre aux cas individuels de maltraitance? Aux lacunes dans l'organisation des services et la coordination des secteurs impliqués? À ces deux enjeux? (Abramson dans Otto, 2005; Anetzberger *et al.*, 2005). D'autres auteurs vont les classer selon leur spécialité : réponse médicale, financière, liée aux cas de décès des aînés (Anetzberger *et al.*, 2005); selon leur place d'émergence ou de centration : autour d'un organisme ou d'une communauté (Anetzberger *et al.*, 2005) ou bien concernant la centration sur la problématique : l'équipe aborde-t-il exclusivement la maltraitance envers les aînés? (Anetzberger *et al.*, 2005).

6.8.1 Selon leurs objectifs

La littérature présente deux grands objectifs des équipes multidisciplinaires :

1. La discussion de cas ou discussion clinique (Abramson dans Otto, 2005; Anetzberger *et al.*, 2005; Brandl *et al.*, 2007; Spangler et Brandl, 2007).
2. Les réponses communautaires/systémiques/sectorielles (Abramson dans Otto, 2005, Anetzberger, 2005; Brandl *et al.*, 2007; Schneider *et al.*, 2010).

Aux États-Unis, de nombreuses communautés, en particulier les grandes juridictions urbaines, disposent d'équipes portant sur un des objectifs ou bien sur les deux simultanément (Brandl *et al.*, 2007). Cette troisième catégorie de réponse à la problématique appartient aux équipes mixtes ou combinées (Abramson dans Otto 2005).

Tableau 20. Typologie des équipes multidisciplinaires selon leurs objectifs

Réponse individuelle (discussion de cas)	Réponse communautaire, systémique ou sectorielle	Réponse combinée ou mixte
<p>C'est l'équipe interdisciplinaire traditionnelle. En général, les membres se réunissent afin d'évaluer des cas cliniques spécifiques et d'élaborer des plans d'intervention en s'appuyant sur la contribution multidisciplinaire des membres de l'équipe (Abramson dans Otto, 2005; Brandl <i>et al.</i>, 2007; Marchalot, 2007)</p> <p>Principales phases de travail :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Référence du cas 2. Évaluation ou enquête 3. Élaboration d'un plan d'intervention 4. Mise en œuvre du plan d'intervention <p>(Brandl <i>et al.</i>, 2007)</p>	<p>L'objectif porte sur la révision des étapes ou des aspects dans lesquels les secteurs ou systèmes pourraient rencontrer des obstacles affectant l'offre d'une réponse adéquate auprès des aînés maltraités ou à risque de maltraitance.</p> <p>Plutôt que travailler sur des cas spécifiques, l'équipe se réunit pour identifier et développer des ressources et des procédures nécessaires pour améliorer l'offre de services ou la réponse du système à la problématique.</p>	<p>Combine les aspects des deux premiers types : réponse aux cas spécifiques ainsi qu'à la coordination sectorielle et systémique des services et des ressources.</p> <p>(Abramson dans Otto, 2005)</p>

Adapté de Brandl et al., 2007 et Abramson dans Otto, 2005

Typologie des équipes selon leurs objectifs : réponse individuelle ou discussion de cas

La littérature présente divers termes pour faire référence aux équipes de réponse aux cas individuels : « *case-review* » (Abramson dans Otto, 2005), « *réunion clinique* » (Marchalot, 2007), « *case-based teams* ou *case management teams* » (Brandl *et al.*, 2007).

Un des avantages d'aborder les cas cliniques par un travail multidisciplinaire est de permettre à tous les professionnels impliqués d'obtenir une meilleure connaissance de la personne aînée au centre du cas. De la même manière, la présence de diverses disciplines permet la complémentarité de l'information recueillie à propos de la situation ainsi qu'une réflexion partagée et plus riche (Marchalot, 2007).

La discussion clinique conduit souvent à l'analyse de la réponse des secteurs et à l'identification des changements nécessaires. Lorsque les membres des organismes ou des secteurs responsables de la lutte contre la maltraitance envers les aînés rencontrent à plusieurs reprises les mêmes problèmes dans les dossiers individuels qu'ils ont en charge, ils devraient répondre à ces préoccupations de façon systémique. Cela permettrait d'offrir une meilleure réponse aux futurs clients et donnerait l'opportunité aux organisations et aux secteurs d'agir plus efficacement (Brandl *et al.*, 2007).

Principales phases retrouvées au sein de la dynamique de travail de ces équipes :

1. *Référence des cas*

La première phase de travail de ce type d'équipe correspond à la référence des cas à analyser. Certaines équipes adoptent une dynamique de « *single agency* » et d'autres celle de « *multiple agency* ». Dans le premier cas, il existe un seul organisme ou professionnel qui intervient auprès l'aîné maltraité. Ce dernier possède donc toutes les informations concernant le cas et sera responsable de le présenter à l'équipe. Le rôle des autres membres consiste, donc à poser des questions et à suggérer des interventions possibles. La liste de propositions et des idées suggérées par l'équipe sont évaluées et à la fin de l'exercice, l'objectif consistera à dresser une liste finale avec des interventions possibles. Une fois ces recommandations réalisées, c'est à l'organisme ou au membre qui a présenté le cas de mettre en œuvre ou non ces propositions. À mesure que le cas progresse, ces derniers fournissent des mises à jour à l'équipe (Brandl *et al.*, 2007).

D'un autre côté, dans le modèle « *multiple agency* », le dossier de l'aîné maltraité n'est pas entre les mains d'un seul intervenant ou organisme. Au contraire, différents membres de l'équipe ont travaillé sur le même cas, chacun possédant ainsi des informations pertinentes à partager. De cette manière, une fois qu'un dossier a été attribué à l'équipe, les membres procèdent généralement à l'enquête ou à l'évaluation selon la procédure standard de leurs disciplines et organisations. Le travail en équipe devrait rentabiliser le travail des membres. Par exemple, si une visite à domicile est

nécessaire, l'équipe peut visiter conjointement, en évitant de multiples visites, ainsi qu'en augmentant la sécurité de l'aîné et de chaque professionnel impliqué. Une fois que chaque membre de l'équipe a accompli son évaluation de l'aîné maltraité, une réunion est organisée afin de mettre en commun l'information recueillie. À ce moment, le cas peut être discuté de façon plus complète et un plan d'intervention approprié peut être conçu (Brandl *et al.*, 2007).

Le dénominateur commun à ces deux modèles se trouve dans la nécessité d'avoir une rencontre préliminaire au cours de laquelle tous les membres de l'équipe participent à la discussion de certains points cruciaux au développement du travail en commun. En premier lieu, l'équipe doit déterminer les critères d'admissibilité des cas, les méthodes de présentation et de communication, ainsi que la façon de déterminer le consensus, l'enregistrement et le suivi concernant les décisions prises (Brandl *et al.*, 2007).

2. Rencontres

Sur le plan logistique, les membres doivent se mettre en accord afin d'établir l'horaire, le lieu et la durée des réunions. Les équipes se réunissent régulièrement tous les mois ou à chaque deux mois pour environ deux heures. La date, l'heure et le lieu de la réunion sont déterminés par chaque groupe en fonction de leurs propres horaires, convenance et de la nécessité perçue. Le minimum de réunions suggéré chaque année est de huit, ce qui permet de respecter les vacances et les journées de congé (Abramson, dans Otto 2005). Cependant, la fréquence des réunions sera déterminée selon les objectifs de l'équipe et à la disponibilité de temps de ses membres.

Les équipes ont constaté que le fait de réaliser une réunion mensuelle permet de répondre aux objectifs de discussion des cas, d'établissement et de maintien des relations de collaboration et de conservation d'un esprit de travail en équipe (Twomey *et al.*, 2010). Finalement, il est fortement souhaité que les participants abordent ensemble les différences en termes d'approche professionnelle et des limitations légales, ainsi que le processus à privilégier pour la résolution des conflits (Abramson, dans Otto 2005 ; Brandl *et al.*, 2007). Ce dernier point est un des plus importants, car le

fait d'arriver à une meilleure dynamique de groupe et à une plus forte volonté de collaboration augmente en probabilité si les membres de l'équipe possèdent une compréhension de la nature et du rôle des autres professionnels au sein de l'équipe (Brandl *et al.*, 2007).

3. *Déroulement des rencontres*

Les considérations suivantes sont soulignées comme essentielles à l'évaluation de la pertinence d'un cas : la situation réfère-t-elle bel et bien à une problématique de maltraitance envers les aînés? Quelles sont les principales préoccupations face à la situation? Une attention urgente est-elle nécessaire? Qui est le client? Quelles sont les interventions considérées? Quels sont les résultats probables? (Anetzberger *et al.*, 2005, cités dans Daly et Jogerst, 2014).

Généralement, le coordonnateur de l'équipe est le premier à recevoir des informations sur un cas. Ce professionnel prend la décision initiale quant à la pertinence du cas proposé, avise les parties concernées par la rencontre et prépare l'information nécessaire à propos du cas à discuter (Twomey *et al.*, 2010).

Idéalement, au début de la rencontre les membres qui présentent un cas doivent fournir à l'équipe un résumé écrit du cas à discuter (Abramson dans Otto, 2005). Durant la réunion, le coordonnateur prend en note les décisions prises et recueille des données complémentaires, s'il y en a, à propos des informations démographiques sur le client et la relation entre le client et l'agresseur, entre autres (Twomey *et al.*, 2010). À la fin de chaque discussion, le coordonnateur résume les recommandations formulées. L'équipe ne dicte pas l'action des professionnels, sa raison d'être est plutôt de discuter les cas et de faire des recommandations (Abramson dans Otto, 2005).

Les membres pourraient être invités à faire un suivi des enjeux soulevés lors de la discussion et à livrer un rapport soit à l'équipe à la prochaine réunion ou à la coordonnatrice ou coordonnateur. En outre, les membres peuvent être invités à faire

des présentations à l'équipe sur les aspects liés à leur expertise (Abramson dans Otto, 2005).

Dans certaines situations, l'équipe pourrait avoir un conférencier dans le but d'actualiser les connaissances des participants concernant les enjeux de la problématique et les avancements dans les pistes de solution. Le coordonnateur peut également demander la participation d'un professionnel externe à l'équipe afin d'avoir son opinion dans la discussion d'un cas particulier (Abramson dans Otto, 2005).

4. *Évaluation ou enquête*

Pour traiter efficacement du problème complexe de la maltraitance des aînés, les équipes doivent aborder collectivement les multiples domaines de la vie de l'aîné (sa situation concernant la sécurité, la santé, les liens sociaux, le statut juridique et l'état fonctionnel, y compris la capacité de décision) (Brandl *et al.*, 2007). L'examen de ces sphères informera l'équipe sur les multiples causes de la maltraitance, ainsi que sur le degré de dangerosité de la situation. Ces éléments sont des aspects cruciaux pour la création du plan d'intervention. Chaque membre rassemble les éléments pertinents dans l'exercice de ses fonctions traditionnelles et rapporte ses conclusions lors de la rencontre de discussion de cas (Brandl *et al.*, 2007).

5. *Élaboration d'un plan d'intervention*

Le processus d'élaboration d'un plan d'intervention débute par la mise en commun des faits connus (histoire, condition sociale et médicale, état mental, information sur la personne maltraitante, les interventions, évaluations et actions réalisées précédemment). Une fois l'information pertinente présentée, la discussion de l'équipe doit s'orienter vers l'identification des interventions possibles, ainsi qu'aux étapes à suivre. Les étapes et les tâches sont priorisées et la séquence des réponses est établie. Dans certaines équipes, plusieurs membres participeront à la réalisation du plan d'intervention (modèle « *multiple agency* »). Dans d'autres, les membres offriront des suggestions et contribueront à l'élaboration du plan, mais l'intervention sera réalisée

uniquement par les membres qui ont présenté le cas à l'équipe (modèle « *single agency* ») (Brandl *et al.*, 2007).

Le plan d'intervention est un document dynamique et il doit être réexaminé périodiquement pour assurer qu'il demeure pertinent concernant l'état de santé et de sécurité et que la situation sociale de la personne aînée soit à jour. Le plan d'intervention doit également être souple pour répondre aux besoins à court et à long terme de la personne et pour s'adapter aux changements de circonstances (Brandl *et al.*, 2007).

6. *Mise en œuvre du plan d'intervention*

Faire le suivi de l'implantation du plan d'intervention peut s'avérer une tâche ardue étant donné que plusieurs membres de l'équipe portent une lourde charge de travail au sein de leurs propres organismes. Le soutien administratif devient ainsi nécessaire afin de maintenir à jour le registre de l'évolution du cas et pour rendre ces documents accessibles à l'utilisation de tous les membres de l'équipe (Brandl *et al.*, 2007).

Typologie des équipes selon leurs objectifs : Réponses systémiques ou sectorielles

À l'instar des équipes de réponse individuelle, ce type d'équipes est identifié par différents termes dans la littérature. « *Multifocused MDTs* » (Daly et Jogerst, 2014), « *Coordinated Community Tesponse Team (CCR)* » (Abramson dans Otto, 2005), « *Community MDTs* » (Schneider *et al.*, 2010), « *systems response* ou *systemic review* » (Brandl *et al.*, 2007).

Les équipes de réponse systémique ou sectorielle se donnent comme mission la révision des étapes ou des aspects dans lesquels les secteurs ou systèmes présentent des déficiences ou sont susceptibles de les présenter. Ces enjeux peuvent ainsi affecter l'offre d'une réponse adéquate auprès des aînés maltraités ou à risque de maltraitance. Le constat concernant les défaillances critiques des services et des secteurs ayant une responsabilité de répondre à la maltraitance envers les aînés a motivé l'émergence de ce type d'objectif de travail dans les équipes (Nerenberg, 2006).

Au contraire de l'accent sur les cas spécifiques, ces équipes se réunissent dans le but d'identifier et de développer des ressources et des procédures afin d'améliorer l'offre des services destinée à la population âgée. Les équipes dévouées à cet objectif peuvent inclure la révision des aspects suivants (Brandl *et al.*, 2007) :

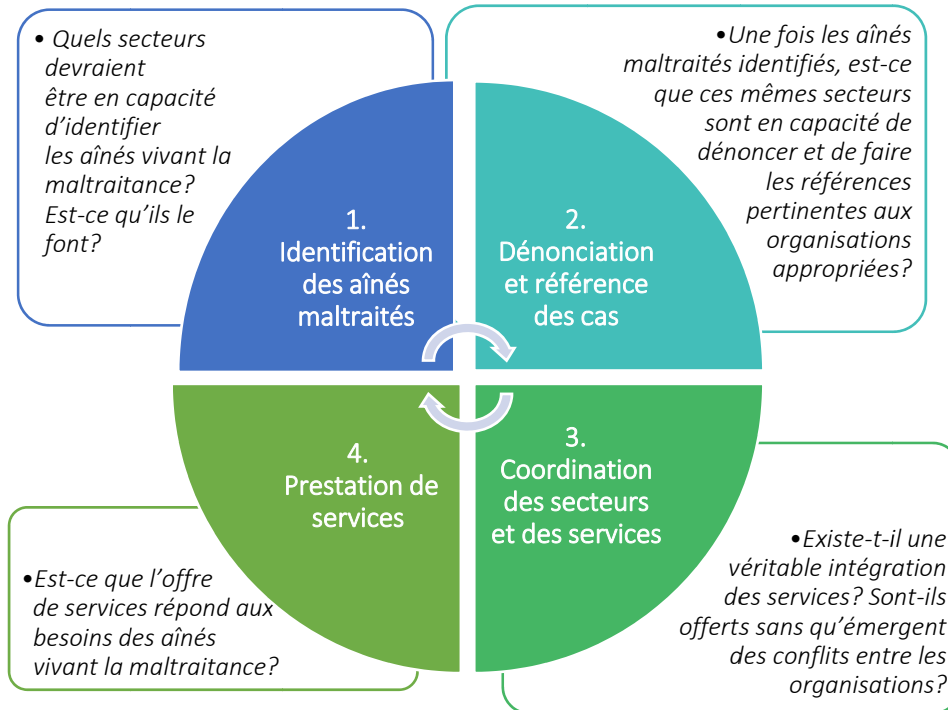


Figure 1. Réponses systémiques ou sectorielles

La révision systémique ou sectorielle peut être définie également comme une évaluation des besoins, tant des secteurs impliqués dans l'équipe, que des services qu'ils fournissent aux aînés maltraités et aux personnes maltraitantes. Une révision de ce type peut aborder, mais sans s'y limiter, les questions suivantes (Brandl *et al.*, 2007) :

-
- *Quel est le rôle de chacun des secteurs participants à l'équipe?*
 - *Les secteurs répondent-ils aux besoins de leurs clients?*
-

-
- *Comment les secteurs participants interagissent-ils entre eux et avec leurs clients?*
 - *Y a-t-il un besoin de former les participants qui font partie des secteurs?*
 - *Existent-ils des brèches dans l'offre de services?*
 - *Quelles solutions sont envisagées en réponse aux problèmes identifiés?*

(Adapté de Brandl *et al.*, 2007, p. 239).

La révision des carences et des besoins au sein des secteurs, ainsi que dans la coordination d'une réponse globale à la problématique, peut amener ces équipes à s'engager dans une deuxième mission : la défense de droits des aînés via la transformation des politiques publiques. Cette mission fait partie d'une des recommandations faites aux équipes multidisciplinaires par le *California Elder Justice Coalition* (CEJC) lors du sommet de discussion tenu en 2010 sur les défis de la prévention de la maltraitance envers les aînés (Nerenberg *et al.*, 2012).

Cette coalition, composée de professionnels provenant de divers secteurs de l'État de la Californie, est arrivée au constat qu'indépendamment des cadres organisationnels ou des programmes de prévention ou d'intervention, les praticiens de tous les secteurs étaient confrontés aux lacunes dans la coordination et dans l'offre de services aux aînés maltraités. La nécessité d'une action collective coordonnée et continue afin d'aborder ces défis transversaux à la lutte contre la maltraitance envers les aînés était évidente pour la coalition. L'engagement des équipes multidisciplinaires dans la réforme des politiques publiques a ainsi émergé en tant que future stratégie prometteuse (Nerenberg *et al.*, 2012).

Concrètement, cette idée a abouti à la proposition de créer une équipe multidisciplinaire dédiée à la révision de politiques publiques (*policy multi-disciplinary team*). L'objectif étant de constituer un forum ayant pour but d'examiner et de répondre aux problèmes systémiques identifiés par de nombreuses équipes

multidisciplinaires locales et par d'autres acteurs de la Californie (Nerenberg *et al.*, 2012).

Dans sa composition, en plus de compter sur des experts de la maltraitance envers les aînés, l'équipe viserait à inclure de nouveaux membres, tels que des analystes politiques, des députés, des représentants des services de l'État et des groupes de défense de droits. Ces membres, qui travaillent conjointement, seront en mesure d'évaluer la nécessité d'effectuer des réformes politiques et d'améliorer la coordination ou la communication entre les services de l'État et les autres secteurs engagés dans la réponse à la problématique. L'interprétation ou l'application des lois existantes et la formation pour les professionnels œuvrant dans le domaine de la lutte contre la maltraitance sont d'autres aspects sur lesquels les membres seraient invités à travailler (Nerenberg *et al.*, 2012).

Afin d'assurer la réussite de ce projet d'équipe spécialisée, il est nécessaire d'avoir des ressources financières et une forte structure organisationnelle pour garantir sa durabilité. De plus, à ces conditions de réussite, s'ajoute : la participation de « champions »⁵ au sein du réseau, la contribution d'organismes prêts à partager leurs infrastructures afin de faciliter le déroulement des rencontres et de participer aux tâches administratives et la planification stratégique (Nerenberg *et al.*, 2012).

L'action d'une équipe multidisciplinaire spécialisée dans la révision de politiques pourrait contribuer à l'avancement de la réponse contre la maltraitance en termes de renforcement du soutien politique et législatif. Ce soutien favoriserait ainsi le développement de nouvelles initiatives collaboratives, la soutenabilité de celles en place et faciliterait une réponse systémique appropriée (Nerenberg, *et al.*, 2012). De manière plus détaillée, les contributions soulignées par les auteurs :

⁵ Le « champion » est identifié par littérature comme étant un professionnel capable d'assumer le rôle de leadership et d'encourager la participation des différents acteurs dans le travail collaboratif (voir chapitre 7, section 7.5).

-
- *Fournir un point de vue critique manquant dans les débats politiques nationaux.*
 - *Identifier les domaines dans lesquels les lois et les mandats provinciaux et fédéraux divergent.*
 - *Proposer une politique fédérale complémentaire et d'appui à la politique de l'État.*
 - *Identifier les besoins des États quant aux modèles de politiques, assistance technique, ressources, leadership, recherche sur les politiques et des informations lorsque les équipes manquent de cas à examiner.*
-

D'autres problématiques de nature macrosociale et en lien avec la maltraitance envers les aînés, telles que l'âgisme, pourraient aussi être abordées par l'implication des professionnels et des organisations afin d'influencer la création de politiques publiques « visant à des attitudes et à des agendas implicites (sociaux) et explicites (politiques) plus sensibles » (Imbody et Vansburger, 2011, traduction libre de l'anglais, p. 647).

Parmi les exemples des équipes multidisciplinaires spécifiquement consacrées à la révision sectorielle ou systémique se trouvent les *Fatality Review Teams* ou *Elder Death Review Teams*, les *Coordinated Community Response Teams* et les *Statutory Revision Task Forces* dans les États du Minnesota et du Wisconsin aux États-Unis (Brandl *et al.*, 2007).

6.8.2 Selon leur spécialité

Dans la dernière décennie, des équipes spécialisées ou « *single accent* » (Daly et Jogerst, 2014) ont vu le jour en réponse aux types de situations de plus en plus complexes de maltraitance (Nerenberg, 2006). Plusieurs communautés comptent ainsi sur des équipes spécialisées en maltraitance financière (*Financial Abuse Specialist Teams (FASTs)*), en réponse médicale (*Medical Response Teams*), en révision des décès des personnes âgées (*Elder Fatality Review Teams* ou *Elder Death Review Teams*) et de centres

médico-légaux (*Elder Abuse Forensic Centers*). La littérature nomme également l'existence des unités de travail sur la maltraitance (*Elder Abuse Task Forces*) et les équipes de réponse communautaire (*Community Response Teams*). Cependant, la description ou l'évaluation de ces deux dernières modalités d'équipe demeure limitée.

Équipes de réponse à la maltraitance financière

Les équipes de réponse à la maltraitance financière, originaires de la Californie et répandues à l'échelle nationale, ont pour objectif principal la discussion des cas d'exploitation financière impliquant les aînés et la sensibilisation et formation auprès des divers professionnels et de la communauté en générale (Brandl *et al.*, 2007; Brownell et Rosich, 2007; Reeves et Wysong, 2010; Schneider *et al.*, 2010). Dans plusieurs équipes, la discussion des cas peut également conduire à l'identification des tendances en matière de maltraitance financière et des lacunes dans l'offre de services. De plus, la discussion des cas peut également favoriser la création de campagnes de sensibilisation et de programmes de prévention dirigés vers la population aînée ou encourager des initiatives visant l'amélioration de la collaboration intersectorielle et promouvoir l'accès aux services juridiques et psychosociaux pour les aînés maltraités (Reeves et Wysong, 2010).

Étant donné que les situations d'exploitation financière ont des répercussions sur les sphères juridique, financière, psychosociale et dans certains cas même sur la condition médicale de l'aîné maltraité, la composition idéale de l'équipe comprend des experts provenant de tous ces domaines professionnels (Reeves et Wysong, 2010). Toutefois, la raison d'être de ces équipes étant la réponse aux cas de maltraitance financière, il est courant qu'elles comptent sur une participation accentuée des membres ayant une expertise dans les domaines de l'immobilier et financier (Nerenberg, 2006).

Aux États-Unis, plusieurs communautés ont reconnu la nécessité de recourir aux soutiens des experts en finances afin d'aider les enquêteurs à distinguer les transactions financières légitimes des frauduleuses, à éviter les pertes des biens des aînés vivant la maltraitance et à constituer des dossiers pour la cour (Nerenberg, 2006). Les

communautés ont commencé à demander, de plus en plus, d'aide de la part des institutions financières afin d'identifier et de signaler les cas d'exploitation financière et d'éduquer le public sur cette problématique (Nerenberg, 2006).

Cette demande est à l'origine de la création d'une variante du modèle FAST soit la réponse rapide (*Rapid Response (FAST)*). Ce modèle a été développé afin de répondre rapidement à des urgences financières, y compris les situations dans lesquelles les actifs des aînés sont en danger. Ces équipes ont tendance à être petites et à inclure des travailleurs des APS, des *ombudsmen*, des agents de la police, les procureurs du district et des représentantes du conseil de la ville ou du comté. Les membres de l'équipe peuvent mener des entrevues conjointes avec les aînés dans les heures suivant la réception d'un rapport afin que des mesures immédiates soient prises pour protéger les biens et pour prévenir d'autres abus (Nerenberg, 2006).

À part des spécialistes du domaine fiduciaire et bancaire, les FAST incluent aussi des agents locaux d'application de la loi et, dans certains cas, des représentants des bureaux de procureurs fédéraux, du Bureau fédéral d'investigation (*Federal Bureau of Investigation (FBI)*), de la Commission fédérale du Commerce (*Federal Trade Commission*), des bureaux de fraudes et d'abus de *Medicaid* et des organismes de réglementation de l'État (Nerenberg, 2006).

Parmi les approches novatrices aux États-Unis se trouve l'équipe d'intervention technique de retraités de l'État d'Oregon (*Oregon's Retiree Response Technical Team*). Cette équipe recrute du personnel retraité de la banque en tant que bénévoles pour aider les travailleurs des services de protection à enquêter sur les rapports de maltraitance financière (Nerenberg, 2006). Une autre initiative est celle des APS à San Francisco en Californie, qui a mis en place une unité spécialisée sur l'exploitation financière. Au sein de cette unité, les travailleurs reçoivent une formation spéciale à l'égard du sujet et ils travaillent en étroite collaboration avec l'unité de la fraude de la police (Nerenberg, 2006).

En vertu d'un projet pilote mené par l'Institut de services de protection de l'Université de Temple, des comptables judiciaires (*forensic accountants*) sont mis à la disposition des APS, de la police et des procureurs du district dans le but de les assister dans des enquêtes d'abus financiers, rédiger des rapports et servir de témoins experts (Nerenberg, 2006).

Équipes de réponse médicale

Les équipes de réponse médicale sont composées principalement de professionnels de la santé, qui visent à fournir une expertise médicale dans les situations confirmées ou soupçonnées de maltraitance envers les aînés (Schneider *et al.*, 2010). Les membres sont en mesure d'évaluer les blessures et les signes de négligence, le fonctionnement cognitif, d'interpréter les examens médicaux ou les témoignages et d'offrir un témoignage en cour (Brandl *et al.*, 2007).

L'origine de ces équipes remonte aux années 1990, lorsque les secteurs de services de protection des adultes et d'application de la loi ont rapporté leurs besoins de soutien médical dans les situations de maltraitance envers les aînés. Les conditions médicales accompagnant le processus de vieillissement pouvant ressembler ou masquer les indicateurs de maltraitance, l'expertise médicale devenait ainsi cruciale afin de mieux évaluer les situations rencontrées par les professionnels de ces secteurs (Mosqueda *et al.*, 2004). Plusieurs centres universitaires ont répondu à cette demande afin de former des équipes interdisciplinaires centrées dans la discussion des cas de maltraitance envers les aînés. Houston au Texas et le comté d'Orange en Californie, sont des exemples des communautés ayant développé ce modèle d'équipe de réponse médicale (Brandl *et al.*, 2007).

Le principal exemple mentionné dans la littérature pour ce modèle d'équipe est l'équipe de spécialistes de l'adulte vulnérable (*Vulnerable Adult Specialist Team (VAST)*) de l'Université de Californie à Irvine College of Medicine dans le comté d'Orange en Californie.. Créée en 2000, avec une subvention de la Fondation *Archstone*, cette équipe a été développée dans le but de fournir aux divers secteurs du comté un accès à des

experts médicaux disponibles pour répondre aux questions médicales, examiner les blessures physiques et psychologiques des aînés pouvant être en train de subir une situation de maltraitance, évaluer leur capacité de consentement et donner un soutien dans l'analyse des documents et de preuves menant à amorcer des procédures judiciaires (Brownel et Rosich, 2007; Mosqueda *et al.*, 2004; Nerenberg, 2006).

Équipes de révision des décès des aînés

Développées depuis 2001, les équipes de révision des décès des aînés, appelés en anglais *Elder Fatality Review Teams* ou *Elder Death Review Teams*, reprennent une approche utilisée avec succès dans le champ de la maltraitance des enfants et de la violence conjugale (Brandl *et al.*, 2007; Nerenberg, 2006). Leur objectif est d'examiner les décès des aînés résultants ou en lien avec des cas de maltraitance (Schneider *et al.*, 2010). Leur but est d'améliorer la réponse des secteurs impliqués dans la lutte contre la maltraitance envers les aînés afin de prévenir d'autres décès semblables. Plus spécifiquement, ces équipes s'occupent d'évaluer les causes des décès. Ces membres tentent de distinguer les décès accidentels de ceux qui ne le sont pas, d'explorer les événements qui ont mené aux décès, d'identifier les problèmes systémiques sous-jacents et de collaborer dans les poursuites judiciaires (Nerenberg, 2006).

Les équipes sont composées de médecins, d'agents de l'application de la loi (aux niveaux locaux, des États et dans certaines situations, fédéraux), de procureurs et d'organismes d'État qui supervisent les établissements de soins de longue durée, entre autres. En plus, les professionnels de la santé mentale peuvent fournir des orientations dans l'évaluation de l'état mental des personnes avant leur mort dans le but d'identifier leur état cognitif et des signes de suicide (Nerenberg, 2006).

Les premières équipes multidisciplinaires d'examen des décès des aînés (*Elder Death Review Teams*) furent mises sur pied au début des années 2000 (Nerenberg, 2006). Les États-Unis comptent huit équipes de révisions des décès *Fatality Review Teams*, situées à Houston au Texas, au Maine, dans le comté de Pima en Arizona, dans le comté de Pulaski en Arkansas et les comtés d'Orange, de Sacramento, de San Diego et de San

Francisco en Californie. Plusieurs autres communautés sont en train d'établir ce type d'équipes (Brandl *et al.*, 2007).

La recherche et la formation en médecine légale et l'offre de possibilités d'échange entre les professionnels médicales et juridiques sont soulignées comme les principales contributions apportées par ces équipes au domaine de la lutte contre la maltraitance envers les aînés (Nerenberg, 2006).

Centres médico-légaux de lutte contre la maltraitance des aînés

Le premier centre médico-légal a été développé par Wigglesworth et ses collègues de l'Université de Californie, Irvine. Cette équipe a été créé en 2003, dans le comté d'Orange en Californie (Navarro *et al.*, 2010; Wigglesworth *et al.*, 2006).

Ce modèle d'équipe multidisciplinaire, identifié en anglais comme le *Elder Abuse Forensic Center* (EAFC) a été conçu pour répondre au besoin d'intégrer les services de deux secteurs historiquement distincts et habitués à répondre en silo à la problématique de la maltraitance : le secteur des services de la santé et des services sociaux et le secteur judiciaire (Navarro *et al.*, 2010; Schneider *et al.*, 2010). Le travail dans le cadre de ce modèle d'équipe a ainsi facilité la communication et la synergie entre ces deux secteurs qui sont habituellement fragmentés (Schneider *et al.*, 2010). La communication et la synergie ont également été facilité entre les professionnels, qui souvent possèdent peu de connaissances sur les rôles de chacun face à la problématique et peu d'expérience à travailler ensemble (Navarro *et al.*, 2010).

Les modèles des EAFC, grâce à leur infrastructure de rencontre permettant l'échange des professionnels de ces deux secteurs sur une base hebdomadaire, ont permis d'améliorer la réponse face aux cas complexes (Navarro *et al.*, 2010). Le partage interprofessionnel et intersectoriel, de façon régulière, a favorisé la communication et la compréhension, conduisant ainsi à une meilleure efficience et efficacité en termes de processus d'enquête et de résolution des cas (Liao *et al.*, 2005; Navarro *et al.*, 2010; Schneider *et al.*, 2010).

Un exemple donné par les auteurs correspond à l'amélioration de la communication entre les travailleurs des APS et les agents de l'application de la loi du centre médico-légal du comté de Los Angeles (*Los Angeles Elder Abuse Forensic Center*). Depuis sa création, au début 2006, une équipe d'évaluation externe a examiné la structure, les processus et les résultats du centre médico-légal (Navarro *et al.*, 2013).

Une de conditions de réussite du centre médico-légal concerne sa structure, laquelle inclut le leadership administratif de son directeur, d'un médecin gériatre et du coordonnateur de l'équipe, engagé à temps plein dans le projet. L'équipe compte sur la participation de plusieurs secteurs et organismes du comté : les APS, le département de police, le département de santé mentale, le département du sheriff et du procureur du district, le programme de soutien aux aînés maltraités et témoins, le bureau du *Public Guardian*, la faculté de médecine de l'Université de *Southern California*, les neuropsychologues spécialisés en sciences criminelles, etc. Les membres analysent trois à quatre nouveaux cas chaque semaine et reçoivent des mises à jour sur les cas précédents. La plupart des cas sont présentés par les travailleurs des APS et par les agents de l'application de la loi, soit en personne ou par téléconférence. En plus de participer aux réunions hebdomadaires, les membres de l'équipe offrent un soutien aux professionnels ouvrant directement auprès des personnes impliquées dans le cas (généralement, il s'agit des travailleurs des APS et des agents de l'application de la loi). Le soutien peut concerner l'évaluation de l'état de santé du client, sa capacité décisionnelle, les besoins en termes de soins de santé, de santé mentale ou des services sociaux. De plus, le soutien peut viser l'examen des dossiers médicaux, la réalisation de tests neuropsychologiques et la compilation des preuves pour le dossier judiciaire (Navarro *et al.*, 2013).

En termes de résultats positifs, les professionnels des APS ont affirmé avoir plus d'accès aux agents de l'application de la loi, tant par les voies formelles qu'informelles, ceci ayant pour résultat la possibilité de faire progresser leurs dossiers. Un autre fruit du travail de l'équipe était la création d'un programme de formation de trois jours, dédié

aux agents de l'application de la loi et portant sur le processus d'enquête concernant les cas de maltraitance envers les aînés (Navarro *et al.*, 2013).

6.8.3 Selon d'autres critères

Parmi le corpus documentaire recensé, le texte d'Anetzberger (2005) propose une classification des équipes selon trois critères : centration (*auspice*), intention (*intention*), et orientation (*orientation*). Elle souligne, cependant, que malgré les différences, certains aspects restent assez uniformes tels que les avantages, les structures et les formules d'organisation des équipes. Le tableau suivant présente une synthèse de la classification proposée par l'auteur :

Tableau 21. Typologie des équipes multidisciplinaires selon la centration, l'intention et l'orientation

Centration (<i>auspice</i>)	Intention ou objectif	Orientation
<p>Spécifique d'un organisme (<i>organization-specific</i>) Les équipes émergent des besoins d'une institution publique ou d'un organisme particulier, généralement d'un hôpital ou des APS.</p> <p>Communauté/consortium (<i>community/consortium</i>) Formés par des communautés, des régions géographiques spécifiques ou par des réseaux luttant contre la maltraitance déjà établie. Ils incluent différentes disciplines, ainsi qu'une représentation des différents organismes et secteurs de services. En plus, ces équipes peuvent veiller à ce que les services soient fournis aux clients par tous les organismes disponibles et en capacité de répondre aux besoins, plutôt que par un seul organisme public ou privé des services de protection aux aînés.</p>	<p>Analyse des cas (<i>case analysis</i>) Ces équipes fournissent à la fois des évaluations cliniques et des suggestions concernant les services nécessaires dans les cas analysés. (...) Ce type d'équipe est particulièrement utile dans les situations complexes et qui ne présentent pas de solutions faciles.</p> <p>Planification éducative/programmation (<i>education/program planning</i>) Programmes de formation, protocoles et un répertoire de ressources en lien avec la reconnaissance de la maltraitance et les références disponibles.</p>	<p>Spécifiques à la maltraitance (<i>elder abuse-specific</i>) Peuvent aborder une seule ou plusieurs formes de maltraitance.</p> <p>Non spécifiques à la maltraitance (<i>non-elder abuse-specific</i>) En général, il s'agit des groupes gériatriques ou d'éthique déjà établies lesquels ont formalisé les relations avec les APS (services de protection des adultes) fournissant des consultations à la demande.</p>

6.9 Équipes multidisciplinaires et législation

Daly et Jogerst (2014) abordent particulièrement la relation entre la législation et le développement des équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires aux États-Unis. Leur étude évaluative examine la fréquence, le contenu et les impacts des textes législatifs portant spécifiquement sur les *MDTs* dans différents États du pays.

En 2000, huit États avaient adopté un texte sur les *MDTs* dans leur législation (Californie, Colorado, Floride, Iowa, Minnesota, Montana, Nevada et Vermont), augmentant à neuf en 2008. L'objectif principal de ces textes était de décrire la définition (quatre États), la mission (tous les états), les disciplines ou professionnels participants (sept États) et le fonctionnement (lieu et fréquence des rencontres) des équipes multidisciplinaires.

Selon les résultats de l'étude, les États possédant des textes législatifs spécifiques sur les équipes multidisciplinaires possèdent des taux plus élevés de signalement, d'enquête et de preuves cumulées de cas de maltraitance envers les aînés. Cependant, il n'est pas évident que de conclure que ces résultats soient tributaires exclusivement de l'inclusion des *MDTs* dans la législation étatique, car de nombreux facteurs entrent en ligne de compte pouvant influencer les taux signalement, d'enquête et de preuves cumulées, les équipes multidisciplinaires en étant un parmi d'autres.

Malgré ce constat, les auteurs affirment que l'inclusion claire et explicite de ce modèle de pratique collaborative au sein des textes législatifs démontrerait la reconnaissance de l'État à l'égard ses bénéficiaires dans la lutte contre la maltraitance, ainsi que son soutien afin de stimuler le développement et la productivité de ces équipes. Compter avec de plus amples informations dans les statuts serait fondamental afin de mieux orienter l'implantation des équipes multidisciplinaires. Le contenu dans les textes législatifs concernant les *MDTs* pourrait être amélioré si certains aspects étaient clairement décrits tels que les objectifs, le lieu et la fréquence minimale pour les réunions, le rôle et profil du chef d'équipe et le territoire couvert par le *MDT* (comté, district ou État).

6.10 Équipes multidisciplinaires et secteurs ruraux

Un seul texte du corpus documentaire aborde le sujet de l'utilisation des équipes multidisciplinaires pour contrer la maltraitance envers les aînés dans un contexte de ruralité. Il s'agit d'une recherche réalisée par Vandesburger et Imbody en 2009 et publiée en 2013. L'étude, développée dans les communautés rurales du sud-ouest de la Virginie (États-Unis), explore le point de vue des professionnels à propos de la problématique de la maltraitance, ainsi que les meilleurs moyens d'y répondre en fonction de leur expérience professionnelle.

Les résultats des *focus groups*, auxquels quarante-cinq professionnels provenant d'un large éventail de divers organismes ont participé, ont souligné le travail en équipe multidisciplinaire et interdisciplinaire comme un besoin et une stratégie gagnante afin de faire face à la maltraitance dans les secteurs ruraux.

En effet, au milieu d'un contexte dans lequel l'offre de services s'avère minimale et les besoins des aînés maltraités sont plus vastes, le travail en équipe interdisciplinaire, selon les professionnels consultés, devient nécessaire afin d'identifier les besoins de la communauté et d'investir dans le développement des ressources communautaires.

Les difficultés rencontrées par les professionnels qui essaient de rejoindre les aînés vivant la maltraitance se voient exacerbées par le contexte de la vie rurale et l'isolement géographique. Dans les zones rurales, les résidences sont souvent géographiquement isolées, les routes sont parfois inaccessibles, et les médecins, souvent les premiers à identifier les signes de maltraitance, sont rares. La combinaison de ces facteurs rend difficile l'offre d'aide à la population aînée, notamment ceux qui sont particulièrement dans le besoin ou vivant dans des conditions de fragilité.

Face à ces conditions complexes, les praticiens ont souligné la nécessité de travailler ensemble plutôt que séparément au bénéfice de leurs communautés, les équipes multidisciplinaires étant un modèle pertinent afin de répondre aux besoins et obstacles identifiés. La création d'un bottin des ressources de la communauté facilement

accessible et actualisable a été notée comme étant l'une des premières tâches auxquelles une telle équipe devrait s'attaquer. En deuxième lieu, l'accès à une formation interdisciplinaire et axée sur la recherche était considéré comme essentiel. Enfin, la création d'un poste de professionnel visant spécifiquement à répondre aux besoins de la communauté rurale a été également envisagée comme stratégie valable et ajustée à la lutte contre la problématique dans les milieux ruraux.

6.11 Avenir du modèle d'équipes multi et interdisciplinaires

Le constat de la complexification des situations de maltraitance envers les aînés amène à projeter l'augmentation des enjeux de responsabilité et d'éthique au sein des équipes multidisciplinaires. Les futures équipes seraient ainsi attirées vers le travail sous une structure de groupe fermée et vers une consultation constante à l'égard des enjeux éthiques complexes présents dans de nombreux cas de maltraitance envers les aînés. Il est possible que de nouveaux membres doivent être recrutés pour fournir cette expertise. Concernant la planification et la logistique associées aux rencontres, les nouvelles technologies pourraient contribuer amplement au maintien de futures équipes. Les outils technologiques, tels que la vidéoconférence, pourraient permettre le travail conjoint entre des équipes de différentes distances géographiques. Finalement, les nouveaux programmes destinés à la lutte contre la maltraitance envers les aînés pourraient émerger en intégrant déjà une approche multidisciplinaire afin d'offrir, dès leur mise en marche, des services psychologiques, juridiques, médicaux, en travail social, en application de la loi, entre autres (Twomey *et al.*, 2010).

Les modèles d'intégration de services (*integrated service models*) pratiqués par les équipes multi et interdisciplinaires font partie des cinq initiatives considérées pour le *Archstone Foundation Elder Abuse and Neglect Initiative* comme essentielles pour l'avenir du travail dans le domaine de la lutte contre la maltraitance envers les aînés (Giles *et al.*, 2010). Ce choix est expliqué par les multiples bénéfices que le travail collaboratif entre les divers organismes et secteurs apporte à long terme tant pour les aînés maltraités, les professionnels, les organismes et la société en générale

(Wiglesworth *et al.*, 2006 cités dans Giles *et al.*, 2010). La vision pour 2020 de la fondation *Archstone* consiste à favoriser le déploiement des équipes multi et interdisciplinaires, non seulement dans l'État de la Californie, mais à l'échelle nationale (Giles *et al.*, 2010).

7. RÔLES DES SECTEURS ET DES PROFESSIONNELS

Dans le but de prévenir et de lutter contre la maltraitance, de nombreux secteurs, organismes et professionnels fournissent des services à la population âgée. Comme les pièces d'un puzzle, ces acteurs peuvent être dispersés et, parfois, n'avoir que peu ou pas de lien entre eux. En conséquence, les aînés vivant la maltraitance peuvent rencontrer des dizaines de personnes, provenant de divers secteurs, qui leur posent les mêmes questions, leur font passer des procédures confuses ou leur donnent des informations contradictoires (Brandl *et al.*, 2007).

Malgré l'abondance des ressources, paradoxalement, l'une des difficultés que vivent les personnes âgées maltraitées ou leurs proches est de ne pas savoir à quelle porte frapper pour obtenir de l'information, se confier et recevoir les services nécessaires.

Les lieux ou services diffèrent souvent d'une région à l'autre et le manque de concertation ne permet pas toujours de bien diriger la personne vers la ressource appropriée (Ministère de la Famille et des Aînés du Québec, 2013, p. 56).

Afin d'améliorer l'offre de services aux aînés maltraités, les organismes et les professionnels impliqués doivent, « d'abord et avant tout connaître les rôles de chacun d'entre eux. Cela permettra d'éviter de la confusion ou des tensions inhérentes à la collaboration interprofessionnelle » (Ministère de la Famille et des Aînés du Québec, 2013). Ils doivent être en mesure, également, de transmettre ces rôles clairement à l'aîné maltraité et de maintenir une communication claire et fréquente entre eux. Finalement, ils sont appelés à coordonner leurs activités et l'offre des services d'une manière simple et capable d'apporter le maximum d'avantages à l'aîné maltraité le plus rapidement et le plus efficacement possible (Brandl *et al.*, 2007).

Lachs et Pillemer (2004) soulèvent le fait que de nombreux professionnels ne possèdent ni le temps ni l'accès aux équipes multidisciplinaires. Dans ces cas, ils leur suggèrent de former des alliances informelles avec des professionnels de leur réseau qui ont un intérêt ou qui travaillent déjà dans le domaine. La façon de faire ces liens dépendra, évidemment, du pays et du contexte spécifique dans l'organisation des services.

Les secteurs de soins de santé, des services sociaux et de réponse judiciaire, tant dans la sphère publique, privée ou communautaire, apparaissent dans la littérature comme étant les principaux répondants dans la prévention et la lutte contre la maltraitance. La majorité de descriptions globales concernant les secteurs se trouve dans les articles provenant des États-Unis, tandis que la description des professions est abordée de façon plus ample dans la littérature consultée.

Synthèse des principaux rôles des secteurs et des professions dans les pratiques collaboratives face à la maltraitance des aînés.

7.1 Services sociaux

Aux États-Unis, les APS sont les services gouvernementaux responsables de recevoir et de donner une première réponse aux signalements des cas de maltraitance envers les aînés. Les APS sont responsables, en premier lieu, de recevoir les signalements et de prendre un contact personnalisé avec les aînés vivant une situation de maltraitance afin de déterminer le niveau de risque immédiat. Ensuite, ils s'occupent d'amorcer une enquête sur les allégations de maltraitance et de déterminer s'il existe des éléments de preuve pour la poursuite du cas. L'entité organise également la dispensation des services nécessaires pour réduire le risque de nouveaux actes de maltraitance. Tout à long du processus, les APS sont responsable d'évaluer la capacité de l'aîné maltraité à donner un consentement éclairé concernant les services offerts. Les aînés maltraités possédant cette capacité peuvent refuser la totalité ou une partie des services. Également, dans de nombreux États américains, les travailleurs des APS enquêtent sur les cas de maltraitance qui se produisent dans les installations, en amont de l'enquête menée par les organismes de réglementation (Brandl *et al.*, 2007).

La prestation des services de protection des adultes n'est pas régie par des lois ou des standards provenant du gouvernement fédéral. Ainsi, chaque État dirige de façon autonome la gestion à l'égard ce sujet. Bien que toutes les agences du pays s'appuient, à la base, sur les mêmes valeurs fondamentales faisant partie de leur mission globale, la

gestion autonome fait en sorte que la définition de la maltraitance, la reconnaissance de ces diverses formes, les exigences face à la dénonciation des cas et le partage d'information entre secteurs varient à travers le pays (Brandl *et al.*, 2007; Nerenberg *et al.*, 2012).

Par rapport au personnel des APS, l'organisme est composé, généralement, avec des professionnels provenant des domaines des sciences humaines et des sciences sociales. Seulement deux États, le Kansas et l'Utah, exigent des études spécifiquement en travail social (Teaster, 2002, cite dans Brandl *et al.*, 2007).

Les travailleurs des APS ne possèdent pas un guide déontologique officiel tel que le serment d'Hippocrate des médecins, néanmoins, certaines valeurs et certains principes fondamentaux guident leur pratique. D'abord, dans leurs interventions, ils visent à concilier la protection et la sécurité de l'aîné avec son droit à l'autodétermination. En deuxième lieu, leur code d'action les amène à interagir avec les aînés maltraités avec honnêteté, compassion et respect (*National Adult Protection Services Association*, 2004, cite dans Brandl *et al.*, 2007).

Un des enjeux émergeant pour le secteur correspond à l'adéquation de l'offre des services aux aînés vivant des situations d'autonégligence. Malgré le peu de recherches sur le sujet, la plupart des praticiens et des experts aux États-Unis affirment que cette problématique est plus commune que d'autres formes de maltraitements et qu'elle constitue un facteur de risque associé à l'émergence d'autres formes de mauvais traitements (Bitondo *et al.*, 2008; Brandl *et al.*, 2007; Connolly, 2008; Heath, Brown, *et al.*, 2005; Heath, Kobylarz *et al.*, 2005; Mosqueda et Xinqi, 2011; Poythress *et al.*, 2006). Les aînés vivant une situation d'autonégligence exposent leur vulnérabilité, ce qui les rend plus susceptibles d'être maltraités, négligés ou exploités par d'autres. L'inverse semble également vrai, soit que les aînés qui ont été maltraités, négligés ou exploités par un tiers sont plus susceptibles de vivre l'autonégligence (Connolly, 2008). La complexité de cette problématique et son lien avec d'autres éléments à la racine d'autres types de maltraitance exige une réponse holistique et concertée de la part des

professionnels du secteur de la santé, de services sociaux, du domaine judiciaire ainsi que la communauté dans son ensemble pour équilibrer le devoir de protéger et de respecter les libertés civiles des aînés maltraités (Bitondo *et al.*, 2008; Connolly, 2008; Mosqueda et Xinqi, 2011; Poythress *et al.*, 2006; Ramsey-Klawnsnik, 2006). Étant donné la complexité de cas, les APS ont commencé à se tourner vers d'autres organismes et à développer des alliances informelles afin de répondre à la multiplicité de besoins des aînés vivant cette problématique (Brandl *et al.*, 2007; Ramsey-Klawnsnik, 2006).

Une des principales relations de partenariat qui ont été créées au fil du temps par ces agences de l'État correspond au lien avec les organismes communautaires. La proximité de ces organismes avec les communautés qu'ils desservent et la diversité des programmes et de services offerts à la population aînée, aux aînés maltraités, à risque de subir une situation de maltraitance et à leur entourage, les rend des acteurs et des partenaires indispensables dans l'articulation d'une réponse du réseau de services sociaux à la problématique de la maltraitance. Parmi des services offerts identifiés par la littérature se trouvent : le repas et les soins à domicile, les abris d'urgence, les lignes d'écoute 24 heures, l'intervention individuelle et de groupe, les activités d'information et de sensibilisation, les références à d'autres services complémentaires et l'aide juridique. Certaines communautés religieuses offrent également des programmes de soutien aux aînés maltraités (Ulrey et Brandl, 2012).

À l'égard des professionnels, la littérature aborde le rôle des travailleurs sociaux, des psychologues, des travailleurs des services de protection aux adultes, et des défenseurs des droits de personnes vivant situations de violence intrafamiliale.

Psychologues

Leur rôle au sein du travail collaboratif comporte deux axes soit le soutien aux membres de l'équipe et l'intervention auprès des aînés maltraités, les proches aidants et les personnes maltraitantes. D'abord, les psychologues sont appelés à aider dans la prise de distance et l'élaboration de l'expérience des membres de l'équipe (Degenaers, 2012), à animer ou coanimer les réunions centrées sur l'analyse des pratiques professionnelles

(Degenaers, 2012) et à apporter des éclairages ou réaliser des formations quant aux pathologies, comportements, approches et dynamiques de groupe en général (Degenaers, 2012; Falk *et al.*, 2010). Ils possèdent également la responsabilité de documenter les signes de maltraitance afin d'obtenir des preuves qui pourront être utilisées soit en cour ou soit pour sensibiliser les autres partenaires de l'équipe sur la façon dont les conditions psychologiques affectent, par exemple, la prise de décision des aînés maltraités (Falk *et al.*, 2010).

Sur le plan des aînés maltraités, les psychologues se centrent sur l'évaluation des capacités fonctionnelles, particulièrement dans l'évaluation de la capacité cognitive (Falk *et al.*, 2010; Ulrey et Brandl, 2012). Cette dernière constitue un élément clé dans l'enquête sur les crimes contre les aînés (Ulrey et Brandl, 2012). Grâce à cette expertise, l'aide de ces professionnels est sollicitée dans la détermination du besoin de curatelle et leur présence est aussi demandée en tant que témoins experts dans des procédures à la cour de justice pénale, civile ou de probation (Falk *et al.*, 2010). Une évaluation complète de l'aîné maltraité par un tel spécialiste joue souvent un rôle clé afin de réussir les cas amenés au processus de poursuite judiciaire (Ulrey et Brandl, 2012). Le témoignage psychologique est une manière convaincante afin de sensibiliser les juges, les jurés et les avocats sur l'influence des conditions psychologiques dans la vie des aînés maltraités et des personnes maltraitantes. Il peut avoir un grand poids à propos des décisions que les juges et les jurés doivent prendre (Falk *et al.*, 2010).

Finalement, concernant les proches aidants et les agresseurs, le rôle décrit dans la littérature correspond principalement à l'éducation sur la problématique et à l'intervention directe (Falk *et al.*, 2010).

Travailleurs sociaux

Dans la littérature recensée, les travailleurs sociaux sont décrits comme des professionnels-pivot facilitant la mise en relation de tous les acteurs impliqués dans l'intervention face aux cas de maltraitance envers les aînés (Degenaers, 2012; Lachs et Pillemer, 2004; Rothman et Dunlop, 2006). Ces professionnels sont ainsi identifiés comme les responsables de coordonner la réponse médicale, sociale, judiciaire et communautaire face à la maltraitance (Lachs et Pillemer, 2004). De façon plus spécifique, ils agissent en tant qu'agents de liaison avec les intervenants appartenant à d'autres services (Degenaers, 2012; Rothman et Dunlop, 2006), avec les proches aidants (Degenaers, 2012) et avec d'autres acteurs, tels que les bénévoles ou les étudiants pouvant être impliqués dans différentes activités ou services offerts aux aînés maltraités ou à risque de maltraitance (Rothman et Dunlop, 2006).

À part la création des liens et la coordination de la réponse des acteurs, les travailleurs sociaux participent notamment à des interventions spécifiques, telles que l'animation des activités dans les centres de jour ou l'accompagnement dans les services de répit (Lachs et Pillemer, 2004). Étant donné leur contact régulier avec les divers secteurs, organismes et professionnels, ils sont en mesure d'identifier de nouvelles ressources disponibles afin de les intégrer aux plans d'intervention (Lachs et Pillemer, 2004). Également, leur contact presque quotidien avec les aînés vivant des situations de maltraitance les amène souvent à acquérir «une connaissance plus globale de l'individu par les interactions multiples qu'ils établissent avec celui-ci (animations, accompagnements divers, sorties, etc.), constituant ainsi une source de richesse qui peut être mise à profit pour la personne aidée» (Degenaers, 2012, p. 136).

Cette proximité avec les aînés maltraités et leur entourage et leurs connaissances théoriques et pratiques quant au problème leur donnent une expertise très appréciée et recherchée par les autres professionnels (Belzile, Beaulieu, Berg, et Respect Seniors, 2013; Wilson, 2004). Dans une étude évaluative, réalisée par Vanmeerbeek et al. (2007), auprès des médecins généralistes, aides familiales et infirmier(e)s, ces professionnels

ont exprimé « leur désir de voir les travailleurs sociaux venir leur prêter main forte directement sur le terrain » (p. 6). Dans les cas complexes, ils ont admis se tourner vers les travailleurs sociaux qui, en matière de maltraitance, sont considérés comme les mieux préparés pour intervenir.

Au plan des savoirs, les travailleurs sociaux possèdent de connaissances notamment en matière d'évaluation globale, de dynamique de projets, de psychologie et de droit (Degenaers, 2012). A l'égard du savoir-faire, leurs compétences en négociation et en création de réseau les aident à naviguer à travers les interfaces des différents services (Lawler, 2007 cité dans Manthorpe *et al.*, 2010). Enfin, la défense de droits de leurs clients se trouve au cœur de leur travail (Yaffe *et al.*, 2009) et le fondement de leur discipline se base sur le respect de la dignité et de l'autodétermination des personnes (Brandl *et al.*, 2007).

Dans les dernières décennies, le travail social a brillé par une contribution croissante dans le champ de la lutte contre la maltraitance des aînés (Reingold, 2006). Les efforts de recherche et de diffusion scientifique, menés par des chercheurs et des praticiens du domaine, notamment provenant des États-Unis, du Royaume-Uni, de la France et du Canada, sont une des preuves de l'engagement des professionnels de la discipline face au sujet. D'une autre côté, par leur présence sur le terrain et par leur rôle actif dans la prévention, la détection, l'intervention et le suivi des cas de maltraitance, les travailleurs sociaux contribuent à l'amélioration de la qualité des services et donc au bien-être des aînés, de leurs proches et des professionnels œuvrant auprès d'eux (Degenaers, 2012).

Travailleurs des services de protection aux adultes (APS)

Bien que parfois identifié aux travailleurs sociaux, la majorité des textes n'aborde pas la formation disciplinaire des travailleurs des services de protection aux adultes. Ils sont ainsi nommés plutôt en tant que travailleurs des APS (*APS workers*) ou *caseworkers*. Seulement deux articles identifient leurs principales tâches au sein du travail de collaboration. Ces travailleurs répondent aux signalements de cas de maltraitance, mènent des enquêtes, déterminent si la maltraitance s'est produite ou non et ils sont en

mesure d'orienter les aînés maltraités vers des références appropriées pour recevoir des services (Ulrey et Brandl, 2012). Ils sont bien placés pour identifier les ressources qui peuvent être intégrées dans un plan global de soins. Finalement, ils ont l'obligation, dans certaines juridictions, de signaler les cas aux organismes du gouvernement (Lachs et Pillemer, 2004).

Défenseurs de droits des personnes vivant la violence intrafamiliale

Depuis la fin des années 90, la compréhension de la problématique de la maltraitance a bénéficié d'une perspective plus élargie tenant compte de la présence de dynamiques de pouvoir et de contrôle dans de nombreux cas. Les défenseurs de droits des personnes vivant la violence intrafamiliale ont joué un rôle clé dans cette évolution en dénonçant la désadaptation des services aux besoins des femmes âgées subissant des actes de violence. À partir de ce moment, dans certaines communautés, les programmes de violence conjugale ont commencé à embaucher des spécialistes dans le domaine de la maltraitance envers les aînés et, suite à cette décision, des groupes de soutien pour les femmes âgées vivant la violence ont vu le jour. Cependant, les ajustements et les améliorations apportées concernant la disponibilité des services pour les aînés vivant de situations de violence ont été qualifiés comme « modestes ». Plus récemment, certains programmes d'agression sexuelle ont commencé à créer du matériel écrit et des services spécifiques pour les aînés maltraités. Le rôle de ces professionnels peut être très large, toutefois, certaines contributions peuvent être remarquées : fournir des témoignages d'experts concernant la dynamique de la violence dans les cas de maltraitance, collaborer avec d'autres systèmes pour améliorer la réponse aux besoins de aînés maltraités et assurer la planification de stratégies pour améliorer la sécurité de l'aîné maltraité ou à risque (Brandl *et al.*, 2007).

7.2 Santé

Quelques décennies se sont écoulées avant que le secteur de la santé ne s'implique activement dans la lutte contre la maltraitance envers les aînés. Entre 1970, date de la célèbre publication faisant allusion au « *granny battering* » au Royaume-Uni, et 1990, les médecins et d'autres professionnels de la santé ont contribué modestement à la littérature médicale concernant la problématique (Brandl *et al.*, 2007). Une de raisons expliquant ce manque d'intérêt revient à une question de perspective sur la maltraitance : le phénomène était considéré strictement comme un problème social, donc qui ne concernait pas les professionnels de la santé. Néanmoins, au fur et à mesure que les chercheurs en sciences sociales ont commencé à effectuer des études plus rigoureuses de la problématique, une compréhension plus globale et la sensibilisation face au sujet ont augmenté et ont apporté de changements dans le terrain d'intervention. C'est ainsi qu'actuellement, l'implication et l'engagement du secteur de la santé sont évidents. En guise d'exemple, des rapports produits récemment par le *National Research Council* (Bonnie et Wallace, 2003 cités dans Brandl *et al.*, 2007) et par l'*Institute of Medicine* (Institute of Medicine, 2002, cité dans Brandl *et al.*, 2007), demandent à toutes les écoles professionnelles de santé de former leurs étudiants sur la violence familiale, y compris sur la maltraitance envers les aînés. Quatre programmes d'études dans différentes régions à travers les États-Unis ont également commencé à donner une formation sur le sujet, et ce, à des professionnels de diverses disciplines (Heath *et al.*, 2002, cités dans Brandl *et al.*, 2007).

La plupart des médecins prêtent le serment d'Hippocrate lorsqu'ils obtiennent leur diplôme universitaire. Les infirmières adhèrent également au principe de faire ce qui est mieux pour les patients, c'est-à-dire de veiller à leur bien-être en priorisant leur sécurité et leur santé physique (Brandl *et al.*, 2007).

Professionnels en soins de santé

En général, la littérature aborde ces professionnels en soulevant notamment leur rôle essentiel dans l'identification, le signalement et la collecte de preuves afin de contrer la maltraitance. D'abord, ces professionnels occupent souvent une position privilégiée pour identifier la problématique étant donné leur contact régulier avec les aînés (Chan *et al.*, 2009; Spangler et Brandl, 2007). L'isolement, vécu par une grande majorité des aînés maltraités, fait en sorte qu'une maladie ou un évènement médical devient l'une des rares occasions dans laquelle ils puissent entrer en contact avec quelqu'un ayant le potentiel d'intervenir (Ulrey et Brandl, 2012). Une visite inattendue à l'hôpital peut être la seule opportunité pour détecter un cas de maltraitance. En plus, le lien de confiance qui se crée grâce à ce contact peut faire en sorte que, dans certains cas, l'aîné décide de dévoiler sa situation (Ulrey et Brandl, 2012). Par conséquent, les professionnels de la santé devraient posséder des connaissances suffisantes pour poser des questions pertinentes dans le but d'obtenir des informations sur d'éventuelles situations de maltraitance et lorsque des signes de maltraitance sont identifiés ils doivent les documenter et effectuer le suivi nécessaire (Chan *et al.*, 2009; Tran et Mannen, 2009; Ulrey et Brandl, 2012). Dans la plupart des États des États-Unis, ils sont tenus de signaler les cas de maltraitance aux APS et, dans certains États, également aux agents de l'application de la loi (Jayawardena et Liao, 2006; Ulrey et Brandl, 2012). Enfin, leur contribution est sollicitée dans l'étape de la collecte des preuves : ces professionnels pouvant contribuer à la documentation des blessures et à la réalisation des examens d'agression sexuelle.

Médecins

Identification des cas

Étant donné qu'ils voient leurs patients âgés une fois ou plus par an, ces professionnels peuvent être attentifs aux signes de maltraitance (Harrelletal 2002 cité dans Yaffe *et al.*, 2009). Ils sont donc dans une situation privilégiée pour identifier la maltraitance lors de consultations habituelles avec leurs patients (Lachs et Pillemer, 2004). Il devient

impératif ainsi qu'ils soient en mesure de reconnaître ces situations, de poser des questions spécifiques et de réagir (Escard *et al.*, 2013; Moulias *et al.*, 2013).

Référence

Dans les situations où il y a un soupçon de maltraitance, les médecins doivent être en mesure de référer le patient âgé vers d'autres membres de l'équipe (Lachs et Pillemer, 2004). En fait, pour certains auteurs, la réaction de la part des médecins dans les situations de maltraitance correspond à la recherche de la collaboration d'autres professionnels possédant les connaissances et l'expertise nécessaire pour mieux accompagner la personne âgée maltraitée ou à risque de maltraitance (Chan *et al.*, 2009). Le médecin, n'étant pas formé à intervenir lors de situations de maltraitance, se voit parfois démuni pour faire face à ces situations complexes (Moulias *et al.*, 2013).

Le manque de formation et de connaissances des médecins pour aborder les cas de maltraitance des âgés ressort également dans les résultats d'une recherche qualitative réalisée par Vanmeerbeek, Giet et Massart (2007) en Belgique. Dans le cadre de cette étude visant à analyser le ressenti en matière de maltraitance des âgés des professionnels de la santé intervenant fréquemment au domicile, les médecins généralistes évoquent « le manque de connaissance au sujet des organismes de référence (...) (leur) mal à l'aise face à des situations pour lesquelles ils ne sont pas préparés, aux confins de domaines juridique, psychologique, social et médical » (Vanmeerbeek, Giet et Massart, p. 4). Leur réaction face à des situations de maltraitance est donc de se tourner vers les travailleurs ou assistants sociaux (Vanmeerbeek, Giet et Massart, p. 4). Brandl *et al.*, (2007). Ils affirment également qu'une des réactions les plus fréquentes des médecins est de consulter les travailleurs sociaux afin de développer des plans d'intervention adéquate pour l'âgé maltraité et sa famille.

La littérature souligne ainsi l'importance d'une « prise en charge médico-psycho-socio-judiciaire », et ce, notamment par l'intermédiaire des partenaires de l'équipe multidisciplinaire ou du réseau étant en mesure d'aider le clinicien à identifier cette problématique méconnue (Escard *et al.*, 2013). Chercher l'aide des ressources externes

spécialisées, telles que des lignes d'écoute et de prévention de la maltraitance, résulte également d'une attitude professionnelle la plus gagnante pour le médecin, car les professionnels de ces ressources seront en mesure de mieux analyser la situation et d'orienter la réponse (Moulias *et al.*, 2013). Le médecin sera ainsi outillé pour assurer la protection de son patient et de faire progresser les choses rapidement et efficacement, (Yaffe *et al.*, 2009).

Dénonciation

Malgré la position privilégiée par les médecins en termes d'identification de la maltraitance, le taux de dénonciation de ces professionnels aux États-Unis a été classé dixième parmi le personnel de la santé et de services sociaux (Lachs et Fulmer, 1993 cités dans Yaffe *et al.*, 2009). D'autres enquêtes et études au Royaume-Uni et en Australie confirment également ce résultat (Yaffe *et al.*, 2009).

À l'égard de la dénonciation, la littérature ne cesse de recommander une prise en charge multidisciplinaire coordonnée lorsque le médecin se voit confronté à une situation fortement suspectée ou avérée de maltraitance (Escard *et al.*, 2013). Un des arguments sous-jacents à cette recommandation consiste en la préservation du lien confiance et une préoccupation que l'aîné s'isole davantage. En effet, « se lancer seul dans un signalement qui restera sans suite, qui prendra un long temps pendant que la situation s'aggravera, expose le médecin témoin et peut le faire perdre le lien de confiance avec le patient et isoler encore plus celui-ci » (Moulias *et al.*, 2013, p. 109).

Suivi

À l'instar des psychologues, les médecins s'occupent de l'évaluation des capacités fonctionnelles des aînés (Falk *et al.*, 2010; Ulrey et Brandl, 2012). Plus précisément, ils s'occupent de l'examen physique, cognitif et de l'humeur (Lachs et Pillemer, 2004). Grâce à cette expertise, ces professionnels peuvent être appelés à témoigner concernant le processus de décision de tutelle (Lachs et Pillemer, 2004), ainsi que dans d'autres procédures à la cour de justice pénale, civile ou de probation (Falk *et al.*, 2010).

Comme le témoignage psychologique, la participation des médecins a souvent une grande influence à propos des décisions de juges et de jurés (Falk *et al.*, 2010).

Dans le cadre d'une investigation, la police peut compter sur l'aide des médecins gériatres afin de comprendre rapidement les termes médicaux et pouvoir décider s'il y a nécessité de poursuivre ou non l'investigation (Falk *et al.*, 2010). De plus, les médecins peuvent aider en éduquant les autres membres de l'équipe sur les conditions médicales dangereuses, sur la manière dont ils ont pu émerger et sur la façon d'améliorer le bien-être général de l'ainé maltraité (Falk *et al.*, 2010).

Médecins-chefs d'équipe multidisciplinaire

Le corpus des articles recensé présente également une courte description des responsabilités des médecins-chefs des équipes multidisciplinaires. Principalement, ils sont appelés à s'assurer que la problématique et ses enjeux soient ouvertement débattus dans les rencontres d'équipe (Liao et Mosqueda, 2006) et à travailler avec les membres pour accroître la sensibilisation, la détection et la prévention de la maltraitance (Schneider et Li, 2006).

Le médecin-chef d'équipe doit être conscient du risque de maltraitance dans n'importe quel contexte (Schneider et Li, 2006) et se préoccuper de fournir une éducation sur cette problématique aux membres de l'équipe (Liao et Mosqueda, 2006). En tant que chef, une de ses responsabilités serait d'insister afin que la formation et l'éducation sur le thème soient disponibles davantage pour les membres de l'équipe interdisciplinaire (Liao et Mosqueda, 2006).

Finalement, les textes rappellent que le médecin-chef est aussi bien placé pour identifier les possibles cas de maltraitance, orienter l'évaluation, dénoncer vers les autorités compétentes et, si nécessaire, assurer la prise de mesures immédiates pour protéger le patient (Liao et Mosqueda, 2006). Il devrait faire appel à la police, par exemple, quand il y a présence d'un danger imminent ou quand il existe la suspicion d'un crime.

L'agression sexuelle ou l'utilisation des armes sont des circonstances nécessitant également l'intervention directe de la police (Liao et Mosqueda, 2006).

Médecins en soins palliatifs

Jayawardena et Liao (2006) décrivent dans leur texte le rôle des équipes en soins palliatifs et, plus particulièrement, des médecins ouvrant dans ces services. La collaboration des professionnels en soins palliatifs est essentielle pour l'enquête et l'intervention des travailleurs des APS. Étant donné qu'un tiers des aînés maltraités refusent de rencontrer les travailleurs de cet organisme, l'équipe en soins palliatifs peut servir comme pont et préparer le patient pour la visite de professionnels de cette unité. La responsabilité d'une équipe en soins palliatifs ne se termine pas au moment du signalement de la maltraitance. Le médecin en soins palliatifs doit fournir aux professionnels responsables de l'enquête leur perspective concernant la capacité du patient à prendre des décisions et fournir une estimation du pronostic. Ces informations sont essentielles à l'objectif central des APS soit d'équilibrer l'autodétermination du patient et son besoin de protection. Au moment de la mort et de l'acte de décès, le médecin doit également indiquer aux agents de l'application de la loi et au coroner de la probabilité, le cas échéant, de que la maltraitance ait contribué à la cause de la mort.

Médecins urgentistes

L'approche multidisciplinaire face à la maltraitance des aînés est valorisée dans le contexte des services d'urgence (Pellerin *et al.*, 2005). Les aînés utilisent fréquemment les services d'urgence, ceux-ci constituant ainsi une porte d'accès au dépistage de la maltraitance et à l'identification des services requis pour l'aîné maltraité (Chan *et al.*, 2009). Tant les répartiteurs des services d'urgences, qui communiquent avec la police et les techniciens médicaux d'urgence, (Ulrey et Brandl, 2012) que les médecins urgentistes, qui évaluent l'aîné, font partie d'une équipe formelle ou informelle de réponse à la problématique. Pellerin, Schuster et Pinquier (2005) affirment ainsi que « le médecin urgentiste ne peut être que l'un des acteurs d'une collaboration

pluridisciplinaire » (p. 176), malgré que le rôle de ces professionnels dans l'ensemble des procédures n'est pas actuellement évalué.

Personnel en soins infirmiers

Les infirmières jouent un rôle essentiel dans tous les aspects de la maltraitance, de la détection jusqu'à la résolution (Miller, 2005). Leur contribution comprend l'évaluation et le dépistage, le signalement, les soins directs et l'enquête suite aux plaintes (Baker et Heitkemper, 2005).

Identification

La nature de leur contact avec les aînés au cours des soins de routine leur permet d'identifier des indices potentiels de maltraitance (Baker et Heitkemper, 2005; Lachs et Pillemer, 2004). Cela est particulièrement vrai dans le cadre de soins à domicile où l'infirmier pourrait être le seul observateur externe de l'interaction entre l'aîné maltraité et la personne maltraitante (Lachs et Pillemer, 2004). Dans le cas de soupçon d'une situation de maltraitance, les infirmiers peuvent faire des références à d'autres membres de l'équipe, y compris les médecins, ou signaler aux organismes appropriés (Lachs et Pillemer, 2004).

Dénonciation

Un des rôles primordiaux des infirmiers est de favoriser la collaboration entre les professionnels de la santé, les agents d'application de la loi et les responsables de services des APS dans leur rôle de signalement de la maltraitance (Miller, 2005). Ces professionnels possèdent également une responsabilité dans l'identification de stratégies efficaces pour la dénonciation et la prévention de la maltraitance envers les aînés dans les soins primaires (McGarry et Simpson, 2009).

Les infirmiers doivent connaître leur responsabilité juridique en vérifiant les lois dans leur État ou pays (Baker et Heitkemper, 2005). Dans la plupart des États des États-Unis, par exemple, les infirmiers sont obligés de signaler les cas de maltraitance et ils sont les professionnels de la santé qui assument le plus de responsabilités dans l'évaluation de

maltraitance des aînés (Baker et Heitkemper, 2005; Miller, 2005). Ils doivent signaler immédiatement aux agents de l'application de la loi toute agression physique ou sexuelle. Une référence à un travailleur social ou aux agents de services sociaux est également indiquée afin d'assurer un suivi dans les cas suspectés ou avérés de maltraitance (Baker et Heitkemper, 2005).

Au Royaume-Uni, le Conseil des infirmières et des infirmiers et des sages-femmes (2008) et le *Community and District Nurses Association* (2004) ont publié des lignes directrices explicites par rapport à l'identification, la prévention et la gestion de la maltraitance dans le milieu de pratique. Ces deux publications soulignent les principales étapes dans le processus de signalement pour les infirmiers. D'abord, l'identification des indicateurs de maltraitance; ensuite, l'initiation d'un rapport verbal à un supérieur hiérarchique ou toute autre personne appropriée, suivie d'un rapport écrit et de la documentation complète. Une fois qu'un signalement a été fait, les infirmiers doivent être tenus informés de l'avancement des enquêtes par le biais de leur organisation et ils doivent être prêts à participer en collaboration avec les partenaires du réseau (assister à des conférences de cas spécifiques ou donner des preuves au tribunal) (McGarry et Simpson, 2009).

Intervention

Les infirmiers interviennent dans des situations de maltraitance des aînés en tant que prestataires de soins de santé individuels ou dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire. Dans les milieux de soins intensifs et à long terme, les infirmiers travaillent souvent avec les proches aidants afin de mettre en œuvre des plans de sortie appropriés et avec l'intention d'éliminer les risques de maltraitance (Miller, 2005).

L'infirmier est souvent considéré comme le professionnel le mieux positionné pour offrir des services d'aide à l'aîné maltraité ou à risque de maltraitance, aux proches aidants et pour collaborer avec les travailleurs sociaux dans les situations suspectées ou avérées de maltraitance. Lorsque l'agresseur est le proche aidant, l'infirmier est en position unique pour fournir un appui et pour montrer au proche, avec tact, que certains de ses

comportements sont inacceptables. Cette intervention peut permettre de cesser la maltraitance dans certains cas (Lachs et Pillemer, 2004).

Dans certaines situations, les agents de l'application de la loi ou les procureurs identifient des cas qui nécessitent une consultation immédiate. Les infirmiers fournissent souvent une consultation rapide et individuelle par téléphone ou en personne (Baker et Heitkemper, 2005).

Enquête sur des plaintes

Les infirmiers peuvent être impliqués également dans l'enquête sur des cas présumés ou avérés de maltraitance. Dans l'État de Washington, aux États-Unis, les signalements de situations de maltraitance soupçonnée chez les aînés vivant dans la communauté sont évalués par les infirmiers et les travailleurs sociaux employés par les APS. Les infirmiers peuvent donc travailler dans l'enquête sur des plaintes, et ce, en étroite collaboration avec les procureurs, les agents d'application de la loi, les travailleurs sociaux, les professionnels de la santé mentale, etc. Leur participation peut avoir lieu dans la collecte de données et la résolution des cas de maltraitance institutionnels (Baker et Heitkemper, 2005).

Dans le cadre du processus de protection des adultes vulnérables, l'infirmier autorisé est appelé à donner des conseils d'expert et à enquêter sur les préoccupations à l'égard de la pratique des soins lorsque ceux-ci se rapportent à des interventions de soins infirmiers. En tant que professionnelles responsables, les infirmiers doivent continuer à renforcer leurs capacités pour comprendre davantage les raisons des échecs en matière de soins et d'identifier les lacunes dans des services (Phair et Heath, 2010).

Éducation

Il existe plusieurs façons par lesquelles les infirmiers peuvent et doivent offrir une éducation sur la problématique. Les facultés de soins infirmiers des universités en sont une. Alors que la plupart des étudiants en soins infirmiers sont exposés à des contenus sur la violence familiale (violence faite aux enfants et la violence conjugale), la

maltraitance « a reçu le moins d'attention et cette problématique est représentée moins bien dans les programmes de soins infirmiers » (Baker et Heitkemper, 2005, traduction libre de l'anglais, p. 257).

La littérature souligne le besoin des infirmiers d'avoir accès à une formation spécifique sur la maltraitance afin d'être en mesure d'accomplir leur rôle au sein des équipes multidisciplinaires. Au Royaume-Uni, par exemple, les agences de recrutement d'infirmiers ont la responsabilité de fournir une formation pour leur personnel concernant l'identification et l'intervention de la maltraitance envers les aînés (DH 2000, cité dans McGarry et Simpson, 2009).

Défense de droits des aînés maltraités

Plusieurs professionnels œuvrent dans la défense de droits des aînés maltraités, cependant au niveau de la littérature Baker et Heitkemper abordent la défense de droits spécifiquement par les infirmiers. L'activisme des infirmiers au sein de leur communauté est une stratégie importante dans la lutte contre la maltraitance. Par le biais de leurs communautés et de leurs organisations professionnelles, les infirmiers peuvent devenir mobilisatrices des acteurs et des partenaires afin de trouver le soutien nécessaire pour modifier ou bonifier la législation afin qu'elle soit plus ajustée aux besoins de la lutte contre la maltraitance envers les aînés (Baker et Heitkemper, 2005).

D'autres éléments sont à tenir en compte concernant leur rôle, notamment quant aux aspects que ces professionnels considèrent comme prioritaires dans leur pratique. L'étude de Yaffe *et al.*, (2009) démontre que la praticité, la franchise et le désir de respecter les contraintes de temps des médecins résultent en un impératif dans leur agir quotidien. Ainsi, à l'instar des médecins, dans leur contexte de travail les infirmiers ont l'intérêt de faire progresser les choses rapidement et efficacement. Suivant une autre étude réalisée en Belgique par Vanmeerbeek *et al.* (2007), les infirmiers exprimaient que face aux situations complexes de maltraitance, ils avaient l'impression d'avoir principalement un « rôle de relais ». Leur réflexe étant plutôt de chercher l'aide des travailleurs ou assistants sociaux.

Professionnels en santé mentale

Le texte de Spangler et Brandl (2007) s'attarde particulièrement au besoin du travail collaboratif entre le secteur de la santé mentale et d'autres acteurs du réseau, et ce, en misant particulièrement sur les programmes de violence conjugale existants au sein des communautés. Les auteurs dénoncent que, même s'il existe de nombreuses équipes multidisciplinaires visant à prévenir et lutter contre la problématique, à ce jour, peu de ces équipes se sont associées avec succès avec la communauté de professionnels de la santé mentale. Toutefois, créer ce type de travail de collaboration offrirait divers bénéfices tant aux professionnels qu'aux aînés maltraités. Les professionnels en santé mentale, par exemple, seraient moins susceptibles de se sentir dépassés par les besoins de sécurité d'un aîné maltraité ou par le système juridique (Spangler et Brandl, 2007).

Concernant les programmes de violence conjugale et les services de santé mentale, les auteurs affirment que, historiquement, qu'ils ont été conçus pour une population jeune, plus précisément pour les jeunes femmes dans les cas des programmes de violence conjugale. Cependant, peu de services ont été adaptés pour les aînés maltraités. Avoir les deux systèmes travaillant ensemble pourrait ainsi, améliorer la gamme d'options disponibles pour les aînés maltraités. Le développement de bonnes relations de travail basées sur la confiance et la compréhension mutuelle entre les cliniciens et les défenseurs de droits serait, donc une condition gagnante pour mieux aider les femmes battues de tous âges à redéfinir leurs limites personnelles, à être en sécurité, à guérir et à aller de l'avant dans leur vie.

Dentistes

Le rôle du dentiste décrit dans la littérature est très similaire à d'autres professionnels de la santé mentionné précédent. À l'instar des médecins et des infirmiers, le dentiste dispose d'un contact privilégié avec les patients ce qui lui permet d'identifier les facteurs de risque et les signaux d'alerte des situations de maltraitance (Osei, 2009; Tran et Mannen, 2009). Les rendez-vous habituels dans les cabinets dentaires constituent souvent des opportunités pour s'informer sur l'état global de santé et les changements

concernant le contexte de vie de l'aîné. Comprendre la définition et les concepts liés à la maltraitance envers les aînés et poser une attention particulière aux facteurs de risque pourraient conduire le dentiste à identifier des situations de maltraitements suspectés. Dans ce cas, l'interrogation directe et l'évaluation intégrale de l'état physique et émotionnel de l'aîné pourraient être enregistrées dans les dossiers dentaires. Cependant, si bien le contact privilégié avec l'aîné favorise l'identification des cas de maltraitance, cette dernière ne cesse pas de constituer un phénomène complexe sans marqueurs clairs identifiés comme fiables et valides dans le cabinet dentaire (Osei, 2009).

7.3 Judiciaire

Le rôle de la **justice pénale** correspond à assurer la responsabilité des personnes maltraitantes, à protéger la communauté et à protéger les aînés maltraités de la criminalité en leur donnant une voix dans le processus (Brandl *et al.*, 2007; Ulrey et Brandl, 2012).

Historiquement, aux États-Unis, les cas de maltraitance commis dans un cadre de violence intrafamiliale étaient considérés comme des problèmes à traiter exclusivement par le secteur des services sociaux. Cependant, dans les dernières décennies, il est devenu évident que la maltraitance des aînés, à part être un enjeu de santé publique et une problématique liée au vieillissement, pourrait être considérée également comme un crime. Aujourd'hui, les professionnels du secteur judiciaire sont conscients du rôle qu'ils ont à jouer dans la prévention de la maltraitance, bien que les actes soient posés par des étrangers ou des membres de la famille. Les policiers, les procureurs et d'autres membres du secteur sont ainsi appelés à travailler en collaboration avec des collègues du secteur de la santé et de services sociaux afin de répondre au fléau de la maltraitance. Ce changement de perspective a amené des transformations significatives favorisant la participation et l'engagement de la part du secteur judiciaire (Brandl *et al.*, 2007).

(...) Des changements importants ont eu lieu au cours de la dernière décennie (...) dans diverses communautés, des unités d'enquête et de poursuites spécialisées ont été créées (NDAA, 2003). Certains bureaux de procureurs ont créé des unités spécialisées aînées et des programmes de formation ont été développés. L'augmentation du nombre d'arrestations et de poursuites est aussi en cours (Brandl *et al.*, 2007, traduction libre de l'anglais, p. 9.).

Plusieurs autres initiatives du secteur de la justice pénale sont à noter : des unités policières spécialisées en maltraitance envers les aînés ont été créées dans le comté de Fresno, de San Francisco, de Ventura, de San Diego et de Los Angeles dans l'État de la Californie. Des agents de services aux aînés (« *elder service officers* ») centrés spécifiquement dans la réponse à la problématique existent maintenant dans le comté de Cook dans l'État de l'Illinois, le comté de Hillsborough dans l'État de la Floride et dans l'État de la Louisiane. L'État de la Louisiane dispose notamment d'une législation exigeant la désignation d'un procureur dédié aux cas de maltraitance dans chaque district judiciaire (Heisler et Steigel, 2002 cités dans Brandl *et al.*, 2007). Il existe aussi des *TRIADs* actives à travers les États-Unis. Les *TRIADs* sont des groupes composés par les secteurs de la sécurité publique, la justice pénale et des aînés bénévoles qui travaillent en partenariat afin de garder les aînés à l'abri de la criminalité (Brandl *et al.*, 2007).

Les professionnels de la justice pénale partagent un principe éthique commun : l'application équitable de la loi et la protection du public. Pour les disciplines appartenant à ce secteur, le comportement criminel est considéré comme un acte contre l'ensemble de la communauté et non seulement comme un préjudice contre un seul individu. Leur devoir fondamental est ainsi tourné vers la communauté et le grand public plutôt que vers une seule personne vivant la maltraitance. Par conséquent, dans l'exercice de leurs mandats, ces professionnels prennent des décisions ayant pour objectif de protéger la communauté, même si ces décisions ne coïncident pas nécessairement avec les désirs de la personne maltraitée (Brandl *et al.*, 2007).

Les agents de l'application de la loi ont la responsabilité plus spécifique d'enquêter, de déterminer si un crime a été commis et, dans certains cas, de procéder à l'arrestation du suspect. Aux États-Unis, dans la plupart des États, les agents d'application de la loi doivent signaler les cas de maltraitance aux APS (Ulrey et Brandl, 2012). Ces professionnels répondent aux appels liés à la conduite criminelle et au bien-être de la communauté. En règle générale, la mission de l'application de la loi est d'enquêter sur des crimes. Toutefois, dans les situations non urgentes dans lesquelles quelqu'un a exprimé une préoccupation sur un aîné, les policiers peuvent être appelés à faire une vérification du « bien-être » (« *wellness* » or « *welfare check* »), ce qui implique d'aller visiter l'aîné pour s'assurer que la personne est bien (Brandl *et al.*, 2007).

L'application de la loi comprend une variété d'agents de la paix, lesquels sont employés par des entités locales de l'État ou au niveau fédéral. Ces derniers possèdent notamment un pouvoir d'arrestation. Généralement, ils doivent compléter une formation à l'académie de la police afin d'acquérir des compétences et des connaissances spécifiques de leur emploi y compris les lois, les perquisitions et saisies, les techniques de contrôle et d'arrestation, l'utilisation de la force, les armes à feu et d'autres compétences relatives aux armes et à l'investigation des crimes (Brandl *et al.*, 2007).

Le personnel appartenant à ce secteur (la police, les détectives, les procureurs du district) joue un rôle important dans la collecte et la présentation des preuves (Lachs et Pillemer, 2004). La littérature présente les rôles spécifiques de certains agents de l'application de la loi aux États-Unis :

- Les **patrouilleurs de la police** répondent aux appels d'urgence (ligne 911) et ils mènent une enquête initiale. Dans le cas où plus d'informations est nécessaire pour éclairer la situation, ils réfèrent le cas aux détectives (Ulrey et Brandl, 2012).
- Les **enquêteurs**, pour leur part, sont responsables de la collecte des preuves, d'exécuter des mandats de perquisition et d'interroger l'aîné vivant la

maltraitance, le suspect et les témoins. À l'issue de leur enquête, si la preuve est suffisante, les détectives transmettent le cas au bureau du procureur pour le dépôt d'accusations criminelles. Les détectives et les procureurs peuvent travailler ensemble afin de déterminer les preuves nécessaires pour la situation (Ulrey et Brandl, 2012).

- Les **procureurs**, pour leur part, déterminent si les preuves amassées sont suffisantes pour déposer des accusations. Si des accusations sont déposées, ces professionnels participent à diverses audiences sur le cas et ils peuvent négocier une résolution ou faire des recommandations pour les sentences (Ulrey et Brandl, 2012). Généralement, les procureurs sont des professionnels ayant un baccalauréat et une maîtrise en droit (Brandl *et al.*, 2007).
- Les **défenseurs des droits des victimes** (*victim's advocates, victim-witness coordinators ou victim assistance providers*) sont des professionnels qui travaillent directement avec les victimes d'actes criminels. Ils sont employés par certains organismes communautaires, bureaux des procureurs ou agences d'application de la loi. Leur rôle est d'accompagner les victimes à comprendre et à passer à travers toutes les démarches du processus judiciaire. Ainsi, les défenseurs de droits offrent un soutien émotionnel et au plan des tâches liées à la logistique du processus : déplacements aux tribunaux, références vers d'autres organismes et programmes (par exemple, des programmes d'indemnisation des aînés maltraités), préparation des déclarations de l'aîné maltraité, etc. (Brandl *et al.*, 2007).
- Les **agents de probation** supervisent les personnes admises à la probation par divers tribunaux. Pour leur part, les agents de libération conditionnelle supervisent les personnes ayant accompli des périodes d'incarcération prononcées par les tribunaux fédéraux et qui doivent démontrer leur capacité à vivre en tant que citoyens respectueux des lois dans la communauté. Les deux ont le pouvoir de superviser le respect des conditions de probation et de procéder à des arrestations. Les organismes employeurs fixent les qualifications

requis pour ces agents, lesquelles peuvent inclure un diplôme en travail social ou en santé mentale, soit au niveau du baccalauréat ou des études supérieures spécialisées (Brandl *et al.*, 2007).

Concernant certains enjeux de la pratique, le texte de Rothman et Dunlop (2006) soulève un questionnement face à la coordination entre les agents de l'application de la loi et les professionnels en santé mentale dans le cas des arrestations des agresseurs âgés. La question de base posée par les auteurs consiste à savoir si dans les cas des agresseurs âgés ayant une problématique de santé mentale suspectée ou connue, est-ce que la première réponse des agents de l'application de loi devrait être de coordonner les actions avec les organismes de santé mentale suite à l'arrestation plutôt que de les envoyer en prison? Le stress de l'incarcération pour certains âgés peut être mortel. Cependant, cette coordination demeure une tâche difficile à entreprendre sans compter qu'elle nécessite des relations de travail préalable entre les deux secteurs, notamment par l'intermédiaire d'un protocole d'action préétabli et acceptable pour toutes les parties concernées. Le besoin de développer un travail de collaboration est, ainsi mis en relief afin d'éviter les implications potentielles résultant d'emprisonnements inappropriés ou inutiles.

Système de justice civile : les principales responsabilités des avocats civils consistent à conseiller les clients sur leurs droits et leurs obligations juridiques et de représenter et défendre ses clients dans les poursuites civiles. Ces professionnels connaissent bien les voies et les recours légaux qui peuvent être utilisés afin de protéger un âgé des actes de maltraitance ou afin de répondre à ces actes une fois que celui-ci est déjà dans une situation de maltraitance. Ils sont en mesure d'identifier les cas auxquels la tutelle ou la curatelle sont nécessaires, ainsi que les ordonnances visant à restreindre les libertés et empêcher certains comportements. Les avocats sont tenus de maintenir la confidentialité du client, de protéger l'information privilégiée et de veiller à ce que d'autres intérêts ne divisent pas leur loyauté envers leur client (Brandl *et al.*, 2007).

Un nombre croissant de cas de maltraitance, en particulier celle concernant les institutions de soins de longue durée ou les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (au Québec, Canada) sont amenés devant les tribunaux civils. Ce changement est dû à l'accroissement graduel de la prise de conscience de la part des aînés maltraités et de leur famille concernant les nouvelles lois, à l'augmentation de la formation des avocats et d'autres professionnels sur les recours en matière de droit civil et à la reconnaissance croissante que la maltraitance est une problématique tant sociale que de nature juridique ou de la santé (Stiegel, 2000, cité dans Brandl *et al.*, 2007).

Un domaine relativement nouveau de la pratique civile est appelé « droit des aînés » ou « *elder care law* ». Les avocats suivant ce domaine professionnel se spécialisent dans les enjeux juridiques touchant les aînés. Un nombre croissant d'écoles de droit offre des cours sur le droit des aînés. La formation comprenant généralement du contenu sur la maltraitance des aînés (Brandl *et al.*, 2007).

Avocats

Le texte de Morris (2010) aborde spécifiquement le rôle de l'avocat au sein des équipes multidisciplinaires. L'auteur présente l'exemple de « *Bet Tzedek Legal Services* », une organisation sans but lucratif qui offre gratuitement une représentation juridique pour les résidents à faible revenu dans le comté de Los Angeles aux États-Unis. Pour servir les aînés, « *Bet Tzedek Legal Services* » a créé une unité de droit des aînés qui reçoit les demandes de centres d'aînés. L'organisme est devenu également membre de plusieurs équipes multidisciplinaires de maltraitance envers les aînés. Ces équipes sont composées de membres de la communauté tels que les travailleurs des APS, les enquêteurs de la police, le procureur du district, etc.

L'auteur affirme que la participation des avocats de « *Bet Tzedek Legal Services* » dans ces équipes est particulièrement utile afin d'identifier les enjeux juridiques des cas et ainsi créer un plan d'action capable de les faire avancer vers un processus de poursuite ou une autre action légale. Dans d'autres situations, quand le besoin est plus orienté vers la protection de l'aîné maltraité, les avocats aident dans la pétition de régimes de

protection ou dans les ordonnances restrictives. Les avocats spécialisés en droit des aînés peuvent également fournir des informations sur l'éligibilité aux bénéfices publics, sur le droit des propriétaires et locataires et sur la planification successorale. Ils sont en mesure d'orienter aussi la planification préalable des soins et d'identifier des mandataires (Lachs et Pillemer, 2004).

Morris (2010) termine son texte en soulignant que la participation des avocats aux équipes multidisciplinaires contribue à la nécessité de discuter périodiquement sur les responsabilités éthiques de tous les membres de l'équipe et sur la façon dont ils peuvent différer les uns des autres. Avec des politiques claires, une bonne communication et un intérêt commun au service de l'aîné maltraité, la participation de l'avocat civil est positive pour les membres de l'équipe ainsi que pour les aînés maltraités ou à risque de subir la maltraitance.

7.4 Recherche

Bien que la littérature n'identifie pas « la recherche » en tant qu'un secteur, les chercheurs sont de professionnels identifiés comme essentiels dans l'établissement des efforts collaboratifs. Le travail mené par des groupes de recherche universitaire en partenariat avec certaines équipes multidisciplinaires a été souligné comme une initiative gagnante. Ce partenariat permet la contribution d'un regard objectif et scientifique au processus de développement et de maintien de l'équipe à long terme, ainsi qu'à ses résultats. En plus, les chercheurs sont perçus comme des parties neutres, n'ayant pas des agendas partisans ou cachés. Ils proposent un recul et une analyse quant aux impacts du travail des équipes et ils sont en mesure d'offrir les changements ou modifications nécessaires à implanter afin de maintenir vivant le travail collaboratif (Blowers *et al.*, 2012).

7.5 Rôle du « champion »

Enfin, un dernier point soulevé par la littérature réfère à l'importance de compter sur un « champion » dans le domaine de la maltraitance. Ce « champion » est identifié comme

étant un professionnel capable d'assumer le rôle de leadership et d'encourager la participation des différents acteurs dans le travail collaboratif (Brandl et Dawson, 2011; Malks et Cartan, 2010; Manthorpe *et al.*, 2010; Navarro *et al.*, 2010; Schneider *et al.*, 2010; Twomey *et al.*, 2010). L'émergence, la consolidation et la réussite des certaines équipes de travail interdisciplinaire ont ainsi été tributaires de la capacité de mobilisation de ce leader engagé dans la prévention et la lutte contre la problématique (Schneider *et al.*, 2010; Malks et Cartan, 2010; Navarro *et al.*, 2010; Twomey *et al.*, 2010; Otto, 2008).

Profil du champion

Les champions sont de leaders dynamiques (Navarro *et al.*, 2010), visionnaires, charismatiques et capables de traduire une vision commune à la réalité (Malks and Cartan, 2010). Ils sont persévérants, enthousiastes et travaillent naturellement bien en équipe (Twomey *et al.*, 2010). Ces leaders possèdent un bon sens politique et ils savent comment naviguer dans le système existant. Ils ont également des compétences pour établir des relations clés, gérer les conflits des groupes d'intérêt et leurs agendas, apprécier la dynamique de la communauté et éveiller l'intérêt et l'appui des dirigeants élus (Malks and Cartan, 2010).

L'équipe spécialisée contre la maltraitance financière (FAST) du comté de Solano, dans l'État de la Californie a remarqué que la réussite du projet de travail collaboratif nécessite un « champion » n'ayant pas peur de dire : « Ne me dites pas que nous ne pouvons pas le faire. Au lieu de cela, trouvez-moi une façon d'accomplir notre objectif » (Malks and Cartan, 2010; Twomey *et al.*, 2010). Les « champions » peuvent provenir de divers organismes, secteurs ou de différentes disciplines (Twomey *et al.*, 2010).

Champions émergeant du domaine légal

Bien que ce rôle soit fréquemment assumé par des professionnels provenant du secteur de la santé ou des services sociaux, la littérature analysée présente deux articles dans lesquels cette figure a été incarnée par des professionnels de l'application de la loi, soit

un officier d'application de la loi (« *law enforcement officer* ») (Otto, 2008) et un assistant de police (« *police assistant* ») (Otto, 2005).

Ces deux exemples, ayant lieu aux États-Unis, évoquent le processus d'émergence des « champion » et ces deux professionnels ont démontré que la réussite en tant que personne mobilisatrice du travail collaboratif a résidé principalement dans leurs connaissances et leur sensibilité face à la problématique, ainsi qu'à leur visibilité au sein de leur réseau de travail et de leur communauté. Par leur expertise, enthousiasme, charisme et sensibilité face à la maltraitance, ces deux professionnels ont réussi à rendre visible la problématique et à créer des liens interprofessionnels solides pour avancer dans la coordination des services, l'innovation des programmes et l'engagement des professionnels provenant des divers secteurs et disciplines.

Le premier article décrit, de façon succincte, la création de l'*Adult Protection Review Team* dans le comté de Boulder dans l'État du Colorado, en faisant référence au rôle joué par un officier d'application de la loi (« *law enforcement officer* ») en tant que mobilisateur et pierre angulaire de cette équipe multidisciplinaire. Toutefois, le texte n'explore pas en profondeur ce rôle et il n'est pas spécifié si cet officier est un policier ou s'il s'agit d'un autre professionnel (Otto, 2008).

Par contre, dans le deuxième article (Otto, 2005) le profil du « champion policier » est présenté plus en détail en abordant les conditions favorables et les obstacles pour intégrer cette figure parmi d'autres corps policiers. Les points saillants et les recommandations exposés dans le texte font référence au cas particulier de Mme Jamie Mortensen, une assistante de police (« *police assistant (...) a civilian category that until a decade ago meant someone who handles administrative matters* » p. 14-1) devenue en 1997 la *Senior's Advocate* au sein du département de police de la ville de Vallejo en Californie.

Les liens de proximité créés par Mme Mortensen dans sa communauté, particulièrement auprès de la population âgée, sa visibilité dans les réseaux policiers et des services sociaux concernant les problématiques vécues par cette clientèle, ainsi que

son engagement enthousiaste face à la lutte contre la maltraitance, furent certains des éléments qui lui ont permis de se faire remarquer comme une personne-ressource précieuse en matière de traitement des enjeux liés aux aînées de la ville. Réalisant ce potentiel, une demande pour l'assigner en tant que répondante à temps a été acheminée par son superviseur au Chef de la police. Étant donné le besoin de mieux desservir cette population grandissante et en estimant les bénéfices de travailler sur des solutions à long terme, le Chef a accepté la proposition et il a créé le poste de *Senior's Advocate*.

Sans précédent au sein du département de police, il n'existe pas une description claire du poste. Néanmoins, le rôle de Mme Mortensen pourrait être circonscrit principalement aux deux objectifs soit sensibiliser, éduquer et réaliser de la prévention auprès des différents acteurs de la communauté et faire des références aux ressources (agente pivot) pour des APS, les policiers et les pompiers.

La description de son rôle n'étant pas normatif, elle s'est engagée aussi dans l'amélioration de la qualité de vie des aînés en participant aux comités touchant des questions liées aux services et aux installations futures desservant les aînés de la communauté. Pour elle, ce type d'engagement ne fait pas partie d'une obligation de travail, mais correspond plutôt à « une responsabilité morale » étant donné ses liens avec les aînés et son implication dans le bien-être général de cette population. Dans ce même ordre d'idées, partant de sa propre initiative, Mme Mortensen s'est engagée dans la création des programmes de prévention de la maltraitance. À guise d'exemple, l'article décrit brièvement le programme « Adoptez un grand-parent » (« *Adopt-a-grandparent* ») qu'elle a mis en place dans le but de créer des jumelages entre des aînés vivant l'isolement ou vivant des situations de vulnérabilité et des agents de police bénévoles qui acceptent de rester proches des aînés de façon régulière (contact téléphonique quotidienne, se souvenir des anniversaires et de dates importantes pour l'aîné, etc.). Ces types de programmes auraient pour but d'agir comme un moyen de dissuasion contre la maltraitance dans la communauté.

Malgré les intérêts de mettre en place une personne-ressource pour le poste de *Senior's Advocate*, il n'en demeure pas moins que l'entrave réside principalement dans les contraintes organisationnelles. En effet, la plupart des départements de police n'étant pas assez grands, il devient difficile d'envisager la possibilité de tirer quelqu'un hors de ses fonctions régulières afin de le libérer pour qu'il puisse se dédier exclusivement au dossier des aînés.

Enfin, l'article conclue avec un bilan positif de la gestion de Mme Mortensen et de la création de cette figure de *Senior's Advocate* et il donne la voix au Chef de la police qui suggère la régionalisation de *Senior's Advocate* afin que d'autres postes de police adoptent cette pratique. Ainsi, pour le Chef, les départements de police locaux et proches géographiquement pourraient développer des ententes afin de travailler en collaboration avec un *Senior's Advocate* desservant diverses juridictions.

Tableau 22. Profil d'un champion policier

Caractéristiques d'un champion policier
<ul style="list-style-type: none">• Visibilité dans sa communauté, dans le réseau policier et dans les services sociaux;• Engagement et enthousiasme partant d'une vision de reconnaissance de la dignité et des capacités des aînés (les aînés à risque de maltraitance ou maltraités ne sont pas seulement des « victimes »);• Capacité à prendre le temps nécessaire pour établir une relation avec l'aîné, le temps que la moyenne des policiers ne peut pas investir;• Capacité à mobiliser les membres de la communauté afin de rétablir la qualité de vie des aînés maltraités;• Habileté dans la création des liens interprofessionnels et intersectoriels (« <i>network linkage</i> »).

8. CONDITIONS NÉCESSAIRES À L'ÉMERGENCE, AU DÉVELOPPEMENT ET AU MAINTIEN DES PRATIQUES COLLABORATIVES

La littérature identifie certains éléments clés pour l'émergence, le développement et la pérennité des pratiques collaboratives. Ce chapitre a pour but de présenter une synthèse des aspects principaux appartenant à chacune des trois phases.

8.1 Phase d'émergence

La majorité des articles faisant une description des pratiques collaboratives nomment les aspects suivants comme conditions de succès préalables à la création des initiatives de collaboration formelles ou informelles.

La figure du « champion »

Comme mentionnée dans la section précédente, la présence d'un leader dynamique est identifiée par la littérature comme étant essentielle pour la naissance, le développement et la pérennité des efforts collaboratifs. D'abord, le processus d'émergence requiert sa présence, car un champion professionnel engagé dans la lutte contre la problématique et apprécié par divers acteurs peut mobiliser les partenaires et les ressources nécessaires afin de donner vie à un projet rassembleur. Ensuite, une fois le projet collaboratif mis en marche, son leadership est capable d'encourager l'esprit d'équipe et de guider les membres à travers les enjeux et les blocages internes et externes susceptibles de survenir au fur et à mesure que le travail de l'équipe progresse (Malks et Cartan, 2010). Finalement, une approche inclusive qui valorise tous les partenaires est essentielle afin de nourrir la croissance des futurs « champions » pour que ces derniers puissent prendre le leadership à un moment ou un autre (Malks et Cartan, 2010).

Compréhension de la maltraitance envers les aînés

Afin de réunir les efforts des divers professionnels, il est nécessaire qu'il y est une compréhension commune de la problématique. De quoi parle-t-on quand on parle de maltraitance envers les aînés? Si les membres potentiels ne possèdent pas la même

vision de la maltraitance envers les aînés ou bien que les réponses n'ont pas été préalablement discutées et convenues entre les acteurs, le « champion » lancerait une invitation à travailler dans le vide. C'est ainsi que la littérature insiste sur l'importance de prendre le temps nécessaire afin de bâtir les initiatives de collaboration à partir d'un point de départ commun à tous les participants. Ce point de départ repose sur le travail conjoint afin d'aboutir à une définition commune de la problématique et à une compréhension de la dynamique et des besoins des aînés maltraités, le tout dans un langage accessible à tous les professionnels.

Définition de la problématique

L'établissement d'une définition claire de la problématique est souligné comme un préalable au travail collaboratif (Brandl *et al.*, 2007; Blowers *et al.*, 2012). Cependant, malgré que cette tâche puisse paraître simple à réaliser, l'exercice d'obtenir une compréhension commune des terminologies et des concepts est souvent difficile étant donné les multiples perspectives professionnelles pour aborder une même problématique. Chaque professionnel utilise des termes en lien avec leur domaine de formation ou qui ont un sens dans leurs propres milieux de pratique professionnelle. En guise d'exemple, les agents de services de la protection sociale peuvent identifier un cas de « violence physique », alors que les agents de l'application de la loi référeront plutôt à une « agression » (« *assault* ») (Brandl *et al.*, 2007). Cependant, si l'objectif est de réunir les forces de chacun et de travailler ensemble afin de donner une meilleure réponse à la problématique, les professionnels doivent discuter et arriver à un consensus sur plusieurs éléments à intégrer dans la définition (l'âge, l'état fonctionnel, la relation entre l'aîné maltraité et la personne maltraitante, les actes et les formes de maltraitance, etc.). Également, ils doivent arriver à un consensus par rapport aux aspects à privilégier dans une réponse multidisciplinaire (Brandl *et al.*, 2007). Partir d'une compréhension claire et commune de la problématique évite plusieurs entraves et facilite le travail en équipe. La reconnaissance des différentes approches et préjugés existants dans les diverses professions ouvrant dans le domaine de la maltraitance est un des premiers pas afin d'arriver au consensus de départ (Yaffe *et al.*, 2009).

Compter sur une définition légale nationale ou avec un consensus de la communauté de chercheurs et de praticiens peut également aider à l'avancer des efforts inter et multidisciplinaires, professionnels et sectoriels contre la maltraitance envers les aînés. Brandl *et al.* (2007) fait notamment référence à la situation des États-Unis où le gouvernement fédéral n'a pas établi une définition reconnue au niveau national de la maltraitance. Selon les auteurs, les praticiens, les chercheurs et les décideurs ne sont pas arrivés à une entente depuis des années. À l'opposé, au Canada et au Royaume-Uni, les définitions du phénomène sont établies par les lois et les politiques.

Compréhension de la dynamique

Comprendre la dynamique de la maltraitance envers les aînés est essentielle afin d'identifier et de planifier des interventions collaboratives efficaces. Le premier point à clarifier et à mettre en commun entre les membres potentiels d'un projet collaboratif est la complexité de la problématique. Il est notamment nécessaire de comprendre que la maltraitance possède de multiples facettes et de multiples facteurs d'origine de la maltraitance. Ainsi, une mise en commun permet d'éviter une erreur commune faite par de nombreux professionnels soit la réduction de la problématique à un seul facteur correspondant à leur expérience personnelle et professionnelle. Certains professionnels peuvent estimer que la maltraitance est avant tout une affaire de famille et qu'il ne nécessite pas l'implication de professionnels provenant de diverses disciplines et secteurs. D'autres peuvent croire, à leur tour, que la cause de la maltraitance envers les aînés se situe dans la dynamique dysfonctionnelle de la famille et dans le stress que peut ressentir l'aidant après des années dédiées à prodiguer des soins. Ceux qui travaillent dans le secteur de la justice pénale peuvent lier la maltraitance à un comportement criminel. Ainsi, briser la compréhension unidimensionnelle et fragmentée de la problématique aidera les professionnels à éviter les faux pas dans leurs interventions et sera la base de la coconstruction d'une compréhension commune. Finalement, les auteurs soulignent l'importance de comprendre également la relation entre l'aîné maltraité, la personne à la source de la maltraitance et l'entourage afin de

ne pas tomber dans le piège de supposer que la maltraitance est basée sur une seule théorie ou un seul lien de causalité (Brandl *et al.*, 2007).

Compréhension des besoins des aînés maltraités

Une collaboration efficace exige également une compréhension commune des besoins des aînés maltraités et à risque de subir une situation de maltraitance. Le développement d'une compréhension concernant leurs dimensions de vie permet de réfléchir à leurs besoins et à planifier des interventions globales et mieux ajustées à leur réalité (Bond, 2004). Le tableau suivant, présent les principales dimensions de vie à tenir en compte (adapté de Brandl *et al.*, 2007, p. 135).

Tableau 23. Dimensions de vie des aînés

Dimensions de vie	
Sécurité	La sécurité des aînés vivant une situation de maltraitance devrait être la première étape d'une stratégie d'intervention. Les recours peuvent provenir de différents secteurs.
Santé	Les aînés maltraités peuvent avoir besoin de soins de santé à la suite de blessures ou d'un état de santé détérioré. Si l'agresseur est le principal dispensateur de soins, des services et des alternatives différentes doivent être analysés et mis en marche.
État fonctionnel y compris la capacité de décision	Les aînés deviennent plus vulnérables quand ils perdent la capacité de prendre des décisions pour eux-mêmes. Cela peut faire en sorte qu'ils deviennent une cible facile de maltraitance. L'évaluation de la capacité de décision est difficile à réaliser et dans l'actualité il n'existe pas d'outils de dépistage disponibles pour le personnel qui n'appartient pas au domaine de la médecine.
Situation financière	Considérer la situation financière de l'aîné fait référence à comprendre son état au niveau de ressources financières et de la gestion à propos ceux-ci (actifs, dettes, modèles d'utilisation de l'argent et la présence de décideurs de substitution tels que les tuteurs, les titulaires du compte conjoint, les agents en vertu d'une procuration, etc.).
Statut juridique	Cette dimension inclut le pouvoir de prendre des décisions, les contrôles sur l'utilisation des actifs, les considérations en matière de statut migratoire et de la capacité et la volonté de participer à une éventuelle procédure judiciaire.

Situation sociale	<p>Les aînés maltraités manquent souvent du soutien social et des liens avec la communauté. Parfois, la personne maltraitante les a isolés. Dans d'autres cas, l'aîné maltraité préfère être seul, ce qui peut augmenter le risque de maltraitance. Améliorer le réseau de soutien social de l'aîné maltraité peut briser l'isolement et entraîner plus de surveillance évitant la récurrence de la maltraitance.</p>
--------------------------	---

Ces domaines demeurent pertinents pour les personnes de tout âge, mais certains aspects tels que la situation sociale et l'état fonctionnel y compris la capacité de décision sont davantage en évidence avec le vieillissement (Brandl *et al.*, 2007).

Compréhension du langage disciplinaire

Une communication interdisciplinaire efficace est essentielle pour le succès du travail collaboratif (Salmon et Rapport, 2005 cités dans McGarry et Simpson, 2012). Cependant, la dynamique communicationnelle n'est pas toujours facile à bâtir en raison de l'hétérogénéité des perspectives (Brandl *et al.*, 2007) et des langages professionnels (Laming 2003, cité dans McGarry et Simpson, 2012). Chaque discipline possède un lexique professionnel spécialisé, développé dans le but de transmettre de façon rapide et efficace des informations relatives à la pratique (Brandl *et al.*, 2007). De manière concrète, une même personne peut être considérée comme une « victime », un « client » ou un « patient », selon le professionnel qui transmet le message (Schneider *et al.*, 2010). Pour faire référence aux aînés vivant une situation de maltraitance, les agents des APS peuvent parler des « clients », les médecins des « patients » et les agents de l'application de la loi des « victimes » ou « victimes présumées » (Brandl *et al.*, 2007). En plus, l'acte de maltraitance peut être appelé « allégation, maltraitance, mauvais traitement, abus, crime, agression, délit (*felony*) » selon le professionnel et son secteur d'appartenance (judiciaire, médicale, social) (Brandl *et al.*, 2007). Ce langage spécialisé bien qu'il soit juste et approprié dans chaque domaine, il n'est pas susceptible d'être compris par tous les membres de l'équipe. Pour arriver à une compréhension et à une communication interdisciplinaire fluide, cette terminologie devrait être définie quand utilisée afin que les nuances puissent être saisies par tous. Le travail interdisciplinaire

demanderait, donc la capacité de chaque membre de communiquer des informations non seulement au sein de sa discipline, mais à d'autres membres de l'équipe pour lesquels le lexique spécifique ne sera pas bien compris. En fait, utiliser ce type de termes pourrait semer la confusion, l'exclusion et créer des ressentiments dans les disciplines qui ne sont pas familières avec cette terminologie (Brandl *et al.*, 2007).

Principes d'action

En plus de comprendre les dimensions de vie des aînés maltraités, la littérature soulève l'importance de connaître certains principes-clés d'action, sous-jacents aux interventions menées par différents professionnels. Les identifier et comprendre que certaines disciplines privilégient leur application peut améliorer les efforts de collaboration et renforcer les réponses vis-à-vis l'aîné maltraité.

Le premier principe d'action présenté est *l'empowerment*. *L'empowerment* est un principe fondamentale mis de l'avant par les travailleurs sociaux et par les disciplines connexes qui orientent leur pratique vers les approches et la vision du travail social (ex. défenseurs des droits, médiateurs). Le deuxième correspond à l'autodétermination. Un autre concept essentiel dans les interventions visant à veiller que les droits des aînés maltraités soient respectés. La relation entre ces deux principes directeurs est bien établie dans la définition donnée par Brandl *et al.*, (2007) :

L'autodétermination signifie que tout le monde a le droit de prendre ses propres décisions sans l'ingérence des autres. *L'empowement* signifie d'encourager quelqu'un à exercer son droit à l'autodétermination
(Brandl *et al.*, 2007, traduction libre de l'anglais, p. 146.)

Le modèle d'*empowerment* vise, ainsi à redonner le pouvoir d'agir aux aînés maltraités dans le but de contrer la perte de contrôle qu'ils éprouvent, et ce, souvent de la part des personnes maltraitantes. Les travailleurs sociaux et les défenseurs de droits travaillent avec l'aîné maltraité afin d'évaluer la situation, de fournir des informations et de l'accompagner vers de références appropriées si la personne le souhaite. Avoir la

possibilité d'accepter ou de rejeter tout service, favorise le processus de restauration du pouvoir de décision de l'aîné maltraité. Et, à la fin du compte, il s'agit du droit fondamental d'autodétermination de tout adulte possédant une capacité décisionnelle. Les travailleurs sociaux et les défenseurs de droits basent leurs interventions également sur ce principe, en ne forçant pas la personne à accepter de l'aide (Ramsey-Klawnsnik, 2006).

En revanche, le système de justice pénale n'est pas guidé par le principe de l'autodétermination. Les agents de police ont pour mission d'enquêter sur les crimes, peu importe si l'aîné maltraité le veut ou non. Les procureurs, pour leur part, représentent l'État et non l'aîné maltraité. Cette divergence dans les principes d'action guidant l'intervention face à la maltraitance peut créer des tensions notamment entre les professionnels de la justice, les travailleurs sociaux et les professionnels œuvrant dans le domaine de la défense de droits. Bien que chaque professionnel soit dans le droit d'orienter sa pratique en suivant les principes de sa discipline, travailler ensemble nécessite des points de convergence et un objectif final commun. C'est ainsi qu'avant de travailler directement avec les aînés maltraités, les professionnels sont invités à discuter ensemble et à établir des principes de base pour ancrer leur travail. Des exemples de principes pouvant guider efficacement le travail en commun sont : mettre l'accent sur la sécurité de l'aîné maltraité, éviter de prendre parti avec l'aîné vivant la maltraitance ou la personne maltraitante, reconnaître et respecter les différences culturelles et religieuses, traiter les aînés maltraités en tant qu'adultes et avec respect et gentillesse, reconnaître que l'aîné maltraité pourrait vouloir maintenir la relation avec la personne maltraitante ou même l'aider.

Soutien financier

Le financement constitue un facteur crucial à l'émergence, le développement et le maintien des initiatives de collaboration dans le temps (Daly et Jogerst, 2014; Malks et Cartan, 2010; Kaye dans Otto, 2005). Dans la littérature on trouve des exemples du soutien financier offert par le gouvernement fédéral des États-Unis, ainsi que par

certaines fondations à but non lucratif qui ont su compenser certaines coupures budgétaires dans le domaine des aînés. Le soutien et le financement octroyés par le gouvernement nord-américain aux APS ont servi de garantie afin d'assurer l'émergence et la viabilité à long terme de certaines équipes multidisciplinaires (Wolf and Pillemer (1994), cités dans Daly et Jogerst, 2014). Avec le temps, de nombreux États de ce pays ont augmenté le financement des APS et ont fourni des fonds supplémentaires pour des projets spéciaux tels que des campagnes de sensibilisation, de formation et des projets pilotes. Cependant, la mesure dans laquelle les États contribuent aux efforts de prévention de la problématique varie considérablement à travers le pays (Nerenberg, 2006). L'obtention des fonds et des subventions pour créer des équipes interdisciplinaires varie également de façon significative à l'échelle nationale et constitue une des grandes difficultés (Ramsey-Klawnsnik, 2006).

Au plan national, le département américain de la Justice et spécifiquement le Bureau pour les victimes d'actes criminels, agit comme un autre organisme fournisseur de ressources économiques. Il s'agit notamment de subventions pour des projets de recherche ainsi que pour l'assistance technique et la formation des équipes. Ce département a également fourni des fonds à diverses organisations afin de promouvoir le développement des initiatives visant la collaboration inter et multidisciplinaire et sectorielle. Des exemples concrets sont : l'Association du shérif national, laquelle a développé les TRIADs (coalitions de défenseurs des droits des aînés, agents d'application de la loi et fournisseurs de services sociaux); le Conseil National hispanique sur le vieillissement, qui a réalisé de campagnes culturels spécifiques pour lutter contre la maltraitance financière et la Commission du droit sur le vieillissement de la *American Bar Association*, promoteurs du développement des *Elder Death Review Teams* (Nerenberg, 2006). Une autre entité du département américain de la Justice, le Bureau sur la violence contre les femmes (*Office on Violence Against Women (OVAW)*) a accordé des subventions pour former les agents de l'application de la loi, les procureurs et le personnel judiciaire travaillant dans les Cours. Le Bureau de l'assistance de la

justice a soutenu également les efforts pour sensibiliser les responsables de l'application de la loi et les procureurs (Brandl *et al.*, 2007).

Au même chapitre, le Centre National sur la maltraitance envers les aînés (*National Center on Elder Abuse* (NCEA)) est identifié aussi par la littérature comme un acteur clé dans le soutien des équipes multi et interdisciplinaires à travers les États-Unis. Le NCEA, un programme de l'administration américaine sur le vieillissement (« *Administration on Aging* ») et agence principale du Département de la Santé et des Services humains (« *Department of Health and Human Services* ») est un centre de ressources au niveau national fondé en 1989 par le *Older Americans Act*, lequel est dédié à la prévention de la maltraitance des aînés (Brandl *et al.*, 2007). À travers des séminaires en ligne, le centre offre des ressources et de l'assistance technique aux équipes. Faire partie du NCEA représenterait également une possibilité en termes d'augmentation de leur visibilité et de reconnaissance de leur travail (Daly et Jogerst, 2014).

Finalement, la Fondation *Archstone*, organisme à but non lucratif basé en Californie et dédié à soutenir les initiatives visant à répondre aux besoins de la population vieillissante, a engagé des fonds sur une période de cinq ans pour soutenir le développement et l'amélioration des équipes multidisciplinaires (*Archstone Foundation*, 2010, cités dans Daly et Jogerst, 2014; Schneider *et al.*, 2010). L'implication d'*Archstone* a émergé au milieu d'un panorama sombre par rapport à la lutte contre la maltraitance en Californie. Tandis que la population aînée augmente sans cesse, le gouvernement, en même temps, a décidé de couper dans les allocations de ressources publiques destinées aux aînés. Les praticiens caractérisent les actions de l'État face à la problématique comme fragmenté et sous-financé (*California Welfare Directors Association*, 2007, cités dans Malks et Cartan, 2010). Le manque de coordination entre les départements responsables de la protection des aînés et ceux en charge de poursuivre les agresseurs était flagrant. Cependant, malgré le budget réduit de l'État et la période d'incertitude économique, la Fondation *Archstone* et les projets financés par celle-ci n'ont pas arrêté leur travail afin de donner suite à leur vision commune en termes d'amélioration des

systèmes de soins pour les aînés vivant de situations de maltraitance en Californie (Malks et Cartan, 2010). Grâce au soutien de cette fondation, plusieurs équipes multidisciplinaires ont vu le jour : *Los Angeles County Elder Abuse Forensic Center*; *Help and Outreach to Protect the Elderly (HOPE)*; *team project of the San Diego Family Justice Center* et *Institute on Aging: San Francisco Elder Abuse Forensic Center* (Schneider et al., 2010).

8.2 Phase de développement

Coordonnateur de l'équipe ou de projet collaboratif

L'émergence d'un travail collaboratif dépend souvent de l'énergie et du charisme rassembleur d'un champion du domaine. Son développement nécessite, ensuite, une personne en mesure de coordonner le travail en équipe (Navarro et al., 2010). Comme expliqué antérieurement dans le chapitre cinq, ce professionnel agit comme le fil conducteur de l'équipe, car il lie, organise et bonifie les contributions des membres, convoque aux rencontres, fait le suivi des cas et l'application des interventions proposées par les membres. Le coordonnateur veille à la bonne communication et la compréhension au sein de l'équipe et il encourage la participation des membres et d'autres professionnels si le soutien s'avère nécessaire.

Faciliter la rencontre des membres

Malks et Cartan (2010) affirment qu'il est possible de favoriser la collaboration au sein des équipes de manière « innovatrice ». Il s'agit de penser aux façons de faciliter la rencontre de membres afin que le partage, les liens, la compréhension mutuelle et donc la solidité de l'équipe se renforcent. Ils présentent des exemples des activités et des initiatives qui ont fonctionné pour l'équipe de l'*Elder Abuse Forensic Center* du comté de Los Angeles dans l'État de la Californie.

Activités hors de réunions régulières

L'organisation, à chaque année, d'une retraite d'équipe d'une journée a permis au groupe de commencer à travailler ensemble d'une manière non conflictuelle. Sortir des

discussions de cas et se concentrer sur des formations continues comprenant du contenu en lien avec toutes les disciplines des membres présents a servi afin de souligner la cohésion de l'équipe. Dans le comté de San Francisco dans l'État de la Californie, l'équipe d'évaluation multidisciplinaire (MAT) planifie chaque année une journée de retraite pour examiner les succès et les défis de l'année écoulée et pour concentrer l'énergie sur des objectifs précis pour l'avenir (Twomey *et al.*, 2010).

Création d'un environnement de travail propice à la collaboration

La salle de réunion a été conçue et mise en place de façon à ce que l'espace invite à la pleine participation de tous les organismes et facilite la communication par Internet, téléphone, fax et avec la succursale principale de leurs organismes de provenance. Doter d'un service complet de bureau à chaque organisation a permis la prise de décision sur place (Malks et Cartan, 2010).

Formation intra et interdisciplinaire

La formation intra et interdisciplinaire est identifiée par la littérature comme l'un des gages de succès dans les interventions pour contrer la maltraitance (Heisler et Stiegel, 2002 cités dans Beaulieu et Brunet, 2011; Henwood, 2008). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a également suggéré que la formation interprofessionnelle constitue un moyen d'atteindre le développement des efforts interprofessionnels efficaces (WHO 2010, cité dans McGarry et Simpson, 2012).

Dans le corpus documentaire analysé, McGarry et Simpson (2012) abordent spécifiquement ce sujet de formation interprofessionnelle ou l'apprentissage interprofessionnel (« *Interprofessional education or learning (IPL)* »). Selon les auteurs, ce type de formation est caractérisée par « les occasions où deux ou plusieurs professions apprennent les uns des autres afin d'améliorer la collaboration et la qualité des soins » (Barr 2005, cité dans McGarry et Simpson, traduction libre de l'anglais, 2012).

Cet exercice d'apprentissage « sur les autres et par les autres » facilite l'émergence d'une communication efficace et essentielle pour le succès du travail collaboratif (Salmon et Rapport 2005, cités dans McGarry et Simpson, 2012). Les problèmes liés aux divergences de langages professionnels, perspectives sur la problématique, priorités d'intervention, cultures de pratique, entre autres, pourront être plus facilement traités quand il existe un cadre pédagogique permettant la rencontre et la compréhension des tous les participants (Laming 2003, cités dans McGarry et Simpson, 2012).

Ce constat a été déjà fait par les entités régulatrices en matière de santé et de services sociaux du Royaume-Uni, lesquelles ont reconnu publiquement l'importance de la formation interprofessionnelle, ainsi que la nécessité de l'inclure le plus tôt possible au sein de programmes de formation professionnelle (McGarry et Simpson, 2012).

L'importance de recevoir ce type de formation est ressortie également de la part des intervenants ouvrant auprès des aînés dans les zones rurales aux États-Unis. Ces professionnels du secteur rural au sud de l'État de la Virginie ont manifesté leurs besoins et leurs désirs d'avoir accès à des opportunités de formations et de mentorats interdisciplinaires (Vandsburger et Robinson, 2013).

Divers auteurs ont souligné les contributions de la formation intra et interdisciplinaire au travail de collaboration contre la maltraitance. Concernant la **formation intradisciplinaire**, tous les professionnels pouvant être impliqués dans la vie des aînés devraient recevoir une éducation axée sur la gérontologie, car celle-ci leur donne une base de savoirs indispensable à l'heure d'exercer leur profession auprès les aînés vivant la problématique ou à risque de la vivre (Imbody et Vansburger, 2011). Le développement des formations standardisées et complètes ne devrait pas être adressé seulement au grand public, mais à tous les professionnels impliqués d'une certaine façon dans la vie des aînés. Ils doivent être éduqués sur la façon d'identifier, signaler, orienter et intervenir face aux cas de maltraitance (Imbody et Vansburger, 2011).

À part la formation initiale, la formation continue revêt aussi une grande importance aidant les participants à améliorer leurs compétences et se tenir au courant de

nouvelles théories, modèles d'intervention, lois, ressources, etc. Cela résulte dans une meilleure offre de services pour les aînés (Brandl *et al.*, 2007).

Malgré les changements positifs des dernières décennies en matière d'offre de formations aux professionnels, surtout par rapport à ceux appartenant au secteur judiciaire (Brandl *et al.*, 2007), il existe encore du travail à faire à ce sujet (McNamee et Murphy, 2006, cités dans Imbody et Vansburger, 2011). Généralement, les policiers ne possèdent pas une formation leur permettant reconnaître et intervenir spécifiquement dans les cas de maltraitance des aînés. Nerenberg (2006), pour sa part, approuve les besoins de formation interdisciplinaire en présentant des résultats positifs suite à une formation reçue par des agents d'application de la loi et des procureurs. La formation leur a permis de renforcer leur expertise concernant le travail avec les aînés maltraités y compris ceux qui sont réticents ou ambivalents au sujet de la participation au processus de justice pénale.

Bien que l'importance de la formation interdisciplinaire soit claire, la nécessité d'une **formation interdisciplinaire** a été discutée comme une nouvelle approche importante (Stiegel, 2006). Les différents participants aux efforts collaboratifs ne peuvent pas élaborer une réponse multidisciplinaire à moins qu'ils comprennent les perspectives, les rôles, les responsabilités, les objectifs, la terminologie et le contexte légal qui encadre sa pratique, mais aussi celle des autres. Ainsi, ce type de formation :

- Donne à tous les professionnels la capacité d'adopter une approche plus globale. Cela sert à améliorer l'offre des services, car les participants sont davantage en mesure de développer une évaluation holistique des besoins des aînés maltraités et de ressources pour y répondre (Bond, 2004).
- Renforce le sentiment d'appartenance collective et le soutien communautaire (Heck et Gillespie, 2013). Cette formule d'apprentissage « semble être l'un des moyens le plus enrichissants afin de permettre d'insuffler une dynamique et une responsabilité collective dans la prise en charge des aînés (...) Collaboration et

coordination permettent ainsi de développer des actions de formation dans le respect et la valorisation de tous » (Sirvain, 2008).

- A le double avantage de fournir des informations et d'offrir d'importantes possibilités de réseautage aux diverses disciplines qui y participent (Blower *et al.*, 2012; Brandl *et al.*, 2007). La création des liens entre professionnels de différents organismes ou secteurs pourrait, ainsi semer l'initiative de développer un travail de collaboration ou bien de renforcer les efforts déjà mis en marche (Blowers *et al.*, 2012; Brandl *et al.*, 2007; Stiegel, 2006).

Finalement, une formation interdisciplinaire ou collaborative devrait intégrer tous les organismes (Blowers *et al.*, 2012) et tous les professionnels impliqués dans la réponse à la maltraitance envers les aînés (Imbody et Vansburger, 2011). Cette formation devrait être fournie aux professionnels de services de santé et services sociaux, aux travailleurs des APS, aux défenseurs de droits en matière de violence intrafamiliale, d'agression sexuelle et de droits des aînés, aux avocats, aux agents de l'application de la loi tels que les policiers, les procureurs, les juges et les employés des services correctionnels et aux chercheurs et le personnel académique (Blowers *et al.*, 2012). Imbody et Vansburger (2011) ajoutent à la liste les professionnels du secteur des finances.

Mécanismes de partage d'information

Un autre point souligné par la littérature fait référence au développement de mécanismes pour assurer et pour faciliter le partage d'information entre les participants concernant les cas de maltraitance qu'ils discutent (Blowers *et al.*, 2012; Reid *et al.*, 2009). Briser les « silos » existants entre secteurs, organismes et professionnels nécessite de partager des bases de données au niveau général (Daly et Jogerst, 2014) et spécialement celles concernant les divers fournisseurs de soins (Pike *et al.*, 2011). La coordination et le partage des bases de données peuvent également faciliter la recherche et peuvent surtout favoriser la communication à l'intérieure d'un secteur de plus en plus dispersé (Pike *et al.*, 2011). Offrir des possibilités de partage des informations à travers des réunions, des conférences, des publications et des listes de

diffusion apporterait des avantages immédiats concernant l'amélioration du travail collaboratif (Stiegel, 2006).

Attitudes des membres

Concernant les attitudes des membres, la littérature ramène les attitudes de base ou le savoir-être nécessaire de la part des professionnels afin de réussir au travail de collaboration. Le succès dans les équipes est tributaire, en grande partie, du sentiment d'appartenance et à la valorisation de la participation de tous les membres dès le début du projet (Reid *et al.*, 2009). En outre, certains éléments clés ont été signalés comme favorisant le travail intersectoriel : une histoire de travail conjoint, une perception des bonnes volontés et des relations positives entre les participants, la compréhension mutuelle et la reconnaissance partagée de l'importance de la protection des adultes.

Le travail en partenariat nécessite de la transparence et de la responsabilité, ainsi que du respect pour les impératifs internes des uns et des autres (Brown, 2009 cité dans Williams, 2011; Sirvain, 2008). Cet environnement de respect et de solidarité fait en sorte que les participants puissent se sentir en toute confiance pour exprimer ses inquiétudes et appréhensions (Marchalot, 2007). Toutefois, le respect est une attitude qui se cultive dans le quotidien : « dans les relations interdisciplinaires (...) il ne faut pas espérer d'échanges harmonieux dans les situations de crise si nous n'avons pas le souci constant du respect des collègues et de leurs différences dans nos échanges quotidiens » (Nowak, 2010, p. 104).

Finalement, l'évolution d'un travail en silo vers une véritable pratique collaborative nécessite, de la part de chacun des professionnels, une capacité de reconnaître les limites de son expertise et d'apprendre à avoir confiance dans l'expérience des autres professionnels, ainsi que dans les autres organisations (O'Connor et Rowe, 2005; Rothman et Dunlop 2006; Ulrey, 2004; Wigglesworth *et al.*, 2006).

8.3 Viabilité de l'équipe à long terme

Soutenir une équipe multidisciplinaire nécessite une planification réfléchie avant même que l'équipe soit formée (Malks et Cartan, 2010; Twomey *et al.*, 2010). Affronter les changements, les défis et les obstacles qui surviendront en cours de route devient très difficile, sinon impossible, si la planification est laissée au hasard. Il s'avère donc nécessaire de prévoir des scénarios complexes et d'envisager des stratégies pour les prévenir ou les surmonter. De plus, la réalisation des suivis périodiques avec l'équipe peut apaiser les frustrations des membres (Twomey *et al.*, 2010). Planifier la viabilité d'un projet collaboratif signifie maintenir les objectifs que l'équipe s'est donnés initialement et institutionnaliser les réalisations et les réussites (Malks et Cartan, 2010). Cela est possible grâce aux différentes méthodes et exercices de planification stratégique pour les groupes. La littérature en mentionne un sans approfondir. Il s'agit du « processus de planification stratégique en sept étapes » développé par Albright, Brandl, Rozwadowski et Wall (2003), auteurs cités dans Brandl *et al.*, (2007).

Tableau 24. Processus de planification stratégique en sept étapes

Étapes
1. Fixer les règles de base
2. Éclairer la vision
3. Établir la mission
4. Connaître la communauté
5. Identifier les forces, les faiblesses, les obstacles et les menaces
6. Fixer des objectifs
7. Planifier l'action

*Albright, Brandl, Rozwadowski et Wall, 2003, cités dans Brandl et al., 2007,
traduction libre de l'anglais, p. 170*

Résolution des conflits

Étant donné que les divergences d'opinions sont à prévoir à cause de l'hétérogénéité des participants, un des facteurs facilitant le succès de l'équipe à long terme repose sur

l'utilisation d'un processus de gestion des conflits lequel devrait être déterminé, idéalement, dans l'étape de formation de l'équipe (Brandl *et al.*, 2007).

Évaluation

L'évaluation est un processus fondamental afin de mesurer l'évolution de l'équipe et de comprendre les enjeux concernant son développement et son progrès (Nakanishi *et al.*, 2009). Il s'agit ainsi d'une façon de cataloguer les réalisations de l'équipe, de mesurer l'efficacité des processus et de déterminer si les objectifs globaux sont atteints et demeurent pertinents. La réalisation de l'évaluation, et ce, dès le début de la formation de l'équipe, et de manière continue, permettra de réagir à temps, assurant ainsi les ajustements nécessaires pour surmonter ou améliorer les aspects qui posent obstacle au bon déroulement. Le processus d'amélioration continue, résultant d'une évaluation constante, permet de maintenir la motivation et l'implication des participants (Brandl *et al.*, 2007).

Diffusion des résultats

Finalement, la diffusion des résultats ressort comme une stratégie gagnante afin d'établir la crédibilité et de susciter l'intérêt et l'appui d'autres acteurs de diverses provenances (communauté scientifique, gouvernement, leaders locaux, population âgée, étudiants, etc.). Les sites web, les bulletins d'information et les médias sociaux, lorsqu'ils sont utilisés efficacement, sont ainsi des moyens qui permettent la communication des résultats du travail de l'équipe tout en ouvrant la porte à de nouvelles collaborations et à la création des nouveaux liens avec la communauté (Nerenberg *et al.*, 2012).

Législation

La création de réponses efficaces en matière de maltraitance des aînés doit avoir pour objectif de promouvoir une politique publique qui soutient et facilite la prestation de services (Nerenberg, 2006). Lorsqu'une partie des politiques comprend la collaboration interprofessionnelle, « *victims gain safety, restoration and peace of mind, a very worthy policy goal indeed* » (Dubble, 2006). Attirer et retenir le soutien des décideurs

politiques dépend des efforts de collecte des données de base, de la sensibilisation de la communauté et d'identifier les espaces d'influence auxquels la politique ou la législation peuvent être développés (Daly et Jogerst, 2014).

Également :

(...) au-delà d'une bonne connaissance des dispositions de la loi par les différents professionnels chargés de la mettre en œuvre, l'approche pluriprofessionnelle par la mise en place de lieux d'analyse multidisciplinaire d'évaluation des situations complexes, permettrait de mieux appréhender les situations de maltraitance financière. Bien savoir ce que chacun peut attendre des autres professionnels permettrait probablement une meilleure mise en œuvre de la loi
(Koskas, 2011, p. 18)

- **Royaume-Uni**

Dans les années 1990, les scandales et les enquêtes par rapport aux cas de maltraitance envers les aînés ont ouvert une voie à l'intégration du travail multisectoriel dans le programme de la politique nationale (Rees et Manthorpe, 2010; Perkins *et al.*, 2007, cités dans Williams, 2011). Dix ans plus tard, le ministère de la Santé a publié le document « *No Secrets: Guidance on developing and implementing multi-agency policies and procedures to protect vulnerable adults from abuse* ». Cette guide a donné les bases pour le développement d'une politique multisectorielle visant la prévention de la maltraitance des adultes vulnérables au niveau national et local (McGarry et Simpson, 2009; Rees et Manthorpe, 2010). *No Secrets* donne pour mandat aux autorités locales de prendre l'initiative et de coordonner, avec des organismes locaux (notamment la police), des réponses multisectorielles dans les cas de maltraitance, et ce, dans tous les milieux (Ingram, 2011; Manthorpe *et al.*, 2010).

Le problème constaté par plusieurs auteurs concernant ce guide réside dans le fait qu'il impose la responsabilité de la protection des adultes aux autorités locales, mais en mettant l'accent sur les partenariats entre les divers organismes (services sociaux, de santé, la police, les fournisseurs de services indépendants, etc.). De ce fait, le guide

laisse des ambiguïtés quant à la marge de manœuvre et l' « effet de levier » qu'un organisme, qui assume le leadership, peut avoir sur les autres (Filinson, 2006). Une ambiguïté se manifeste également concernant la question de comment construire une infrastructure multisectorielle capable de recueillir les ressources nécessaires pour les services à prodiguer aux aînés maltraités et de déterminer les procédures détaillées pour son fonctionnement, et ce, dans divers lieux (Filinson, 2006; Rees et Manthorpe, 2010).

Selon la littérature, à ce jour, l'Angleterre ne possède pas une loi, un cadre juridique ou un cadre unifié des droits et des responsabilités clair et complet permettant la mise en action de ce travail multisectorielle. Le manque de clarté fait partie de la complexité de mobiliser du soutien provenant des multiples secteurs ouvrant auprès des adultes touchés par la maltraitance ou à risque de l'être (Williams, 2011). Cette situation crée de la confusion, des retards et surtout une variation dans les résultats pour les aînés maltraités concernés (Ingram, 2011). Jusqu'au moment où une politique nationale puisse émerger, que des procédures permettant la clarification des rôles et des responsabilités soient proposées et que l'acceptation d'un réel travail multisectorielle soit créée, ceux qui vont continuer à souffrir sont les aînés maltraités et à risque de vivre la maltraitance (Williams, 2011).

La protection des aînés ne pourrait pas être atteinte sans l'articulation d'une législation spécifique concernant l'obligation des partenaires de signaler, d'enquêter et de partager des informations entre eux (Manthorpe *et al.*, 2010; Reid, *et al.*, 2009; Williams, 2011). Ce type de législation spécifique permet de pallier au manque de priorisation que certains organismes donnent au travail de collaboration en l'absence d'exigences réglementaires (Henwood, 2008; Parry, 2013).

Un réel travail multisectoriel impliquerait également des politiques et des procédures communes mises en application par tous les organismes partenaires (Manthorpe *et al.*, 2010). L'implication de tous les acteurs dans la création et dans l'appropriation de lois et de politiques claires et détaillées, ainsi que la mise en œuvre d'une formation

intersectorielle au niveau national sont identifiées comme des conditions gagnantes, voir incontournables, au succès des pratiques collaboratives (Williams, 2011).

- **États-Unis**

Aux États-Unis, Dubble (2006) est du même avis que ses collègues du Royaume-Uni. Pour lui, l'alliance entre professionnels, organismes et secteurs devrait être renforcée également par la mise en place et la promotion de politiques rendant obligatoire le travail collaboratif. Filinson (2006), pour sa part, apporte une nuance entre le cadre politique et légal du Royaume-Uni et celui des États-Unis. Il affirme que si les travaux collaboratifs sont soulignés dans les deux pays, il n'en demeure pas moins qu'aux États-Unis, il existe une délimitation plus claire des tâches entre les organisations faisant partie des efforts collaboratifs et un plus grand sens d'unité concernant les objectifs à suivre au sein des entités de protection contre la maltraitance envers les aînés.

En matière de législation, « *the Elder Justice Act* » ressort comme le premier effort fait par le gouvernement fédéral américain afin de proposer un soutien politique et financier concret. Ce soutien vise à rapprocher les secteurs de l'application de la loi, de la santé et des services sociaux : ces secteurs qui traditionnellement sont habitués à travailler de façon isoler en matière de maltraitance envers les aînés (Dubble, 2006).

Ce projet de loi représente l'un des exemples les plus forts au niveau fédéral concernant la création de politiques fondées sur des données probantes liées à la maltraitance des aînés. Le projet reflète plusieurs années de témoignage par certains des plus grands experts du pays en gérontologie et sur la problématique. Il compte également sur l'appui des membres du Congrès américain, des citoyens et des professionnels. Un autre point clé de « *the Elder Justice Act* », c'est qu'il donne une définition de la maltraitance et de la négligence qui peut aider à la normalisation des définitions codifiées dans les lois nationales et locales (Brownell et Rosich, 2007). Il vise également à soutenir la création de réponses communautaires multidisciplinaires à la problématique et il prévoit la formation interdisciplinaire des acteurs impliqués dans la lutte contre la maltraitance (Brownell et Rosich, 2007).

Cependant, au moment où la politique du gouvernement fédéral a fait défaut concernant le budget attribué au dossier aîné, les États ont pris des mesures pour progresser vers l'objectif de développer des réponses plus concertées et complètes de la part des secteurs de l'application de la loi et des APS (Brandl *et al.*, 2007; Dubble, 2006). Le travail sur le terrain qui a été développé aux niveaux locaux, provinciaux et nationaux a été remarquable compte tenu des ressources limitées pour le dossier des aînés (Brandl *et al.*, 2007).

Les procureurs des États (*State Attorney Generals*) ont joué un rôle clé dans ces efforts. Le Bureau du procureur général de l'État de la Floride a créé l'opération « *Spot check* ». Cette opération vise à procéder à des inspections inattendues dans les établissements dans les comtés de Broward et Palm Beach, et ce, avec une équipe d'inspecteurs qui incluent notamment des professionnels du secteur de l'application de la loi et des APS (Hodge, 1998, cité dans Dubble, 2006). Pour sa part, en 1994, le procureur général de l'État de l'Oregon a créé un groupe de travail sur la maltraitance des aînés, formé par des agents de l'application de la loi et des APS (Kaye et Darling, 2000, cités dans Dubble, 2006). Le groupe a travaillé sur des initiatives afin de sensibiliser les employés des institutions financières par rapport à la maltraitance financière et il a également éduqué les aînés afin qu'ils puissent comprendre que certains astuces de télémarketing et de marketing postaux sont des crimes et doivent être signalés aux autorités (Dubble, 2006). Enfin, en 2001, l'État de la Californie a adopté une loi permettant aux comtés de créer des équipes d'examen des décès (*Elder Death Review Teams*) afin d'analyser les cas de maltraitance (Dayton, 2002, cité dans Dubble, 2006).

À part des initiatives de travail de collaboration développées par certains États, d'autres ont plutôt tenté d'aller vers la modification de la législation afin d'arriver à une politique publique globale et cohérente (Nerenberg, 2006). En 2001, le NCEA, a convoqué le premier sommet national sur la maltraitance envers les aînés. Les experts de plusieurs États américains ont adopté 21 recommandations prioritaires et ils ont procédé à la révision des politiques liées à la maltraitance des aînés. Plusieurs États et des comtés

ont reproduit le sommet du NCEA. En 2003, le comté de Washington dans l'État de l'Oregon, a également tenu un sommet régional, lequel a attiré 100 législateurs, procureurs de district, agents de l'application de la loi, travailleurs sociaux des APS et défenseurs de droits. L'État de New York, pour sa part, a organisé en 2004 un évènement à l'échelle de l'État. Cette initiative a permis la création de son propre programme d'action face à la problématique (Nerenberg, 2006). Dans de nombreux États, des groupes de travail (*task forces*) ont vu le jour afin d'examiner et de proposer de nouvelles lois et de nouveaux statuts. C'est le cas de l'État du Minnesota et du Wisconsin. Ces États ont pris des mesures pour réformer complètement leurs systèmes de services de protection des aînés (Brandl *et al.*, 2007).

Malgré les initiatives et les efforts des États, les politiques et la législation ne peuvent pas tout régler par elles-mêmes :

(...) Il faut également un engagement aux plans organisationnel et professionnel afin de développer des processus décisionnels qui garantissent que la protection et la personnalisation se complètent de la façon la plus efficace possible
(Galpin et Hughes, 2011, traduction libre de l'anglais, p. 158.).

Le fait d'avoir des textes législatifs appuyant la création des équipes multidisciplinaires est une stratégie gagnante et nécessaire afin de guider leur implantation et d'augmenter leur efficacité. Cependant, il n'en demeure pas moins que l'appui par les textes législatifs n'est pas suffisant. Le financement constituerait également un autre facteur influençant le développement et le maintien des initiatives collaboratives (Daly et Jogerst, 2014).

- ***Japon***

Nakanishi *et al.*, (2009) sont les seuls auteurs qui abordent la situation au Japon dans la littérature. Ils abondent dans le même sens que leurs collègues nord-américains, en affirmant le besoin de compter sur des politiques spécifiques sur la maltraitance envers les aînés. Ces politiques devraient encadrer, par le fait même, le soutien financier à

octroyer aux efforts d'implantation des modèles de travail collaboratif. Les auteurs arrivent à cette conclusion suite à leur étude évaluative concernant le progrès et les difficultés du développement des réseaux de réponse dans les gouvernements municipaux après l'adoption de la loi nationale du 2006. Cette loi, concernant « *the elder abuse prevention and caregiver support* », énonce les rôles et les responsabilités des gouvernements nationaux et locaux ainsi que des citoyens par rapport à la prévention de la maltraitance envers les aînés, la protection des aînés maltraités et le soutien aux aidants naturels visant ainsi à réduire leur fardeau au niveau de soins. Le but principal de la loi est de protéger les droits des aînés et de faire de la prévention afin que les aînés ne subissent pas des actes de maltraitance. Bien que cette loi a semblé être un pas important vers le développement du réseau de soins et des services entre les municipalités, le grand obstacle à son implantation était le manque de soutien financier. En effet, le développement de la réponse sectorielle a varié entre les municipalités. De ce fait, certaines activités ont été mises de côté, sans aucun plan de mise en œuvre, par exemple, au niveau de la création d'équipes d'intervention et le développement des réseaux multisectoriels. Une des recommandations finales des auteurs repose ainsi sur le besoin d'avoir une politique qui aborde de manière claire les procédures et les moyens afin d'établir des équipes d'intervention et des réseaux multisectoriels au niveau municipal.

- **Québec**

Au Québec, la reconnaissance de cette problématique est survenue à la fin des années 70, lors de colloques régionaux organisés par le Ministère de la Justice. À partir de ces années, diverses initiatives de recherche et de pratique ont vu le jour dans le but de mieux comprendre et d'intervenir face à cette problématique. Le gouvernement du Québec, pour sa part, a mis sur pied différents groupes d'experts, des commissions et des consultations publiques afin d'évaluer la complexité du phénomène. De plus, il s'est doté de plans d'action et de politiques, lesquels, sans s'attaquer spécifiquement à la maltraitance, ont contribué à la réduction de la problématique. Également, il est nécessaire de souligner la participation active de la province lors des assemblées

mondiales de Vienne et de Madrid. De ce fait, c'est lors de la deuxième rencontre à Madrid que le gouvernement du Québec, guidé par les recommandations, a entrepris d'autres travaux de réflexion. Ces travaux ont mené, finalement, à la création, en 2010, du premier Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les aînés. À travers ce plan, le gouvernement vise à coordonner et à soutenir les actions déjà menées par divers acteurs sociaux afin de prévenir, dépister et contrer la maltraitance. Par la même occasion, le travail intersectoriel est souligné en tant que facteur « essentiel » à la réussite du Plan (Ministère de la Famille et des Aînés du Québec, 2010 ; Ministère de la Famille et des Aînés du Québec, 2013).

9. BÉNÉFICES DU TRAVAIL COLLABORATIF

La littérature analysée présente plusieurs apports significatifs au travail collaboratif dans le domaine de la maltraitance envers les aînés. De manière générale, la contribution est soulignée en termes d'amélioration de la communication, de la coopération et de la collaboration entre les secteurs, les organismes, les disciplines, les professionnels et les communautés impliqués dans la lutte contre la problématique (Abramson dans Otto, 2005; Blowers *et al.*, 2012; Spinale, 2005; Twomey *et al.*, 2010). Cette amélioration aura des résultats bénéfiques concrets pour la société, les secteurs, les organismes et les professionnels en contact avec la problématique, ainsi que pour les aînés maltraités (Brandl *et al.*, 2007).

9.1 Société

Le principal résultat du travail collaboratif consiste en l'amélioration dans l'offre des services grâce à la réduction des doublons et des lacunes au sein de ces derniers (Brandl *et al.*, 2007; Nerenberg, 2003, cité dans Beaulieu et Brunet, 2011). La réussite au niveau des changements législatifs ou politiques permettant l'intégration de la lutte contre la maltraitance sera aussi des résultats tangibles grâce aux efforts de plaidoyer collectivement (*advocacy efforts*) (Abramson dans Otto, 2005; Spinale, 2005).

9.2 Secteurs et organismes

Concernant les bénéfices pour les secteurs et les organismes, la littérature souligne la rentabilisation du temps et des ressources économiques (Brandl *et al.*, 2007). Le partage du personnel, du matériel et des infrastructures, entre autres, est le moyen le plus efficace pour faire baisser les coûts des différentes organisations. Les organisations qui souhaitent maximiser l'utilisation des ressources dans la prestation de services de protection pour les aînés devraient ainsi améliorer le partage de ces types de ressources (Liu, 2004). Dans le même sens, la participation de différents acteurs et la mise en commun de diverses expertises permettraient d'arriver à de meilleures analyses évitant,

ainsi la dépense de temps et d'argent sur des questions non significatives ou non pertinentes (Brandl *et al.*, 2007). Cela est particulièrement évident concernant le processus de collecte de preuves dans lequel la contribution de différents secteurs et organismes facilite l'obtention de la documentation nécessaire : l'évaluation des preuves, l'identification des témoins disponibles et la promotion de poursuites judiciaires (Brandl *et al.*, 2007).

9.3 Professionnels

Les membres des équipes, pour leur part, en s'appuyant sur l'expertise de tous les participants, bénéficieraient de la création d'un plus large éventail de stratégies, solutions et perspectives afin de faire face aux cas de maltraitance (Abramson dans Otto, 2005; Brandl *et al.*, 2007; Spinale, 2005; Twomey *et al.*, 2010). Le travail collaboratif offre également aux professionnels l'opportunité d'avancer dans leurs connaissances relatives à la problématique en apprenant sur la perspective et la façon de l'aborder par les autres disciplines (Brandl *et al.*, 2007; Connolly, 2010; Liao, Mosqueda et Giles, 2005; Nerenberg *et al.*, 2012). Les professionnels sont en mesure de mieux comprendre les autres disciplines, y compris les rôles et les limites, en faisant l'exercice inverse de partager avec les autres participants la vision, les principes et les lignes directrices de leur propre discipline face à la maltraitance (Brandl *et al.*, 2007; Liao, Mosqueda et Giles, 2005). L'étude réalisée par Manthorpe *et al.* (2010) démontre ce point dans ces résultats. Les gestionnaires en travail social interviewés par les chercheurs ont affirmé que travailler en collaboration avec les professionnels de la santé ou de la police avait de grands avantages, car cela leur permettait de mieux comprendre le rôle de chacun des acteurs ainsi que les contraintes et les limites dans leur pratique. Ce type de travail conjoint leur permettait ainsi d'avoir une vision plus complète au niveau stratégique et opérationnelle. Le travail collaboratif offrirait également aux cliniciens la possibilité d'apprendre comment les agents de l'application de la loi abordent les enjeux de sécurité et de justice. En même temps ces derniers

apprendraient à poser des questions pertinentes relatives à l'état mental des aînés maltraités et des personnes maltraitantes suspectées ou avérées (Falk *et al.*, 2010).

Le travail collaboratif fait en sorte qu'aucune discipline ne doit prendre à elle seule le poids de la problématique (Anetzberger, 2005; Anetzberger *et al.*, 2005; Dyer *et al.*, 2005 dans Beaulieu et Brunet, 2011; Henwood, 2008) et qu'il existe un soutien entre les professionnels lorsque des décisions difficiles doivent être prises, telles que des mesures de tutelle ou de curatelle (Brandl *et al.*, 2007). Le partage des idées et des discussions, autour des problèmes et des pistes de solution peuvent réduire le sentiment d'isolement parfois ressenti dans la pratique (Minshull, 2004) et peuvent également protéger les praticiens contre l'épuisement professionnel généré par l'intervention en silo dans des situations complexes (Lachs et Pillemer, 2004; Spangler et Brandl, 2007). Les résultats de l'étude réalisée par Vanmeerbeek, Giet et Massart (2007), sont éloquentes par rapport à ce sujet. :

Dès la phase d'identification du problème, tous (les professionnels) ressentent le besoin de confronter leurs impressions et leurs doutes avec d'autres, puis de rassembler des faits probants (...) Ils ont besoin d'être soutenus moralement dans la gestion de ces situations toujours complexes et psychologiquement difficiles. Dans la phase d'intervention (...) le besoin de communication et de coordination efficaces se fait rapidement sentir (...) Quelles solutions proposent-ils? La voie royale proposée par tous les professionnels passe par un accroissement de la collaboration interprofessionnelle (Vanmeerbeek, Giet et Massart, 2007, p. 6).

Ce soutien interprofessionnel se reflète également dans l'amélioration des conditions de sécurité des intervenants grâce à la collaboration des partenaires du secteur de l'application de la loi, lesquels protègent les intervenants en participant conjointement, par exemple, à des visites à domicile (Brandl *et al.*, 2006; Brandl *et al.*, 2007; Jayawardena et Liao, 2006). Finalement, le travail collaboratif facilite l'augmentation des possibilités de formation interprofessionnelle et de financement pour des initiatives de prévention et de lutte contre la problématique (Abramson dans Otto, 2005; Spinale, 2005; Stiegel, 2006; Twomey *et al.*, 2010).

9.4 Aînés maltraités

En termes d'avantages pour les **aînés maltraités**, le travail collaboratif favoriserait, en premier lieu, la création d'un lien de confiance avec les professionnels. Plus il y a d'organismes et des professionnels disponibles pour s'impliquer dans les cas plus il existe des probabilités de réussir une connexion entre l'aîné en demande de services et un professionnel qu'il soit du secteur de la santé et des services sociaux, du domaine juridique, etc. (Brandl *et al.*, 2007; Heisler, 2006). En deuxième lieu, la littérature remarque la possibilité d'une intervention qui répond davantage à leurs multiples besoins (Brandl *et al.*, 2007; Nerenberg *et al.*, 2012). Avec plus de secteurs, d'organismes et des professionnels capables de reconnaître la maltraitance et de répondre aux besoins des aînés maltraités, la détection précoce et l'élaboration d'un plan d'intervention globale deviennent davantage possibles (Brandl *et al.*, 2007). D'un autre côté, les pratiques collaboratives permettent de réduire la nécessité de demander aux aînés maltraités de raconter plusieurs fois leur histoire ce qui est souvent personnel et difficile à dévoiler (Falk *et al.*, 2010). La collaboration entre les organismes en termes de procédures d'entrevue et de protocoles d'enquête multidisciplinaires coordonnés permet de diminuer, voir éliminer, la multiplication des interventions pouvant entraîner un malaise chez les aînés maltraités (Brandl *et al.*, 2007; Falk *et al.*, 2010). Finalement, en termes des pistes de solution, les aînés peuvent arriver plus facilement à une décision qu'ils jugent acceptable lorsqu'ils ont la possibilité de choisir parmi une variété de ressources disponibles à travers de multiples secteurs et organismes (Brandl *et al.*, 2007).

9.5 Bénéfices des équipes multi et interdisciplinaires

Que les équipes multidisciplinaires demeurent un modèle de pratique, dans le temps, suggère le rôle important qu'ils jouent dans la lutte contre la maltraitance des aînés (Anetzberger, 2005). Ainsi, à travers les années, ce modèle de travail collaboratif a fait ses preuves comme un outil pertinent et efficace capable d'ajouter de la valeur dans les réponses contre la problématique (Navarro, 2013; Twomey *et al.*, 2010).

Une des caractéristiques cruciales de la contribution de ce modèle réside dans la **structure de rencontre**, qui constitue une marque distinctive et centrale du travail au sein de ces équipes. Cette structure, dans laquelle divers professionnels de divers secteurs se réunissent afin d'aborder les cas les plus complexes, favorise la collaboration (Anetzberger *et al.*, 2005; Dyer *et al.*, 2005 cités dans Beaulieu et Brunet, 2011) et la création d'un **lien interprofessionnel** (Malks et Cartan, 2010; Schneider *et al.*, 2010; Stiegel, 2006). Les rencontres multi et interdisciplinaires permettent aux organismes et aux professionnels de comprendre davantage les particularités des autres (Abramson dans Otto, 2005), ainsi que ce que les limites de chacun en raison de leurs compétences juridictionnelles, des politiques ou mandats législatifs ou des contraintes au niveau des ressources (Malks et Cartan, 2010). Cet « apprendre à se connaître », qui est à la base du lien interprofessionnel, permet l'émergence d'une collaboration qui cherche à résoudre les problématiques en équipe (Navarro *et al.*, 2010) et qui permet la répartition des tâches et le partage de la charge de travail tout en combinant les forces propres à chaque acteur (Mason et Caccamise dans Otto, 2005).

Les discussions multidisciplinaires permettent d'aborder le problème sous un angle différent et unique selon chaque discipline, organisme et secteur. De ce fait, de **nouvelles stratégies d'intervention**, à court et à long terme, peuvent voir le jour (Abramson dans Otto, 2005; Blowers *et al.*, 2012; Navarro *et al.*, 2010; Schneider et Mosqueda, 2010; Spinale, 2005). La diversité des perspectives professionnelles contribue à l'exploration de l'ensemble de la vie de l'aîné sans se limiter à un seul domaine (Abramson dans Otto, 2005; Brandl *et al.*, 2007). Cette **perspective plus holistique** permettrait ainsi d'envisager des réponses mieux ajustées aux multiples besoins et enjeux de l'aîné maltraité, de la personne maltraitante et des praticiens (Anetzberger, 2005; Anetzberger *et al.*, 2005; Dyer *et al.*, 2005 cités dans Beaulieu et Brunet, 2011; Brandl *et al.*, 2007).

La structure de rencontre, ce point de convergence des diverses connaissances et expertises des membres, favorise aussi le **soutien et l'encouragement entre les**

membres de l'équipe (Abramson dans Otto, 2005; Navarro *et al.*, 2010; Nerenberg, 2003 cité dans Beaulieu et Brunet, 2011). Ce soutien peut être compris en termes de réseautage pour les membres pour lesquels des portes pourraient s'ouvrir dans le réseau de la maltraitance et ainsi augmenter leurs contacts de travail (Abramson dans Otto, 2005 ; Spinale, 2005). Ce soutien permet également de valoriser et développer les compétences de chacun (Marchalot, 2007), obtenir une meilleure connaissance des services, approches et ressources disponibles dans d'autres organismes et disciplines (Abramson dans Otto, 2005 ; Spinale, 2005) et d'obtenir du soutien afin d'assurer la responsabilisation des criminels (Abramson dans Otto, 2005; Nerenberg, 2006; Spinale, 2005).

Un autre bénéfice identifié dans la littérature fait référence au **partage** par rapport à différentes dimensions, par exemple, l'information, l'expertise, les connaissances et les habilités des membres ainsi qu'à l'égard de la prise des décisions et de la responsabilité dans l'élaboration des procédures et des stratégies communes (Galpin et Hugues, 2011; Henwood, 2008; Stiegel, 2006). Ce partage permettrait d'arriver à des réponses coordonnées, cohérentes et plus riches du fait qu'elles intègrent les différentes perspectives des organismes, secteurs et professionnels membres de l'équipe de travail (Henwood, 2008). Les répercussions sont ainsi positives sur le plan de la qualité de services offerts à la population aînée (Blowers *et al.*, 2012) et des conditions par rapport à l'exercice professionnel (Marchalot, 2007).

D'un autre côté, les équipes multidisciplinaires auraient apporté une contribution significative concernant l'efficiencia et l'efficacité par rapport à la **dénonciation, l'investigation et le processus de poursuite judiciaire** des cas de maltraitance (Liao *et al.*, 2005; Navarro *et al.*, 2013).

Selon une étude évaluative réalisée par Daly et Jogerst (2014) aux États-Unis, les États incluant dans leurs *statuts* des consignes par rapport aux équipes multidisciplinaires avaient un taux plus élevé de signalement, de preuves cumulées et d'enquête (Daly et Jogerst, 2014). Nerenberg (2006), abonde dans le même sens en affirmant que la

formation des équipes multidisciplinaires aux États-Unis a été une des innovations dans le domaine de la lutte contre la maltraitance envers les aînés contribuant à atteindre une augmentation du nombre de cas poursuivis.

Le travail en équipe multidisciplinaire a favorisé notamment l'échange entre le secteur de l'application de la loi et d'autres secteurs (Nerenberg, 2006). L'amélioration de la communication et du partage entre les secteurs a permis de mieux déterminer la pertinence d'amorcer un processus judiciaire ainsi que le moment le plus approprié pour le faire (Jackson *et al.*, 2013). L'équipe multidisciplinaire sera ainsi particulièrement utile à l'heure d'orienter l'exploration et la compilation des preuves nécessaires afin de préparer le dossier requis pour la poursuite judiciaire (Brandl *et al.*, 2007; Jackson et Hafemeister, 2013) et de développer des techniques d'enquête et d'évaluation (Nerenberg *et al.*, 2012).

Enfin, l'équipe multidisciplinaire permet d'augmenter les sources de **financement externe** (Brandl *et al.*, 2007). Bien que le travail en équipe afin de préparer des demandes de subvention soit susceptible de poser des défis budgétaires et territoriaux entre les membres, le soutien de plusieurs organismes peut augmenter les chances d'accéder au financement (Blowers *et al.*, 2012).

10. DÉFIS ET STRATÉGIES POUR LE DÉVELOPPEMENT ET LE MAINTIEN DES EFFORTS COLLABORATIFS

« La coordination intersectorielle ressemble à la diplomatie internationale. Celle-ci nécessite de la négociation, de la communication personnelle, de l'attention aux intérêts et contraintes des participants et des procédures de règlement des différends » (Hofford and Harrel, 1995, cités dans Brandl *et al.*, 2007, traduction libre de l'anglais, p. 219).

Bien que la collaboration s'avère essentielle afin d'aborder de cas complexes, celle-ci ne se fait pas sans difficulté (Abramson dans Otto, 2005; Brandl *et al.*, 2007; Navarro *et al.*, 2010; Schneider *et al.*, 2010; Twomey *et al.*, 2010). Malgré que toutes les équipes ont été formées pour répondre aux besoins différents et uniques, les études évaluatives ainsi que les textes descriptifs des pratiques analysées dans la littérature recensée ont révélé des problèmes communs tels que : la confidentialité, le manque de participation de certaines disciplines ou de certains secteurs, les conflits des priorités entre participants, la communication, la concurrence entre professionnels et entre secteurs, la collecte de données, l'appartenance et le leadership au sein du groupe, etc.

Malgré une planification méticuleuse et le développement rigoureux des procédures, lorsque vient le temps de former une équipe multi ou interdisciplinaire, il est impossible de ne pas être confronté à des obstacles. En effet, étant donné la participation des nombreuses professions, organismes et secteurs dans l'identification et l'intervention face à la maltraitance, l'élaboration de réponses globales et efficaces devient davantage complexe (Abramson dans Otto, 2005; Brandl *et al.*, 2007; Nerenberg, 2006; Twomey *et al.*, 2010; Schneider *et al.*, 2010).

Ces difficultés rencontrées par les équipes multidisciplinaires peuvent provenir de la formation, la dynamique et le fonctionnement propre aux groupes, alors que certains autres défis seront spécifiques au partage des tâches et du processus au sein d'une équipe centrée sur la problématique de la maltraitance envers les aînés (Twomey *et al.*, 2010). Ces défis sont à considérer. Ils peuvent survenir en tout temps et bien qu'ils ne

soient pas impossibles à surmonter, les négliger pourrait conduire à la désintégration finale de l'équipe (Brandl *et al.*, 2007; Twomey *et al.*, 2010).

10.1 Confidentialité

De plus en plus, les divers secteurs et organismes engagés dans la réponse aux cas de maltraitance envers les aînés se rendent compte de la nécessité du travail collaboratif. Cependant, le partage des informations est un des obstacles majeurs à la coordination des réponses intersectorielles et interdisciplinaires (Ramsey-Klawnsnik, 2006).

La rencontre d'intervenants de divers organismes soulève nécessairement l'épineuse question de la confidentialité. Quoi dire? Comment le dire? Quelle profondeur et quels détails sont nécessaires pour se mettre en mode de collaboration dans l'action? (Beaulieu et Brunet, 2011, p. 27)

Les inquiétudes concernant la confidentialité des informations personnelles et la protection de données sont primordiales pour toutes les équipes. De manière générale, tous les membres devraient comprendre l'impact de la confidentialité sur l'échange d'informations (Brandl *et al.*, 2007). La violation de la confidentialité représente un problème grave et il est compréhensible que cette violation puisse entraîner la méfiance au sein de l'équipe (Abramson dans Otto, 2005; Manthorpe *et al.*, 2010).

Avant de statuer sur les objectifs du travail de collaboration et de procéder à la sélection des partenaires multidisciplinaires, il faut être conscient des différentes limites et restrictions de chacun des membres potentiels quant à la divulgation des données. Concrètement, ces limites pourraient empêcher la discussion sur certains détails relatifs à un cas. Cette compréhension initiale éviterait qu'une fois la mise en marche l'équipe, le refus d'agir d'un des membres, par exemple, soit interprété comme un manque de coopération ou d'engagement (Brandl *et al.*, 2007).

Stratégies

Afin de surmonter cette préoccupation, une des stratégies proposées fait référence au développement de **protocoles de partage d'information** (Manthorpe *et al.*, 2010). Une alternative consiste à des **ententes écrites** signées par tous les membres de l'équipe dans lesquelles ceux-ci s'engagent à protéger la confidentialité des personnes et des informations (Abramson dans Otto, 2005 ; Twomey *et al.*, 2010). La littérature présente une distinction entre trois différents types d'entente pouvant être mise de l'avant dans l'étape de formation de l'équipe (Twomey *et al.*, 2010) :

1. *Protocole d'entente (Memoranda of Understanding (MOU))* : énonce les objectifs de l'équipe, ainsi que les rôles et responsabilités de ses membres.
2. *Accord de confidentialité* : énonce la politique de l'équipe sur le type d'information à discuter lors des réunions et nomme clairement les droits et les limites du partage de l'information entre les membres (ce qui peut ou ne peut pas être partagé et avec qui).
3. *Entente de non-affiliation (« Disclosure Agreement »)* : cet accord a pour but de mettre au clair l'interdiction pour les membres du secteur privé d'entrer dans une relation professionnel-client avec une des parties d'un cas examiné par l'équipe, c'est-à-dire, un aîné maltraité, une personne maltraitante, ou une autre partie impliquée dans la situation analysée. La signature de cette entente peut aider à décourager la participation des éventuels individus motivés uniquement par des désirs égoïstes.

L'objectif de ces documents d'entente est d'institutionnaliser un accord entre deux ou plusieurs entités sur les processus qu'ils suivront par rapport à certaines démarches. L'existence de ces documents aide à assurer que ces pratiques se poursuivent même si les organismes vivent des changements de direction ou de roulement du personnel. En outre, ils assurent la cohérence dans le travail quotidien auprès des aînés maltraités ou à risque de vivre de situations de maltraitance (Brandl *et al.*, 2007).

L'idéal avec ces accords serait de les renouveler chaque année afin de revenir avec les membres de l'équipe sur leur engagement à l'égard du délicat sujet de la confidentialité.

Dans le comté de San Francisco dans l'État de la Californie, en plus d'un renouvellement annuel du protocole d'entente (MOU), chaque membre de l'équipe d'évaluation pluridisciplinaire (« *Multidisciplinary Assessment Team* », (MAT)) signe un accord de confidentialité au début de chaque réunion d'équipe (Twomey *et al.*, 2010).

En outre, il importe de ne pas perdre de vue que certaines méthodes de transmission de l'information, particulièrement les communications électroniques, y compris des sites web, les courriels et des télécopies, ne fournissent pas le niveau de confidentialité requis pour des informations délicates, telles que le type de maltraitance subie ou les antécédents médicaux de l'aîné maltraité (Brandl *et al.*, 2007). De cette façon, il est suggéré est que les rapports, les dossiers et toutes les documents envoyés par la poste ou par télécopieur soient identifiés comme étant confidentiel (Abramson dans Otto, 2005).

Concernant les limites professionnelles au partage de l'information, les professionnels pourraient être appelés à travailler afin d'obtenir des changements législatifs permettant les échanges nécessaires, dans des situations nécessaires, afin de répondre à des situations de maltraitance (Brandl *et al.*, 2007).

10.2 Participation

Si la mobilisation des acteurs pour qu'ils fassent partie du projet collaboratif peut s'avérer complexe et prendre du temps, « l'engagement à long terme présente un défi plus important » (Brunet et Beaulieu, 2011). En fait, un des grands obstacles soulignés par la littérature concernant le maintien des efforts collaboratifs consiste à un manque de participation fréquent de la part de certaines disciplines essentielles (Brandl *et al.*, 2007; Galpin et Hughes, 2011; Reid *et al.*, 2009; Teaster *et al.*, 2003 cités dans Navarro *et al.*, 2010). En effet, dans leur enquête nationale, Teaster et ses collègues montrent que presque la moitié (48 %) des équipes est confrontée à cet obstacle. La réticence à s'engager dans l'équipe, la sous-estimation du temps et des responsabilités nécessaire

pour en faire partie et la rotation continue des membres sont certains des facteurs exposés par la littérature en tant que causes du manque de participation.

D'abord, dans presque toutes les équipes multi ou interdisciplinaires au moins un des participants clé apparaît réticent à s'engager dans l'équipe (Galpin et Hughes, 2011; Schneider *et al.*, 2010; Twomey *et al.*, 2010). Le sentiment d'être jugé, tant personnellement que professionnellement, peut faire en sorte que les membres adoptent une posture défensive et décident ainsi de diminuer ou d'arrêter leur participation (Abramson dans Otto, 2005). Les praticiens suggèrent que les professionnels les plus couramment absents aux réunions multidisciplinaires sont les médecins généralistes et les agents de la police (Galpin et Hughes, 2011). Selon les auteurs, leur manque de participation a des répercussions directes sur le contenu de l'information partagée au sein de l'équipe (information incomplète) et peut compromettre la qualité de la prise de décision multidisciplinaire (Galpin et Hughes, 2011).

D'un autre côté, Abramson dans Otto (2005), affirme que certains professionnels ont la tendance à confirmer leur participation à divers groupes de travail sans apprécier pleinement les attentes par rapport à leur présence et leur rôle. Cela amène une surcharge des responsabilités et l'impossibilité pour le professionnel de participer aux réunions, suivis de cas et, dans certaines situations, à ne pas accomplir les engagements pris avec l'équipe. Le manque de clarté par rapport au degré de participation attendu des membres serait ainsi une erreur à éviter dans l'étape de formation des équipes multi et interdisciplinaires (Brandl *et al.*, 2007).

Le changement et la rotation des membres peuvent créer également des défis pour l'équipe (Schneider *et al.*, 2010; Twomey *et al.*, 2010). Pour certains organismes habitués à faire des changements de personnel régulièrement, désigner un nouveau représentant pour les réunions, ainsi que pour orienter la nouvelle personne est une procédure qui peut prendre des mois. C'est le cas des organismes comme la police et les bureaux du shérif ou du procureur du district (Twomey *et al.*, 2010). Lorsque de

nouveaux professionnels se joignent à l'équipe, pour remplacer un membre sortant ou simplement pour intégrer l'équipe en place, il est essentiel qu'ils reçoivent une orientation et une formation appropriée (Abramson dans Otto, 2005; Brandl *et al.*, 2007). L'intégration d'un nouveau membre sur une équipe multidisciplinaire est souvent utile. Une nouvelle personne peut apporter une nouvelle énergie et une nouvelle perspective, renforçant ainsi l'équipe (Twomey *et al.*, 2010). Cependant, ce nouveau membre doit être en mesure de se renseigner sur les objectifs, les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe et le fonctionnement, etc.

Une charge excessive de travail pourrait se manifester par l'absentéisme des membres. Afin de conserver une stabilité dans la participation, cet obstacle peut s'adresser en ajustant les tâches ou les rôles des membres de l'équipe, en proposant la rotation des participants par organisme ainsi qu'en misant sur la reconnaissance du travail individuel et de l'équipe (Brandl *et al.*, 2007).

Finalement, les membres de l'équipe peuvent faire face à des demandes inattendues de leur temps ou à des barrières géographiques où il y a des distances considérables entre les bureaux et les lieux de réunion (Brandl *et al.*, 2007).

Stratégies

Ayant conscience des divers facteurs à la racine du manque de participation, des mesures peuvent être prises tôt dans le processus de planification (Twomey *et al.*, 2010). Concernant les attitudes défensives menant au retrait des membres, Abramson (2005) ajoute l'importance de rappeler continuellement au sein de l'équipe que si un membre apporte un cas pour la discussion, c'est précisément parce qu'il se sent coincé avec celui-ci. Ainsi, **l'ouverture d'esprit et la disposition à écouter et à aider** ce professionnel sont essentielles. Également, il s'avère important pour ceux qui présentent les cas de se souvenir de l'objectif de l'équipe, ainsi que de l'objectif de sa propre participation pour ne pas se sentir sur la défensive une fois que des questionnements commencent à être posés par les autres membres concernant les cas.

À l'égard de l'engagement hâtif de certains membres, une des stratégies proposées fait référence à la **signature des ententes d'adhésion ou lettres d'engagement**. Ces dernières ne sont pas censées être un contrat obligatoire sur lequel le chef d'équipe peut prendre des mesures dans le cas d'absence aux réunions. Il s'agit d'un document permettant aux professionnels de prendre le temps pour bien réfléchir avant de valider leur engagement dans l'équipe. En créant un document explicatif sur l'équipe, son rôle au sein de celui-ci et les attentes à l'égard de sa participation, l'objectif est de leur donner l'espace nécessaire pour qu'ils réfléchissent sérieusement s'ils sont en mesure ou pas de participer (Abramson dans Otto, 2005).

Afin de pallier au changement continu de personnel au sein de l'équipe et de faciliter ce type de transitions, une stratégie gagnante peut être la signature des **protocoles d'entente avec tous les organismes membres**, avec l'ajout d'une clause concernant la représentation permanente de chaque organisme, ainsi que l'établissement d'une procédure d'orientation standard pour les nouveaux membres (Twomey *et al.*, 2010). **Fournir du matériel explicatif aux nouveaux membres** s'avère aussi aidant (Abramson dans Otto, 2005). Le manuel de l'équipe, une liste des membres et de contacts clé dans la communauté, brochures des différents organismes membres, fiches d'information sur la problématique et sur les divers services sociaux et programmes de vieillissement disponibles, entre autres, font partie de la liste des documents incontournables à la formation. En plus de la formation formelle, les nouveaux membres pourraient bénéficier d'assister au moins à deux réunions avant d'être invités à présenter leur propre cas. En observant et en contribuant, le nouveau membre serait en mesure d'acquérir une meilleure appréciation de la culture, les procédures et le travail développé par l'équipe (Abramson dans Otto, 2005).

À l'égard des barrières à la participation dues à la distance géographique, certaines équipes ont réussi à les surmonter grâce à **l'utilisation de la technologie**. Comme mentionné auparavant, les nouvelles technologies seront en mesure d'offrir des options

alternatives telles que les rencontres virtuelles ou les vidéoconférences, éliminant les distances qui empêchent parfois le travail en équipe (Twomey *et al.*, 2010).

Une dernière stratégie proposée dans la littérature fait référence à la **diversification des professionnels participants, ainsi que des moyens de recrutement des membres**. Si les praticiens engagés dans le domaine ne sont pas disponibles, il peut être intéressant de se diriger vers les professionnels retraités, car ils sont en mesure de fournir l'expertise nécessaire liée à leur champ de connaissance. Concernant le recrutement, les leaders communautaires et les médias peuvent être des alliés à l'heure de chercher des disciplines nécessaires ou des professionnels particuliers pour l'équipe (Brandl *et al.*, 2007).

10.3 Conflits des priorités, perspectives et philosophies

La divergence des perspectives et des idéologies peut être à la source des tensions qui entravent la collaboration entre les différentes disciplines et secteurs ayant un rôle à jouer dans la lutte contre la maltraitance (Nerenberg, 2006; Rees et Manthorpe, 2010). Ces divergences peuvent être le résultat de différences légitimes quant à la philosophie, l'éthique et la perspective professionnelle et organisationnelle de chaque participant (Brandl *et al.*, 2007; Williams, 2011). Il ne faut pas oublier que chaque discipline applique sa propre vision du monde (Brandl *et al.*, 2007; Blowers *et al.*, 2012; Yaffe *et al.*, 2009) et que chaque acteur arrive à la rencontre avec ses propres objectifs, approches et perspectives face à la problématique et face au rôle qu'il doit ou qu'il est supposé jouer au sein de l'équipe (Galpin et Hughes, 2011; Navarro *et al.*, 2010; Nerenberg, 2006).

Ces perspectives pourraient bien être antagonistes et incompatibles (Blowers *et al.*, 2012; Brandl *et al.*, 2007). Sans compter que les objectifs d'un organisme pourraient entrer en conflit avec ceux d'un autre (Blowers *et al.*, 2012) et que les principes éthiques mis de l'avant pourraient différer grandement d'une discipline ou d'un secteur à l'autre (Brandl *et al.*, 2007; Yaffe *et al.*, 2009). À titre d'exemple, les travailleurs sociaux, et

d'autres professionnels formés dans des disciplines qui partagent l'approche du travail social, considèrent la préservation de l'autodétermination de l'aîné comme un élément essentiel de leurs responsabilités éthiques et professionnelles (Ramsey-Klawnsnik, 2006). De cette façon, leurs interventions se caractérisent à aller chercher l'équilibre entre l'encadrement et les désirs ou préférences de l'aîné vivant une situation de maltraitance (Brandl *et al.*, 2007). Le secteur de la justice pénale, pour sa part, s'intéresse moins aux désirs de l'aîné maltraité, son objectif d'intervention consistant plutôt en la protection du public et la responsabilisation des criminels (Brandl *et al.*, 2007). Les principes de base guidant l'action des professionnels du secteur social et ceux du secteur d'application de la loi peuvent ainsi se être confrontés et entrer en conflit. Dans le même sens, il se peut que la police priorise le traitement d'un cas, par exemple, s'il existe une offense criminelle et des évidences suffisantes pour le prouver (Manthorpe *et al.*, 2010). Les procureurs, pour leur part, peuvent se concentrer sur le crime potentiellement présent dans un cas de maltraitance, tandis que le personnel médical choisirait de s'intéresser davantage à la santé et le bien-être de l'aîné (Schneider *et al.*, 2010). Certains secteurs peuvent avoir une vision plus « paternaliste » de l'aîné et d'autres une vision plus centrée sur leur droit à l'autodétermination (Abramson dans Otto 2005 ; Yaffe *et al.*, 2009).

Il n'est pas surprenant, de cette manière, qu'un des conflits éthiques le plus récurrent au sein du travail d'équipe soit l'équilibre entre l'autodétermination et la sécurité de l'aîné maltraité. Cependant, la résolution de ce conflit n'est pas facile. Cela exige une communication ouverte, ainsi que la volonté et la capacité de l'équipe de regarder au-delà de leur propre cadre professionnel pour parvenir à un consensus. Cette « confrontation » concernant les principes d'action des différents membres de l'équipe possède, néanmoins, un côté positif. Ce type de conflit pourrait servir à enrichir les compétences interdisciplinaires et d'intervention des membres de l'équipe. Notamment en les aidant à élargir leurs perspectives et à identifier des solutions nouvelles et différentes capables de mieux répondre aux désirs des aînés tout en offrant des mesures de protection et de sécurité adéquates (Brandl *et al.*, 2007).

Stratégies

L'apprentissage et la compréhension à l'égard des pratiques, des cultures et des philosophies de chacun des participants posent un grand défi (Twomey *et al.*, 2010; Williams, 2011). Toutefois, comprendre la base conceptuelle, l'éthique professionnelle et les différences philosophiques sous-jacentes à la discipline de chacun des membres constitue une démarche essentielle, et ce, dès le début de la formation de l'équipe (Abramson dans Otto 2005). La connaissance des politiques, procédures et des rôles de chaque organisme favorise la coordination entre les disciplines, l'élaboration des plans d'intervention et permet d'intervenir rapidement assurant ainsi la sécurité de l'aîné maltraité (Brandl *et al.*, 2007).

Développer une conscience par rapport à la possible émergence des conflits dû aux différences intrinsèques entre professionnels, disciplines et organismes s'avère aussi crucial afin de les surmonter (Brandl *et al.*, 2007; Blowers *et al.*, 2012). Il devient ainsi important de mettre l'emphase, dès la formation de l'équipe, dans l'importance de prendre en compte des divers points de vue dans le processus de résolution de conflits (Brandl *et al.*, 2007). C'est ainsi que, par exemple, la phase initiale pour les centres médico-légaux (*Elder Abuse Forensic Center*) du comté de Los Angeles et du comté d'Orange, a impliqué une période de temps où les membres ont dû apprendre sur l'expertise de chacun et sur les attentes raisonnables à avoir des uns et des autres. C'était une étape incontournable avant de pouvoir passer à une phase de travail (Schneider *et al.*, 2010).

Un autre exercice consiste à observer et apprendre des collaborations réussies dans d'autres communautés (Brandl *et al.*, 2007). Cela peut être très bénéfique afin de sensibiliser et de faire grandir la confiance des membres par rapport à la contribution que d'autres disciplines peuvent offrir pour lutter contre la problématique. Cette stratégie pourrait permettre de surmonter les craintes que certains professionnels ont créées ou qui proviennent de systèmes dans lesquels d'autres disciplines sont considérées avec méfiance ou hostilité.

La formation initiale des professionnels est aussi fondamentale. Toutefois, les programmes d'études pour les professions appelés à répondre face à la maltraitance des aînés ne doivent pas se limiter à l'acquisition de connaissances. L'exploration analytique et réflexive par rapport aux attitudes, croyances et préjugés pouvant provenir de la sphère personnelle ou professionnelle est également essentiel. Cet exercice, présent dès la formation initiale des futurs professionnels, peut contribuer à une meilleure capacité de travail interdisciplinaire et de prévention et lutte contre la problématique (Yaffe *et al.*, 2009).

Finalement, Strubel (2008) présente une procédure pouvant faciliter la discussion des enjeux éthiques au sein du travail d'équipe :

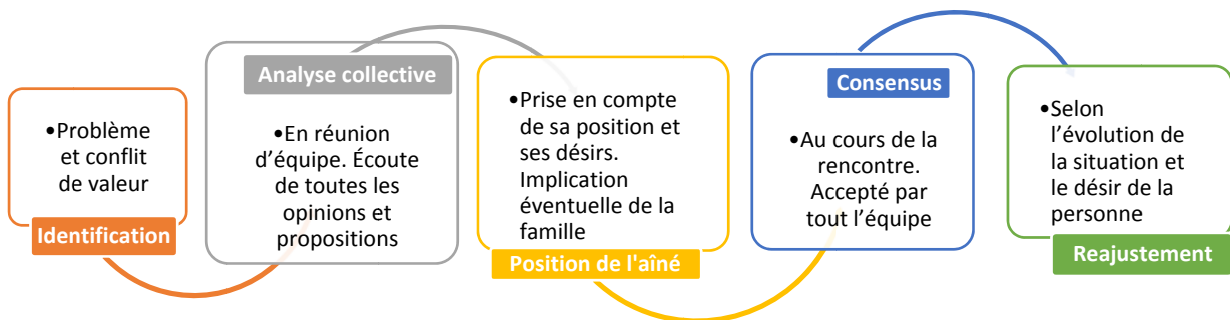


Figure 2. Procédure de discussion des enjeux éthiques au sein du travail d'équipe

L'importance de cette démarche réside dans sa capacité à conduire les professionnels vers un processus de réflexion « sur le sens de son travail » et sur sa mission ou mandat auprès de l'aîné maltraité ou à risque. Il est important de noter qu'une des étapes de la démarche proposée tient compte de la voix de l'aîné. Le développement d'une « pensée éthique » face aux cas complexes englobera, donc l'écoute et la prise en compte des opinions de toutes les personnes impliquées. Même dans les situations où l'aîné n'est pas en mesure de participer, l'auteur soulève l'option d'impliquer la famille ou d'autres personnes clé de son entourage pouvant, alors contribuer à la prise de décision.

Ainsi, ce n'est pas seulement à l'équipe de professionnels de trancher sur une décision finale. Selon l'auteur, cette démarche qui favorise la concertation et la réflexion sur les questions éthiques possède des bénéfices tant pour les professionnels et l'équipe de travail que pour les aînés. Les professionnels auraient, pour leur part, la possibilité de réfléchir par rapport à ses principes de base, ses mandats, ses limites et tout ce qui entoure leur pratique professionnelle. Se sentir écoutés et avoir la chance de confronter leurs points de vue à ceux des autres professionnels peut enrichir le positionnement qu'ils ont face à la problématique et les encourager à s'engager davantage en tant qu'acteurs de la lutte contre la maltraitance. Finalement, l'auteur conclut en affirmant que « la pensée éthique peut être un rempart pour prévenir la maltraitance et aider à gérer les situations de maltraitance dont sont victimes les personnes âgées » (Strubel, 2008, p. 292).

10.4 Rôles

Un autre obstacle concernant le travail de collaboration correspond au manque de clarté par rapport aux rôles des différents membres de l'équipe (Brandl *et al.*, 2007; Ministère de la Famille et des Aînés du Québec, 2013; Reid, *et al.*, 2009; Williams, 2011). Les différences dans les perspectives et priorités professionnelles peuvent être mal comprises comme de l'incompétence, de l'indifférence ou le refus d'être un « joueur d'équipe ». Comme mentionné antérieurement, chaque discipline, chaque organisme et chaque professionnel possèdent un focus particulier dans leur façon d'aborder la problématique. Certains professionnels se concentrent exclusivement sur la réponse à court terme ou aux situations de crise, d'autres vont accompagner les aînés pendant une période plus prolongée dépendant de leur mandat. Ainsi, les APS et le secteur de l'application de la loi suivent leur mission d'offrir des réponses à court terme, laissant souvent les besoins chroniques à d'autres professionnels, tels que les défenseurs de droits des victimes, les gestionnaires de cas et les professionnels des soins de santé (Brandl *et al.*, 2007). Ces différences, si elles ne sont pas reconnues par les participants, peuvent conduire à d'importants obstacles. L'émergence de perceptions erronées peut

entraîner un blocage dans la communication entre les membres de l'équipe et peut faire émerger des relations compétitives afin d'obtenir de la reconnaissance ou de prouver la valeur de leur rôle (Brandl *et al.*, 2007). À ce dernier égard, il existe également la possibilité de que certains membres perçoivent leurs rôles comme moins valorisés au sein de l'équipe. Les professionnels possédant une grande expérience terrain, mais formellement moins instruits, peuvent se sentir marginalisés face à ceux qui ont un haut niveau d'éducation et un statut d'autorité au sein de grandes organisations.

Stratégies

La création de protocoles d'entente (*memoranda of understanding*) présentant les rôles et délimitant clairement les attentes par rapport aux participants est une des stratégies privilégiées. Parmi ce protocole, le rôle de chef ou leader de l'équipe doit être abordé par le groupe. Il est également suggéré que la sélection des chefs d'équipe soit faite en concordance avec la diversité de disciplines qui oeuvrent dans le domaine de la maltraitance. Donner l'opportunité à des professionnels provenant de différents champs d'expertise démontrera une reconnaissance égale envers toutes les professions, organismes et secteurs (Brandl *et al.*, 2007).

En outre, les auteurs suggèrent d'encourager la reconnaissance des contributions tant personnelles qu'organisationnelles de chaque membre en rappelant au reste de l'équipe que chaque idée et chaque action proposée ont de la valeur. Une façon concrète d'exprimer cette reconnaissance et de réduire ainsi la compétition au sein de l'équipe, consiste à réaliser des publications et des communiqués de presse décrivant le travail, les réalisations et soulignant la contribution de tous les participants de l'équipe (Brandl *et al.*, 2007).

10.5 Définition et compréhension de la problématique

La maltraitance envers les aînés est une problématique complexe, difficile à saisir complètement à partir d'un seul point de vue. Les défis à articuler et les définitions opérationnelles s'expliquent par la divergence de langage et de terminologie professionnelle (Blowers *et al.*, 2012). Ces différences obéissent à des facteurs tels que la formation reçue, la perception du public et les expériences que les professionnels ont vécues en lien avec la problématique (Brandl *et al.*, 2007; Brunet et Beaulieu, 2011; Yaffe *et al.*, 2009). La divergence dans la conceptualisation conduit également à une différence dans la manière par laquelle chaque discipline et secteur conçoivent l'intervention (Nerenberg, 2006). Cependant, étant donné que la compréhension, élément clé des pratiques de collaboration, nécessite un point commun afin de pouvoir émerger (Brandl *et al.*, 2007), il existe un besoin criant de consensus, de clarté et de cohérence sur les définitions conceptuelles et juridiques de la problématique (Blowers *et al.*, 2012). Les auteurs rappellent que l'échec du travail de collaboration peut facilement mener à la revictimisation des aînés du fait d'un processus qui ne réussit pas à répondre à ses besoins (Brandl *et al.*, 2007).

Si bien qu'il est possible de constater une évolution dans la conceptualisation de la problématique en termes d'une meilleure capacité à refléter la complexité du phénomène, il subsiste une certaine confusion sur le plan conceptuel et dans la pratique par rapport à ce qu'on comprend et qu'on peut identifier par une pratique maltraitante (McGarry et Simpson, 2012). Cette affirmation provenant des auteurs du Royaume-Uni se voit également reprise dans le contexte des États-Unis par des auteurs comme Blowers *et al.* (2012), Nerenberg (2006) et Brandl *et al.* (2007).

À part des risques d'un échec dans les efforts de collaboration entre les professionnels et les secteurs, le manque de connaissances et de clarté par rapport à la problématique peut faire en sorte que les professionnels évitent d'intervenir (Bond, 2004).

Stratégies

La stratégie proposée consiste en la formation et l'éducation intra et interdisciplinaire sur la problématique (Beaulieu et Brunet, 2011; Payne, 2001, cité dans Brandl *et al.*, 2007). Aborder des aspects tels que la dynamique de la maltraitance, les facteurs de risque et de protection et les données récentes concernant l'incidence et la prévalence favoriserait l'appropriation tant disciplinaire qu'en commun de la maltraitance. De plus, cela faciliterait l'émergence d'un consensus interprofessionnel à l'heure de travailler conjointement autour de cas individuels ou systémiques. Par la suite, la sensibilisation face aux différences philosophiques, idéologiques et de pratique des diverses disciplines est reconnu comme une méthode valable afin de surmonter les malentendus qui entravent la coopération et la collaboration (Brandl *et al.*, 2007; Yaffe *et al.*, 2009).

10.6 Communication et tensions historiques

La communication est un des plus grands défis des équipes, car une multitude de problèmes émerge quand cet aspect ne se trouve pas en équilibre (Abramson dans Otto, 2005). En fait, cette section regroupe certains obstacles soulignés dans la littérature tels que le manque de participation, l'absence de rétroaction ou d'une actualisation de l'équipe, la carence des bonnes compétences de communication des membres et la prise de parole fréquente par certains membres lors des réunions (Abramson dans Otto, 2005).

À l'instar de la communication, les tensions concernant la dynamique relationnelle des acteurs à travers le temps peuvent également être considérées comme un aspect positif ou une limite dans la dynamique interprofessionnelle, sectorielle ou disciplinaire. La rencontre des divers acteurs dans le but de répondre aux enjeux de la maltraitance a fait ressortir des tensions historiques entre disciplines et secteurs habitués à travailler en silo et à se définir et définir l'autre à travers un parcours difficile marqué par un manque de communication et par des relations tendues (Brandl *et al.*, 2007; Schneider *et al.*, 2010).

Aux États-Unis cette dynamique conflictuelle entre les secteurs se voit reflétée dans la relation entre les APS et les services d'application de la loi (*law enforcement*) (Dolon and Hendricks, 1989, cités dans Brandl *et al.*, 2007). Historiquement, ces secteurs ont éprouvé des difficultés à travailler ensemble due à la perception et à la méfiance mutuelle concernant les compétences pour répondre face aux cas de maltraitance. Les agents des APS évitaient de contacter les agents de l'application de la loi même s'ils étaient au courant d'une conduite criminelle et ces derniers référaient rarement des cas aux services de protection (Brandl *et al.*, 2007). La collecte d'information se faisait en silo et les opportunités pour le partage de données étaient rares. Dans certains cas, le manque de partage concernant les informations conservées par les services de police et les APS existe encore du fait que tous les cas impliquant un aîné relèvent de la compétence ou juridiction des APS. Un bon nombre de ces frictions étaient inconnues jusqu'à ce que les différents acteurs juridiques et communautaires se soient assis autour de la table afin de dialoguer sur les caractéristiques de leurs rôles et tâches face à la problématique (Blowers *et al.*, 2012). Voici une illustration de la relation décrite avant :

Historiquement, il y a eu beaucoup de méfiance (...), tandis que l'approche du secteur de services sociaux est considérée comme « aidant » ou « caring » pour soulager l'abus, la négligence et l'exploitation, l'intervention du secteur de justice pénale est perçue comme punitif et à la recherche des erreurs. En conséquence, les travailleurs sociaux ont été réticents à référer des cas au système de justice pénale, ayant peur que quelqu'un (...) soit mis en prison, que la famille puisse être détruite et que la relation du travailleur social avec la famille soit endommagée de façon permanente. (Reulbach et Tewksbury, 1994, p. 9-10, cités dans Brandl *et al.*, 2007, traduction libre de l'anglais, p. 118)

Cette difficulté se présente également concernant le travail conjoint entre le secteur de la santé et le système judiciaire. Aux États-Unis, le personnel de ces deux domaines vit souvent un sentiment de frustration due à la difficulté d'attirer l'attention des procureurs et du service de police dans les cas de maltraitance envers les aînés (Connolly, 2010).

Enfin, la concurrence entre organismes ou secteurs favorise l'émergence des conflits de « territorialité » (*turf issues*) caractérisés par le refus des membres de céder une partie de leur « territoire » afin de partager les responsabilités avec d'autres participants. La communication et la collaboration est ainsi en péril (Abramson dans Otto, 2005).

Stratégies

Recevoir l'information nécessaire, à travers d'un langage compris par tous, peut aider chaque discipline participante à mieux évaluer son rôle dans le développement d'une réponse efficace (Brandl *et al.*, 2007). Afin de communiquer de façon précise avec tous les membres de l'équipe et éviter les malentendus, les professionnels doivent connaître et pouvoir utiliser la terminologie familière aux autres secteurs ou disciplines. Les travailleurs sociaux pourraient ainsi utiliser la terminologie « voies de fait » et non « mauvais traitements » afin de mieux communiquer avec les agents de l'application de la loi (Brandl *et al.*, 2007). Prévoir les différences linguistiques et, dans la mesure du possible, arriver à une entente avec les membres afin d'utiliser les définitions acceptées de la problématique émerge ainsi comme une des pistes de solution (Brandl *et al.*, 2007).

Cependant, la stratégie privilégiée, et mentionnée à plusieurs reprises dans la littérature consiste à la formation interdisciplinaire (Payne, 2001 cité dans Brandl *et al.*, 2007). Une formation initiale et continue entre diverses disciplines peut être critique pour la compréhension de la terminologie de diverses disciplines et secteurs (Brandl *et al.*, 2007).

10.7 Prise de décisions

La prise de décision délibérée est au cœur de la protection des adultes, néanmoins, au sein des initiatives multidisciplinaires et sectorielles et cet exercice peut s'avérer « professionnellement, intellectuellement et émotionnellement difficile » (Galpin et Hughes, 2011, traduction libre de l'anglais, p. 150). La prise de décision reste un des principaux défis pour les praticiens :

Comment travailler avec d'autres professionnels, les usagers et les collectivités afin de prendre des décisions qui concilient efficacement les risques, les choix et les droits; décisions qui sont en mesure d'équilibrer la protection et l'autodétermination des adultes, tout en maximisant leur bien-être et minimisant les risques de préjudice? (Galpin et Hughes, 2011, traduction libre de l'anglais, p. 151).

La réponse n'est pas facile à trouver. Au sein des efforts collaboratifs, les approches et les méthodes mises de l'avant par les différentes disciplines pour arriver à une prise de décision risquent souvent de se voir confrontées (Galpin et Hughes, 2011). Les professionnels de l'économie et de la médecine, par exemple, basent leur processus décisionnel sur des données probantes et sur des notions d'une approche rationnelle du choix. Cette posture ne correspond pas à la nature de la prise de décision dans la pratique du travail social, dans laquelle identifier simplement un enjeu clé peut être difficile, et encore plus le déconstruire, du fait que l'information peut être incomplète, ambiguë et/ou contradictoire (Galpin et Hughes, 2011).

Stratégies

Compte tenu de cette réalité, Galpin et Hughes (2011) ont conçu un cadre de travail dans le but de faciliter le processus de prise de décision multidisciplinaire. Selon les auteurs, un modèle structuré pourrait aider les praticiens à atteindre les objectifs à la fois de protection et personnalisation de services et d'équilibre des risques et des choix des usagers. Leur point de départ pour développer ce cadre de travail était le *Harvard Decision-Making Model*. Le modèle original de Harvard était construit sur le postulat suggérant qu'une décision de qualité repose nécessairement sur la mise en place d'un processus décisionnel clair. Le modèle identifie cinq étapes comme essentielles à la prise de décision : 1. l'établissement du contexte; 2. la formulation de l'enjeu; 3. la création des pistes de solution alternatives; 4. l'évaluation de ces pistes; 5. la sélection de la meilleure option. Le modèle arrête à ce moment-là, mais Galpin et Hughes (2011) ont ajouté une sixième étape la considérant nécessaire afin d'identifier les actions et les responsables de leur mise en œuvre : 6. La planification de l'action.

Tableau 25. Processus de prise de décision multidisciplinaire

Étape	Action
1. Établissement du contexte	La première étape met en scène un « environnement » favorable à la prise de décision.
2. Formulation de l'enjeu	Cette étape reconnaît la nécessité d'être clair sur la définition du problème pour arriver à la meilleure solution disponible. Cela est seulement possible si les participants restent concentrés, partagent des informations de manière appropriée et écoutent les contributions de tous les membres du groupe. Les participants sont tenus d'assister avec un esprit ouvert et aussi de se préparer à être contestée sur des idées préconçues.
3. Création des pistes de solution alternatives	Dans cette phase, le groupe de divers professionnels travaille ensemble pour identifier toutes les options disponibles. Les rencontres collaboratives exigent un leadership direct plutôt qu'un style participatif, c'est-à-dire une précision des attentes concernant les participants, au lieu d'un simple tour de table recueillant leurs points de vue. Le modèle se prête à assurer que tous les organismes et professionnels ont contribué à chaque étape du processus afin d'arriver à une responsabilité partagée dans la formulation des décisions et des possibles résultats.
4. Évaluation des alternatives proposées	L'objectif à ce stade est de garder les enjeux tels que formulés au début et à veiller à ce que tous les participants comprennent les options afin de peser les avantages et les inconvénients relatifs à chacun. Cette évaluation des options doit être sous-tendue par le respect des valeurs et l'éthique professionnelle et par un engagement envers les droits humains et légaux. Il est également important d'évaluer les risques de chaque option pour les usagers, les aidants et les professionnels concernés.
5. Choix de la meilleure option	Ce modèle met l'accent sur l'importance de ne pas prendre une décision sans tenir pleinement compte de toutes les options disponibles, y compris l'impact que chacune aura pour l'utilisateur et son entourage, par exemple. Arriver au choix de l'action appropriée implique une analyse préalable de risques et des options les moins restrictives. L'idée serait de ne pas empiéter sur les droits fondamentaux et d'autonomie individuelle de la personne tout en assurant de garantir une protection appropriée en cas de besoin.
6. Planification de l'action	Bien que le modèle de <i>Harvard Business</i> se termine à ce point, un forum de décision multidisciplinaire ne serait pas complet sans un plan d'action détaillant les tâches et les personnes chargées de les effectuer dans des délais donnés. Un plan d'action nécessiterait un enregistrement concernant les échéanciers, les rôles et les responsabilités de chaque professionnel et organisme, l'action proposée, le suivi et l'évaluation des progrès.

Conditions de succès du modèle

Partage des principes et des valeurs : un environnement propice à la prise de décisions efficaces au sein d'un effort multi et interdisciplinaire exigera un engagement aux principes et aux valeurs partagées en ce qui concerne à la confidentialité, la pratique antioppression et antidiscriminatoire, la ferme croyance dans la dignité des usagers et le respect pour les usagers, les aidants et les professionnels qui contribuent à la réunion décisionnelle.

Communication et leadership : une bonne communication et des compétences en leadership sont nécessaires pour encourager les membres plus pensifs ou ayant moins confiance pour s'exprimer. L'objectif serait d'amener tous les membres et participants à s'engager pleinement dans le processus décisionnel.

La participation des usagers : dans la mesure du possible, l'utilisateur, son tuteur, un avocat ou un défenseur de droits (lorsque la personne n'a pas la capacité de prendre de décisions) devraient être inclus dans la prise de décision. La participation de l'utilisateur, de son aidant ou de son avocat à la rencontre décisionnelle s'avère souhaitable et, dans certains cas, très utile.

Engagement : l'engagement tant à niveau organisationnel que des praticiens s'avère essentiel dans le développement et mise en place des processus de prise de décision capables de garantir une protection efficace aux usagers. Il faut, également, s'assurer que les bonnes personnes sont impliquées dans le processus et qu'ils s'engagent activement. Il est important que les personnes appropriées soient invitées à prendre part à des réunions et qu'ils soient assidus concernant leur assistance et participation (Galpin et Hughes, 2011).

10.8 Conflits de personnalités

Au sein des collaborations informelles ou des équipes formalisées, certains professionnels peuvent trouver particulièrement difficile le travail conjoint avec d'autres (Brandl *et al.*, 2007). Le manque d'expérience par rapport au travail en équipe ou avec

d'autres disciplines, la méconnaissance ou la méfiance à l'égard des domaines des autres participants peuvent être quelques raisons agissant comme toile de fond à cet obstacle (Brandl *et al.*, 2007).

Stratégies

La révision des objectifs du travail collaboratif général et de l'équipe peut être utile dans les cas des praticiens pour lesquels le terrain collaboratif est une nouvelle expérience professionnelle (Brandl *et al.*, 2007). L'apprentissage à l'égard d'autres disciplines, de leur base théorique, leurs limites, leurs ressources et le processus de délibération peut s'avérer utile également afin de briser les stéréotypes, les mythes ou les mésententes (Brandl *et al.*, 2007). Travailler sur des cas hypothétiques serait aussi une bonne option pour développer la connaissance, l'expérience et la confiance à l'égard des autres.

Concernant les équipes formalisées, les animateurs et les autres membres peuvent faciliter le dialogue et la compréhension de l'équipe en identifiant et validant l'expérience particulière de professionnels conçus comme « difficiles ». Finalement, si malgré la mise en application des stratégies, l'impossibilité d'instaurer ou de rétablir une saine ambiance de travail continu, la démission de ce(s) membre(s) de l'équipe pourrait bénéficier tant à l'aîné vivant la maltraitance qu'au travail des autres professionnels (Brandl *et al.*, 2007).

10.9 Cadre organisationnel

La capacité d'investissement financière, matérielle et humaine afin d'appartenir et de maintenir des infrastructures de rencontre pour le travail collaboratif n'est pas identique ni partagé par tous les secteurs, organismes ou professionnels (Abramson dans Otto, 2005; Brandl *et al.*, 2007). Les pressions budgétaires et les restrictions financières peuvent limiter ainsi la participation des professionnels au sein des équipes (Abramson dans Otto, 2005; Schneider *et al.*, 2010). À cet égard, le Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les aînés, produit au Québec, lance une recommandation très claire :

Le travail en contexte de maltraitance est complexe et nécessite des formes de collaboration interprofessionnelles et intersectorielles pour optimiser l'efficacité des interventions à court, à moyen et à long terme. De plus, elles exigent de la coordination et prennent plus de temps. Il est, donc souhaitable que les organisations considèrent cet aspect du suivi et prennent les mesures nécessaires afin de soutenir les intervenants. Ceux-ci ont besoin de l'assentiment de leur supérieur immédiat et d'un soutien clinique approprié afin de mieux intervenir. (Ministère de la Famille et des Aînés du Québec, 2013, p. 73).

Stratégies

Avant de s'engager dans des efforts collaboratifs, les professionnels doivent négocier clairement avec leur organisation le temps disponible allouer aux rencontres et les ressources qui seront dédiées afin d'examiner et d'agir conjointement contre la maltraitance envers les aînés (Abramson dans Otto, 2005; Brandl *et al.*, 2007).

Compter sur un financement permanent et un soutien administratif sert à assurer, dans un certain degré, la continuité de l'équipe. L'idéal serait de convaincre les organismes participants de collaborer dans la mesure de leur possible avec leurs ressources financières ou avec leur personnel d'appui pour les tâches administratives de l'équipe (comptabilité, impression des documents, appels de suivi, envoi des messages, etc.). Si cela n'est pas possible, l'embauche d'une personne dédiée à la demande des subventions et à la collecte de fonds pourrait assurer le financement à long terme (Brandl *et al.*, 2007). Poursuivre des demandes de subventions conjointes, en plus d'assurer un financement supplémentaire, constitue une bonne méthode pour renforcer la collaboration et le travail collaboratif (Malks et Cartan, 2010).

10.10 Formation

Former des gens à travers différentes disciplines peut devenir complexe, car développer des programmes de formation de qualité prend du temps et des ressources (Brandl *et al.*, 2007). D'un autre côté, l'apprentissage de nouvelles perspectives ne se fait pas sans réticence — surtout lorsque les membres de l'équipe ont déjà une expertise considérable dans leurs domaines respectifs (Twomey *et al.*, 2010).

Stratégies

La formation initiale

Afin de briser plus facilement la compartimentation des savoirs, il faut commencer à agir tôt. C'est ainsi que d'autres auteurs ont souligné l'importance de la formation interdisciplinaire dès le début de l'enseignement professionnel. Selon McGarry et Simpson (2012) les initiatives de formation interdisciplinaire basées sur des études de cas (*scenario-based*) permettraient aux étudiants d'explorer les différentes perceptions professionnelles à propos de la problématique et du rôle central du travail intersectoriel dans l'évaluation des risques et l'élaboration des plans d'action pour réduire ces derniers. De plus, ce type de formation permettrait aux étudiants d'explorer les complexités et les tensions qui existent parfois entre ce qui constitue un acte de maltraitance et ce qui constitue une mauvaise pratique (McGarry et Simpson, 2012). Lorsqu'il existe des chevauchements ou des zones grises dans le travail intersectoriel et disciplinaire dans le cadre de la formation, les étudiants peuvent ainsi évaluer les meilleures stratégies pour les surmonter. Cela les prépare pour la pratique (McGarry et Simpson, 2012). En outre, les programmes d'études ne doivent pas seulement mettre l'accent sur l'acquisition de connaissances, mais aussi sur la réflexion à propos des attitudes, des croyances et des préjugés personnels ou professionnels. Cela peut contribuer à une meilleure capacité à travailler ensemble et à obtenir de meilleurs résultats dans la gestion des cas de maltraitance (Yaffe *et al.*, 2009).

La formation continue

La formation interdisciplinaire ne devrait pas s'arrêter au niveau des études professionnelles. La formation dans la pratique est essentielle afin de faciliter et améliorer le travail conjoint des participants. Cependant, à l'heure de réaliser une formation interdisciplinaire pour un groupe d'experts, il est crucial de faire attention à la façon de guider et d'animer ces rencontres pédagogiques afin d'assurer la stabilité de l'équipe multidisciplinaire et de réduire les dynamiques de groupe difficiles (Twomey *et al.*, 2010). Par conséquent, les programmes de formation doivent être basés sur la pratique afin de veiller à ce que l'apprentissage soit directement lié aux responsabilités

des différents praticiens (Aylett, 2009 cité dans Williams, 2011). Les exercices interactifs et de renforcement des compétences sont particulièrement bien adaptés pour soutenir l'objectif de la collaboration multidisciplinaire (Brandl *et al.*, 2007; McGarry et Simpson, 2012). Le tableau 26 se veut une synthèse des principales recommandations données par Brandl *et al.*, 2007 au sujet des formations interdisciplinaires.

Tableau 26. Recommandations pour les formations interdisciplinaires

<p>1. Comprendre la culture de pratique des différents professionnels composant l'auditoire de la formation</p> <ul style="list-style-type: none"> Le texte donne l'exemple de diverses professions : « Les agents d'application de la loi sont habitués à commencer leur journée très tôt, de sorte qu'ils seront plus disponibles et apprécieront si un programme de formation commence et se termine tôt. Les médecins, pour leur part, commencent également leur journée très tôt, mais il serait important de vérifier s'ils doivent mener de visites à l'hôpital avant d'assister à une formation. Certains groupes préfèrent des exercices interactifs d'autres non. Certains juges, par exemple, n'aiment pas le jeu de rôle, mais ils aiment partager des anecdotes ou des expériences et ils privilégient l'apprentissage à travers ces exemples.
<p>2. S'assurer que les formateurs représentent les disciplines de l'audience</p> <ul style="list-style-type: none"> Les membres d'une discipline ne veulent pas que quelqu'un d'une autre discipline leur dise comment faire leur travail. Il est donc important que l'audience se voie représentée dans les professionnels responsables de la formation. À titre d'illustration, si l'audience se compose de policiers et de travailleurs sociaux, il est suggéré que les formateurs proviennent de ces deux professions.
<p>3. Comprendre les expériences et les besoins de l'auditoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Fournir une information correspondant au niveau de complexité appropriée pour les participants.
<p>4. Utiliser le langage approprié pour le public</p> <ul style="list-style-type: none"> Face à un auditoire multidisciplinaire, les formateurs d'une discipline devront traduire leur jargon afin de bénéficier la communication avec d'autres disciplines.
<p>5. Élaborer des programmes de formation qui permettent et qui encouragent un temps pour développer des activités favorisant l'établissement de relations entre les participants</p> <ul style="list-style-type: none"> Les collaborations multidisciplinaires sont construites sur des relations positives. Si les participants à la formation n'ont jamais l'occasion d'échanger au cours du programme, un nouveau partenariat peut être perdu.

Adapté de Brandl et al., 2007, traduction libre de l'anglais, p. 246

Stratégies de formation professionnelle

Concernant le **processus d'enquête**, la formation devrait être offerte aux policiers, travailleurs sociaux, professionnels de la santé et à tous ceux qui sont susceptibles de travailler ensemble durant cette phase. Les éléments clés de cette formation devraient couvrir la collecte initiale des données, l'évaluation des risques et la planification des actions, la prise de décision et les implications concernant la capacité de décision et le consentement (Aylett, 2009 cité dans Williams, 2011).

Par rapport aux **services d'urgences**, le constat face à la difficulté que les praticiens subissent en matière de dépistage, d'évaluation et de signalement des cas a amené Pellerin *et al.* (2005) à proposer la formation comme condition nécessaire à une bonne gestion multidisciplinaire de la maltraitance. Les auteurs affirment, ainsi que la clé de la réussite dans la gestion des cas de maltraitance réside dans une équipe où tous les membres sont informés et éduqués sur la problématique. Cela ferait en sorte que tous les praticiens se sentent concernés face aux actes de maltraitements, qu'ils aient la confiance pour intervenir et que le traitement de ces actes devient donc efficace.

La formation multidisciplinaire est proposée également comme piste de solution afin d'éviter les cas de maltraitance au sein des services de protection aux adultes tels que la **curatelle** (*guardianship*). La formation devrait cibler les juges, le personnel des tribunaux, la police, les procureurs, le personnel des APS, les tuteurs, les avocats, etc. La formation permettrait d'assurer que les agents de l'application de la loi et des APS agissent de manière appropriée et efficace quand il y existe des preuves de maltraitance par des tuteurs (Karp, 2006).

Néanmoins, la formation ne devrait pas se limiter aux professionnels. La maltraitance est une problématique qui nécessite une réponse provenant également de la communauté, et ce, de tous les membres de cette dernière sans égard à leur degré d'études ou à leur domaine de travail. C'est ainsi que l'équipe multidisciplinaire du centre Weinberg dans l'État de New York a décidé d'envisager la formation de **partenaires « non traditionnels »** tels que des pharmaciens, coiffeurs, personnes qui

travaillent dans les services de promenade pour chiens, techniciens de téléphone et de câble et des installateurs de services publics, entre autres (Reingold, 2006).

D'un autre côté, le projet *The Center for Aging Resources' Mental Health Outreach*, développé pour les aînés maltraités et qui ont des problèmes de santé mentale propose des alliances informelles. En effet, cette clientèle est considérée comme étant difficile à rejoindre du à la multiplicité et à la complexité de leur besoins et à leur réticence à accepter des services. Ainsi, les professionnels ont formé des alliances informelles avec des partenaires de la communauté nommés « *gatekeepers* » (officiers d'application de la loi, travailleurs sociaux, médecins, facteurs, gestionnaires de logement, le clergé, personnel de centre pour aînés, entre autres) (Yang *et al.*, 2006).

10.11 Viabilité à long terme

D'autres défis concernant la viabilité à long terme sont susceptibles d'émerger au fur et à mesure que le travail conjoint de l'équipe se déroule (Schneider *et al.*, 2010).

Buts divergents

La cohésion de l'équipe peut être minée si le travail réalisé au sein de celui-ci ne correspond pas à l'objectif primaire qu'il s'est donné (Nerenberg, 2000c cité dans Brandl *et al.*, 2007). Si cette situation est récurrente, l'équipe devra analyser la pertinence de son objectif initial et se donner l'occasion de réfléchir à nouveau et de reformuler, si nécessaire, ses objectifs de travail (Abramson dans Otto, 2005).

Conflits d'intérêts

Certaines équipes ont des membres provenant du secteur privé. Ces derniers peuvent fournir une expertise considérable, mais les équipes devraient établir des politiques claires en décrivant ce que ce type de membres peut ou non faire avec l'information qu'ils obtiennent dans le cadre des rencontres. Il serait important, par exemple, d'interdire l'utilisation des listes de diffusion ou de l'information relative aux cas afin d'empêcher une mauvaise utilisation (profit de l'information afin de chercher de nouveaux clients) (Brandl *et al.*, 2007). L'entente de non-affiliation ou « *disclosure*

agreement » proposée par Twomey *et al.* (2010) et mentionnée précédemment, peut être une stratégie intéressante à appliquer.

Enjeux liés à la problématique

D'autres facteurs propres à la problématique de la maltraitance peuvent nuire à une équipe, et ce, parfois au point d'amener ses membres à s'interroger sur l'importance ou sur la contribution de ce modèle de travail. En titre d'exemple, les membres peuvent trouver frustrant le fait que, malgré le travail conjoint, certaines difficultés et certaines situations indésirables perdurent dans le temps: la difficulté à encourager des aînés et des aidants à accepter des services. les lacunes dans la disponibilité et l'offre des services, les conflits idéologiques ou éthiques au niveau interprofessionnel, interdisciplinaire et intersectoriel qui sembleraient être insurmontables comme ceux de l'équilibre entre la protection et l'autodétermination des aînés maltraités (Abramson dans Otto, 2005). Surmonter cette frustration et cette impuissance nécessite une constante valorisation des ressources des équipes: « (...) L'accent mis sur les compétences et les ressources du système – et de ses acteurs – diminue les sentiments d'impuissance et de désarroi, réduit les réactions défensives et, par-là, favorise le changement » (Roulet, 2006, p. 188).

Pénurie de cas

Dans certaines circonstances, les équipes se sont vues dépourvues de cas à discuter dans leurs rencontres. La raison ne réside pas nécessairement dans leur manque de motivation pour travailler ensemble, au contraire, mais le fait d'avoir des liens qui se sont tissés fortement, peut faire en sorte qu'ils aient commencé à travailler en dehors des réunions formelles mensuelles. Cependant, malgré les bénéfices liés aux liens interprofessionnels informels à l'extérieur de l'équipe, il demeure important que les membres continuent à être engagés dans le processus de groupe, car la discussion ouverte d'un groupe multidisciplinaire sera plus enrichissante que le partage un à un (Twomey *et al.*, 2010). En outre, un changement dans le leadership de l'équipe ou dans

l'engagement des organismes participant au travail d'équipe pourrait aussi faire dérailler les efforts (Brandl *et al.*, 2007).

Stratégie

Le chef ou le coordonnateur de l'équipe est ainsi appelé à réexaminer périodiquement avec les membres la valeur ajoutée de s'engager dans le processus d'équipe multidisciplinaire (Twomey *et al.*, 2010). Celui-ci pourra également solliciter les membres à apporter davantage de cas, d'envisager l'expansion de l'équipe de sorte que plusieurs organismes aient la possibilité de présenter des cas ou de modifier les critères afin que plus de cas deviennent admissibles aux discussions d'équipe (Brandl *et al.*, 2007).

10.12 Pertinence du modèle collaboratif

La recherche sur l'intervention dans le domaine de la maltraitance envers les aînés est encore à ses premiers stades et bien que des modèles d'intervention aient été développés pour répondre aux différents types de maltraitance, des auteurs comme Brownell et Rosich (2007) et Navarro *et al.*, (2013) dénoncent le fait qu'il n'existe pas d'évaluations rigoureuses en matière de résultats. Dans son texte de recommandations pour l'élaboration du Plan de violence et de santé en France, en 2004, Joel (2005) affirme que « l'impression qui domine est la solitude des acteurs de terrain qui manquent singulièrement de références pour aborder ces questions difficiles et élaborer de réponses » (Joel, p. 69).

Concernant le modèle collaboratif des équipes multi et interdisciplinaires, bien que le corpus de littérature existant suggère la pertinence et l'utilité de ce modèle face à la problématique, plusieurs auteurs affirment que la recherche reste également peu développée (Daly et Jogerst, 2014; Blowers *et al.*, 2012; Ernst et Smith, 2012; Navarro *et al.*, 2010; Schofield et Amodeo, 1999 cités dans Ernst et Smith, 2012). Des auteurs comme Stiegel (2006) vont jusqu'à affirmer que l'importance de ces équipes serait ainsi supposée, mais non prouvée (Stiegel, 2006).

Dans le même sens, la littérature recensée nomme certains obstacles pouvant mettre en doute la validité scientifique des études réalisées. D'abord, selon Teaster et Wangmo (2010), la recherche existante semble aborder davantage certaines expériences localisées ou concernant un nombre restreint des équipes. Le focus étant sur le développement et les bénéfices du modèle. Pour Ernst et Smith (2012), une grande partie des études sont méthodologiquement faibles et ils négligent l'évaluation des aspects tels que l'enquête initiale (*initial investigation*) et l'évaluation des cas (*assessment*). Également, l'auteur affirme que la recherche sur l'efficacité des équipes multi et interdisciplinaires est difficile puisqu'il est complexe de comparer et de catégoriser, car une grande partie est descriptive. De plus, elle est centrée sur les processus des équipes plutôt que sur les résultats des interventions et elle est basée sur des études de cas et/ou sur de petits échantillons non représentatifs. Finalement, Mukherjee (2011) affirme que la recherche, pour la plupart, est localisée et anecdotique, n'ayant qu'une contribution limitée à la compréhension des processus d'équipes et de leur influence sur la coordination entre les organismes offrant de services aux aînés maltraités (Nerenberg, 2008 cité dans Mukherjee, 2011).

Consciente du stade embryonnaire de la recherche à l'égard des équipes multidisciplinaires, Brandl *et al.*, (2007) exposent les obstacles à sa progression. D'abord, obtenir l'approbation d'un comité institutionnel est difficile, car la population au cœur de la recherche est composée de personnes vulnérables. Ensuite, obtenir l'approbation de la part de divers organismes et de multiples comités d'éthique peut devenir lourd. Les projets de recherche sont alors laissés de côté due à la complexité du processus d'approbation initiale.

Stratégies

Une des stratégies afin de faciliter la réalisation des recherches consiste en la mise en place de partenariats entre les équipes et les programmes de recherche des universités. Ce partenariat, idéalement conçu pour un travail de proximité, peut produire des informations précieuses pour l'équipe et peut être intéressant pour diverses facultés

dans le domaine médical, social, de droit, de formation en santé publique, entre autres (Blowers *et al.*, 2012; Brandl *et al.*, 2007).

Une autre stratégie pour faire avancer la recherche consiste à réaliser des recherches documentaires visant à informer la pratique et la politique et à documenter de nouvelles interventions (Brandl *et al.*, 2007).

11. CONCLUSION

Le travail intersectoriel et interprofessionnel est souligné pour la totalité des textes recensés en tant qu'approche pertinente et efficace, voir la voie d'action essentielle à intégrer dans les pratiques d'intervention dans le domaine de la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées.

Bien que cette approche collaborative ne soit pas nouvelle, il est possible d'observer une recrudescence des pratiques de collaboration en matière de lutte contre la maltraitance, au cours de la dernière décennie. Avec l'augmentation et la complexification de situations de maltraitance, les chercheurs et les praticiens ont reconnu qu'une approche dite en « silo » possède ses limites. C'est ainsi qu'ils ont progressé dans la reconnaissance du besoin d'impliquer une multiplicité d'acteurs provenant des divers milieux afin de contrer la maltraitance.

Malgré la rareté des recherches scientifiques sur les pratiques collaboratives, le corpus des articles descriptifs et évaluatifs analysé à travers cette recherche documentaire a permis d'identifier, d'abord, les termes et les concepts piliers des dites pratiques. Ensuite, l'analyse des articles a fait ressortir les principales retombées bénéfiques et les défis qui entravent le développement et le bon fonctionnement des efforts collaboratifs. Finalement, la littérature consultée a permis de faire une synthèse de certaines stratégies présentées afin de surmonter ces obstacles et de contribuer au déploiement des pratiques axées sur la collaboration intersectorielle et interprofessionnelle.

En premier lieu, les termes pour faire allusion à l'approche collaborative ou bien aux pratiques qui en découlent varient significativement. C'est ainsi que parmi la littérature publiée en langue anglaise, il est possible de repérer 43 termes différents. Dans le cas des pays comme les États-Unis et le Royaume-Uni, certains termes trouvent un fort consensus au sein de la communauté des chercheurs et de praticiens. Concernant le corpus documentaire de langue française, la multiplicité des termes employés s'avère également à souligner, mais le fait saillant consiste en l'impossibilité de trouver un ou

certaines termes d'usage plus répandu ou privilégié au sein de la communauté des praticiens et chercheurs. Ainsi, presque chaque texte emploie des termes différents pour aborder le sujet. Un deuxième constat qui se dégage de la recension des articles consiste en l'utilisation indifférenciée des termes *inter et multi – disciplinary, agency, professional* – dans le cas anglophone et *pluri, multi et inter – disciplinaire, professionnel* – dans le cas francophone pour faire référence aux pratiques collaboratives. Malgré la différence conceptuelle sous-jacente à l'utilisation de ces termes, il faut souligner la rareté concernant l'explication donnée par les auteurs en termes de choix terminologique.

Parmi les divers types de pratiques collaboratives, la littérature scientifique récente explore particulièrement les équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires, identifiées comme *Multidisciplinary Teams (M-teams ou MDTs) et Interdisciplinary Teams (I-Teams)*. Ces types d'équipes sont la forme d'organisation du travail collaboratif la plus prédominante aux États-Unis. Ce pays est le pionnier à l'égard du développement et de l'application ce modèle de pratique. L'évolution historique et la caractérisation de ces pratiques d'équipe a été à la source de plusieurs constats aux plan des acteurs et leurs rôles dans la lutte contre la maltraitance.

Les secteurs de soins de santé, des services sociaux et de réponse judiciaire, tant dans la sphère publique, privée ou communautaire, apparaissent dans la littérature comme étant les principaux répondants. Le travail des chercheurs, bien que la littérature ne l'identifie pas en tant que secteur, est souligné comme étant essentiel au déploiement des efforts collaboratifs. À l'égard des professionnels, les rôles des praticiens provenant du secteur de la santé sont les plus amplement décrits. Enfin, un dernier point soulevé par la littérature réfère à l'importance de compter sur un « champion » dans le domaine de la maltraitance. Ce « champion » est identifié en étant un professionnel capable d'assumer le rôle de leadership et d'encourager la participation des différents acteurs dans le travail collaboratif.

D'un autre côté, la littérature identifie certains éléments clés pour l'émergence, le développement et la pérennité des pratiques collaboratives. La figure de « champion » est identifiée comme cruciale pour la naissance des efforts collaboratifs. Parvenir à une compréhension commune de la problématique et des rôles de chacun des acteurs afin de contrer la maltraitance sont également des éléments présentés comme préalables au travail collaboratif. Une fois l'initiative collaborative concrétisée, son développement repose, ensuite, sur le leadership d'un professionnel en mesure de coordonner le travail d'équipe. Le succès du travail collaboratif repose également dans l'existence d'un cadre pédagogique permettant la rencontre et la compréhension de tous les participants. Ainsi, la formation *inter* disciplinaire, exercice d'apprentissage « sur les autres et par les autres », facilite l'émergence d'une communication efficace capable de dénouer les conflits pouvant émerger à l'égard des divergences de langages professionnels, des perspectives sur la problématique, des priorités d'intervention, des cultures de pratique, etc. Un autre point souligné dans la littérature fait référence au développement de mécanismes pour assurer et pour faciliter le partage d'information entre les participants.

D'autre part, le succès dans les équipes est tributaire aussi, en grande partie, du sentiment d'appartenance et à la valorisation de la participation de tous les membres, et ce, dès le début du projet. La transparence, la responsabilité et le respect pour les impératifs internes des uns et des autres font partie d'un savoir-être professionnel incontournable au bon fonctionnement des efforts collaboratifs. Compter sur des processus clairs de gestion de conflits et d'évaluation continue s'avère aussi indispensable afin de mesurer l'évolution de l'équipe et de comprendre les enjeux concernant son développement. Enfin, concernant les conditions nécessaires sur le plan structural, un cadre politique englobant des mesures claires et concrètes et un soutien financière continu sont identifiés en tant qu'éléments de succès du travail collaboratif dans le domaine de la maltraitance envers les aînés.

Bien que l'approche collaborative ne suffise pas à elle seule à répondre à la complexité des cas de maltraitance et qu'il n'existe pas encore un corpus scientifique assez solide pour confirmer ses bénéfices, certains auteurs affirment que l'information véhiculée par ceux qui la pratiquent est déjà éloquente en sa faveur. C'est ainsi que dans la recension des écrits réalisée, il est possible de faire ressortir une multiplicité de bénéfices que cette approche apporte à long terme tant pour les aînés maltraités, les professionnels, les organismes et la société en générale.

Cependant, la collaboration bien qu'essentielle afin d'aborder des cas complexes, ne se fait pas sans difficulté compte tenu de la participation des nombreuses professions, organismes et secteurs dans l'intervention face à la maltraitance. De ce fait, l'élaboration de réponses globales et efficaces devient complexe. Les études évaluatives ainsi que les textes descriptifs des pratiques analysées dans la littérature ont révélé des problèmes communs tels que la confidentialité, le manque de participation de certaines disciplines ou de certains secteurs, les conflits des priorités entre les participants, la communication, la concurrence entre les professionnels et entre secteurs, l'appartenance au groupe et le soutien organisationnel, etc.

Pour conclure, il est intéressant de noter que la plupart des informations analysées et présentées dans cette synthèse documentaire s'appuient sur la documentation ou l'évaluation des certaines pratiques ou politiques ponctuelles. Le corpus de littérature empirique étant encore en émergence, il est possible de remarquer la nécessité d'effectuer davantage de recherches afin de mieux comprendre les équipes inter et multidisciplinaires, les résultats de cette forme de travail et les facteurs favorisant ou posant obstacle à leur réussite. Les évaluations conçues par les équipes elles-mêmes pourraient être une voie alternative et très efficace afin de répondre à ces besoins de recherche (Brandl *et al.*, 2007). Ces évaluations permettraient de fournir des données de recherche essentielles pour les autres équipes, ainsi que pour les chercheurs dans le domaine de la maltraitance envers les aînés. Également, ces données pourraient guider

l'élaboration de la future politique publique et de la recherche future (Brandl *et al.*, 2007).

L'avenir de la recherche sur les équipes multi et interdisciplinaires pourrait également viser à répondre des questions à propos de :

- *La rentabilité* : existe-t-il des situations particulières dans lesquelles une approche d'équipe mène un résultat non seulement plus efficace, mais également plus rentable? (Ernst et Smith, 2012).
- *Le soutien financier* : Comment l'inclusion des équipes multidisciplinaires dans les textes législatifs des États ou régions influe-t-elle sur le soutien financier qu'ils reçoivent? Les auteurs proposent de faire une comparaison entre les équipes possédant un cadre législatif (*statute language*) et ceux qui n'en ont pas (Daly et Jogerst, 2014).
- *La coordination des services* : comment les différentes organisations des services de protection des aînés peuvent-elles créer des conditions favorables afin d'arriver à une coordination efficace? (Liu, 2004).
- *L'efficacité* : Mukherjee (2011) propose d'évaluer cet aspect à travers la collecte de données au sein des évaluations empiriques. Brownell et Rosich (2007), à leur tour, affirment que la prochaine étape dans la recherche devrait s'orienter vers des études rigoureuses sur l'efficacité des modèles d'intervention à propos de la prévention ou de la réduction des impacts sur les aînés pouvant être traumatisés ou atteints dans leurs capacités cognitives.
- *Dénonciation de la maltraitance* : Il serait pertinent d'aborder la relation entre l'intervention des équipes multidisciplinaires et la dénonciation de la maltraitance, car il n'existe aucune preuve empirique démontrant l'efficacité de cette forme d'intervention par rapport à l'augmentation des taux de dénonciation de la problématique (Nerenberg, 2008 cité dans Mukherjee, 2011).
- *Le fonctionnement* : Quels sont les enjeux opérationnels et d'éthique auxquels les équipes multidisciplinaires se voient confrontées? (Mukherjee, 2011).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Anetzberger, G. J (2005). Clinical management of elder abuse. *Clinical Gerontologist*, 28, (1-2), 27-41.
- Anetzberger, G. J., Dayton, C., Miller, C., McGreevey, J.F., et Schimer, M. (2005). Multidisciplinary teams in the clinical management of elder abuse. *Clinical Gerontologist*, 28(1-2), 157-171.
- Antoine, V., Giafferi, A., Planques, B., Salom, M., Aquino, J. P., et Zoile, M. T. (2009). Maltraitance adultes vulnérables 78 : Évaluation du dispositif yvelinois de prévention et lutte contre la maltraitance des personnes âgées. *La Revue de Gériatrie*, 34(5), 369-386.
- Baker, M. W., et Heitkemper, M.W. (2005). The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment. *Nursing Outlook*, 53(5), 253-259.
- Beaulieu, M., et Brunet, C. (2011). Intergénérationnel, interculturel et interprofessionnel : trois gages de succès dans les interventions pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées. Dans « Vieillir dans le respect : un choix, une évidence? » *L'Observatoire, Les actes +*, 22-29.
- Bitondo Dyer, C., L. Franzini, L., Watson, M., Sanchez, L., Prati, L., Mitchel, S., Wallace, R., et Pickens, S., (2008). Future research: a prospective longitudinal study of elder self-neglect *Journal of the American Geriatrics Society* 56(SUP2).
- Blowers, A. N., Davis, B., Shenk, D., Kalaw, K., Smith, M., et Jackson, K. (2012). A multidisciplinary approach to detecting and responding to elder mistreatment: Creating a university-community partnership. *American Journal of Criminal Justice*, 37(2), 276-290.
- Bond, C. (2004). Education and a multi-agency approach are key to addressing elder abuse. *Professional Nurse*, 20(4), 39-41.
- Brandl, B., Bitondo Dyer C., Heisler, C. J., Otto, J.M., Stiegel, L.A., et Thomas, R.W. (2006). Enhancing victim safety through collaboration. *Care Management Journals*, 7(2), 64-72.

- Brandl, B., Heisler, C.J., Bitondo, C., Otto, J.M., Stiegel, L.A., et Thomas, R.W. (2007). Elder abuse detection and intervention: a collaborative approach. New York: Spring Publishing Company.
- Brandl, B., et Dawson, L. (2011). Responding to victims of abuse in later life in the United States. *Journal of Adult Protection*, 13(6), 315-322.
- Brownell, P., et Rosich, G. (2007). Elder Abuse. Dans J. A. Blackburn. et C. N. Dulmus (dir.) (2007). *Handbook of gerontology: Evidence-based approaches to theory, practice, and policy*. Hoboken, NJ : John Wiley & Sons Inc.
- Brunet, C., et Beaulieu, M. (2011). Bonifier les changements de pratique à la suite d'une formation continue en milieu de travail. *Vie et vieillissement*, 9(2), 52-58.
- Busby, F. (2010). A nation-wide elder and handicapped abuse help-line network-call us and stamp out abuse now. *Ageing International*, 35(3), 228-234.
- Chan, K. L., Choi, W. M. A., Fong, D. Y., Chow, C. B., Leung, M., et Ip, P. (2013). Characteristics of family violence victims presenting to emergency departments in Hong Kong. *The Journal of Emergency Medicine*, 44(1), 249-258.
- Chan, T. C., Luk, J. K. H., Liu, A., Chiu, P. K. C., Chan, F. H. W., et Chu, L. W. (2009). Financial abuse in a mentally incapacitated old man. *Hong Kong Medical Journal (Xianggang Yi Xue Za Zhi/Hong Kong Academy of Medicine)*, 15(3), 213-216.
- Connolly, M.-T. (2008). Elder self-neglect and the justice system: an essay from an interdisciplinary perspective. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56 (Suppl. 2), S244-S252.
- Connolly, M.-T. (2010). Where elder abuse and the justice system collide: police power, parens patriae, and 12 recommendations. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 22(1/2), 37-93.
- Daly, J. M., et Jogerst, G. J. (2014). Multidisciplinary team legislative language associated with elder abuse investigations. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 26(1), 44-59.
- Degenaeers, G. (2012). *Le travail social auprès des personnes âgées*. Rueil-Malmaison, France: Editions ASH.
- Diesfeld, K. (2011). Analysis of legal cases for prevention of elder abuse: decisions from New Zealand. *Journal of Law and Medicine*, 18(4), 737-748.

- Dinsdale, P. (2006). Wales: making connections. *Nursing Older People*, 18(1), 7.
- Dubble, C. (2006). A policy perspective on elder justice through APS and law enforcement collaboration. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(3-4), 35-55.
- Ernst, J. S., et Smith C. A. (2012). Assessment in adult protective services: do multidisciplinary teams make a difference? *Journal of Gerontological Social Work*, 55(1), 21-38.
- Escard, E., N. Barbotz, N., Di Pollina, L., et Margairaz, C., (2013). Identification of elderly material and financial abuse. *Revue Médicale Suisse*, 9(405), 2061-2065.
- Falk, E., Landsverk, E., Mosqueda, L., Olsen, B. J., Schneider, D., C., Bernatz, S., et Wood, S. (2010). Geriatricians and psychologists: essential ingredients in the evaluation of elder abuse and neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 22(3-4), 281-290.
- Filinson, R. (2006). «No secrets» and beyond: recent elder abuse policy in England. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 18(1), 1-18.
- Galpin, D., et Hughes, D. (2011). A joined up approach to safeguarding and personalisation: a framework for practice in multi-agency decision-making. *Journal of Adult Protection*, 13(3), 150-159.
- Gibson, L. (2011). Giving courts the information necessary to implement limited guardianships: are we there yet? *Journal of Gerontological Social Work*, 54(8), 803-818.
- Giles, L., Brewer, E., Mosqueda, L., Huba, G., et Melchior, L (2010). Vision for 2020. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 22(3-4), 375-386.
- Heath, J. M., Kobylarz, F. A., Brown, M., et Castano, S. (2005). Interventions from home-based geriatric assessments of adult protective service clients suffering elder mistreatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(9), 1538-1542.
- Heath, J. M., Brown, M., Kobylarz, F. A., et Castano, S. (2005). The prevalence of undiagnosed geriatric health conditions among adult protective service clients. *Gerontologist*, 45(6), 820-823.
- Heck, L., et Gillespie G. L. (2013). Interprofessional program to provide emergency sheltering to abused elders. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 35(2), 170-181.

- Heisler, C. J. (2006). Self-neglect: implications for prosecutors. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 18(4), 93-102.
- Henwood, M. (2008). Multi-agency working and adult protection. *Community Care*. (1706), 32-33
- Hervy, B. (2005). L'interprofessionnalité : vers une vision globale ou une pratique englobante? *ERES Pratiques gérontologiques*, 67-79.
- Imbody, B., et Vandsburger, E. (2011). Elder abuse and neglect: assessment tools, interventions, and recommendations for effective service provision. *Educational Gerontology*, 37(7), 634-650.
- Ingram, R. (2011). The four situations: a framework for responding to concerns of adult abuse or neglect. *Journal of Adult Protection*, 13(2), 75-86.
- Jackson, S. L., et Hafemeister T. L. (2013). How do abused elderly persons and their adult protective services caseworkers view law enforcement involvement and criminal prosecution, and what impact do these views have on case processing? *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 25(3), 254-280.
- Jayawardena, K. M., et Liao, S. (2006). Elder abuse at end of life. *Journal of Palliative Medicine*, 9(1), 127-136.
- Joel, M.-E. (2005). *Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan violence et santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Commission « Personnes âgées et personnes handicapées »*. Paris, France : La documentation Française.
- Karp, N. (2006). *Federal options to improve America's ailing guardianship system: a white paper for the senate special committee on aging*. Washington, DC: AARP, Public Policy Institute.
- Koskas, A., Desjardins, V., et Medioni, J.-P. (2011). *Rapport de la mission sur la maltraitance financière à l'égard des personnes âgées dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux*. Paris, France : Assistance publique hôpitaux de Paris.
- Kurrle, S. (2005). Management of elder abuse and neglect in Australia. *Global Ageing*, 3(1), 30-40.

- Lachs, M. S., et Pillemer, K. (2004). Elder abuse . *Lancet (British Edition)*, 364(9441), 1263-1272.
- Laroque, G. (2010). Bientraitance, maltraitance, qu'en est-il en France? *Gérontologie et Société*, (133), 63-68.
- Liao, S., et Mosqueda, L. (2006). Physical abuse of the elderly: the medical director's response. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7(4), 242-245.
- Liao, S., Mosqueda, L., et Giles, L. (2005). Implications for elder mistreatment policy and practice: the development of an American social-medical model. *Global Ageing*, 3(1), 13-29.
- Liu, L.-W. (2004). Organizations working together to protect the elderly in Taiwan. *Journal of Social Service Research*, 30(4), 19-49.
- Malks, B. F., et Cartan, H. (2010). Creating large systems that work. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 22(3-4), 365-374.
- Manthorpe, J., Hussein, S., Penhale, B., Perkins, N., Pinkney, L., et Reid, D. (2010). Managing relations in adult protection: a qualitative study of the views of social services managers in England and Wales. *Journal of Social Work Practice*, 24(4), 363-376.
- Marchalot, G. (2007). Prévenir la maltraitance hospitalière et les dérives de soin. La maltraitance des personnes âgées. *Soins gérontologiques*, (65), 20-23
- McGarry, J., et Simpson, C. (2009). Raising awareness of elder abuse in the community practice setting. *British Journal of Community Nursing*, 14(7), 305-308.
- McGarry, J., et Simpson, C. (2012). Improved safeguarding of older people through inter-agency learning. *Nursing Older People*, 24(10), 14-18.
- Miller, C. A. (2005). Elder abuse: the nurse's perspective. *Clinical Gerontologist*, 28(1-2), 105-133.
- Milne, A., Cambridge, P., Beadle-Brown, J., Mansell, J., et Whelton, B. (2013). The characteristics and management of elder abuse: evidence and lessons from a UK case study. *European Journal of Social Work*, 16(4), 489-505.

- Ministère de la Famille et des Aînés (2010). Plan d'action gouvernemental pour lutter contre la maltraitance envers les aînés 2010-2015. Québec, Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Famille et des Aînés (2013). Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées : partenaires multisectoriels. Québec, Québec: Gouvernement du Québec.
- Minshull, P. (2004). Avoiding systemic neglect and abuse in older people's inpatient mental health care settings. *Journal of Adult Protection*, 6(4), 27-32.
- Morris, J. R. (2010). The Bet Tzedek legal services model: how a legal services model addresses elder abuse and neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 22(3-4), 275-280.
- Mosqueda, L., Burnight, K., Liao, S., et Kemp, B. (2004). Advancing the field of elder mistreatment: a new model for integration of social and medical services. *Gerontologist*, 44(5), 703-708.
- Mosqueda, L., et Dong, X. (2011). Elder abuse and self-neglect: I don't care anything about going to the doctor, to be honest... *JAMA, the Journal of the American Medical Association*, 306(5), 532-540.
- Moulias, R., Busby, F., Hugonot, R., et France, A. (2010). Une méthodologie de traitement des situations de maltraitances. *Gérontologie et Société*, 133(2), 89-102.
- Moulias, R., Isern-Real, M. H., et Busby, F. (2013). Le médecin face à l'abus financier envers le vieillard vulnérable. *La Revue de Gériatrie*, 38(2), 101-110.
- Mukherjee, D. (2011). Organizational structures of elder abuse reporting systems. *Administration in Social Work*, 35(5), 517-531.
- Nakanishi, M., Hoshishiba, Y., Iwana, N., Okada, T., Kato, E., et Takahashi, H. (2009). Impact of the elder abuse prevention and caregiver support law on system development among municipal governments in Japan. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 90(2-3), 254-261.
- Navarro, A. E., Gassoumis, Z. D., et Wilber, K. H. (2013). Holding abusers accountable: an elder abuse forensic center increases criminal prosecution of financial exploitation. *Gerontologist*, 53(2), 303-312.

- Navarro, A. E., Wilber, K. H., Yonashiro, J., et Homeier, D. C. (2010). Do we really need another meeting? Lessons from the Los Angeles county elder abuse forensic center. *Gerontologist, 50*(5), 702-711.
- Nerenberg, L. (2006). Communities respond to elder abuse. *Journal of Gerontological Social Work, 46*(3-4), 5-33.
- Nerenberg, L., Davies, M., et Navarro, A. (2012). In pursuit of a useful framework to champion elder justice. *Generations, 36*(3), 89-96.
- Nowak, S. (2010). L'éthique des professions de santé à l'épreuve de la violence dans les relations interdisciplinaires. *Éthique et Santé, 7*(2), 102-107.
- O'Connor, K. A., et Rowe, J. (2005). Elder abuse. *Reviews in Clinical Gerontology, 15*(1), 47-54.
- Otto, J. M. (2005). Abuse and neglect of vulnerable adult populations. Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Otto, J. M. (2008). Twenty years of a community review team. *Victimization of the Elderly and Disabled, 11*(1), 3.
- Osei, A. D. (2009). An approach to assessing elder abuse and neglect in the dental office. *Texas Dental Journal, 126*(7), 592-594.
- Parry, I. (2013). Adult safeguarding and the role of housing. *Journal of Adult Protection, 15*(1), 15-25.
- Pellerin, J., Schuster, J. P., et Piquier, C. (2005). Maltraitance envers les personnes âgées et services d'urgence. *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement, 3*(3), 169-181.
- Phair, L., et Heath H. (2010). Neglect of older people in formal care settings part one: new perspectives on definition and the nursing contribution to multi-agency safeguarding work. *Journal of Adult Protection, 12*(3), 5-13.
- Pike, L., Gilbert, T., Leverton, C., Indge, R., et Ford, D. (2011). Training, knowledge and confidence in safeguarding adults: results from a postal survey of the health and social care sector in a single county. *Journal of Adult Protection, 13*(5), 259-274.

- Poythress, E. L., Burnett, J., Naik, A., Pickens, S., et Bitondo, C. (2006). Severe self-neglect: an epidemiological and historical perspective. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 18(4), 5-12.
- Ramsey-Klawnsnik, H. (2006). NCPEA symposium on self-neglect. *Victimization of the Elderly and Disabled*, 9(3), 33.
- Rath, L. (2012). Advancing the field: the Archstone foundation elder abuse and neglect initiative. *Generations*, 36(3), 100-102.
- Rees, P., et Manthorpe, J. (2010). Managers' and staff experiences of adult protection allegations in mental health and learning disability residential services: a qualitative study. *British Journal of Social Work*, 40(2), 513-529.
- Reeves, S., et Wysong, J. (2010). Strategies to address financial abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 22(3-4), 328-334.
- Reid, D., Penhale, B., Manthorpe, J., Perkins, N., Pinkney, L., et Hussein, S. (2009). Form and function: views from members of adult protection committees in England and Wales. *Journal of Adult Protection*, 11(4), 20-29.
- Reingold, D. A. (2006). An elder abuse shelter program: build it and they will come, a long term care based program to address elder abuse in the community. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(3-4), 123-135.
- Rothman, M. B., et Dunlop, D. (2006). Elders and the courts: judicial policy for an aging America. *Journal of Aging and Social Policy*, 18(2), 31-46.
- Roulet-Schwab, D. (2006). Prévention de la maltraitance des personnes âgées en établissement médico-social: la recherche-action comme vecteur de changement. Dans Christen-Gueissaz É., Corajoud G., Fontaine M., Racine J.-B. (dir.), *Recherche-action. Processus d'apprentissage et d'innovation sociale* (Chapitre 10, p. 169-189). Paris, France: L'Harmattan.
- Roush, R. E., Moye J. A., Mills, W.L., Kunik, M.E., Wilson, N. L., Taffet ,G. E., et Naik, A. D. (2012). Why clinicians need to know about the elder investment fraud and financial exploitation program. *Generations*, 36(2), 94-97.
- Shields, L. B. E., Hunsaker, D. M., et Hunsaker, J. C . (2004). Abuse and neglect: a ten-year review of mortality and morbidity in our elders in a large metropolitan area. *Journal of Forensic Sciences*, 49(1), 122-127.

- Schneider, D. C., Mosqueda, L., Falk, E., et Huba, G. J. (2010). Elder abuse forensic centers. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 22(3/4), 255-274.
- Schneider, D. C., et Li, X. (2006). Sexual abuse of vulnerable adults: the medical director's response. *Journal of The American Medical Directors Association*, 7(7), 442-445.
- Schuyler, D., et Liang, B. A. (2006). Reconceptualizing elder abuse: treating the disease of senior community exclusion. *Annals Of Health Law*. Loyola University Chicago, School Of Law, Institute For Health Law, 15(2), 275.
- Scodellaro, C. (2006). La lutte contre la maltraitance des personnes âgées: politique de la souffrance et sanitarisation du social. *Lien social et Politiques*, 55, 77-88.
- Sirvain, Serge (2008). À la recherche d'un vaccin contre la maltraitance. Dans « Éthique et maltraitance ». *Repères en Gériatrie*, 10(85), 301-305.
- Spangler, D., et Brandl, B. (2007). Abuse in later life: power and control dynamics and a victim-centered response. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12(6), 322-331.
- Spinale, R. (2005). Adams county community adult protection multidisciplinary team. *Victimization of the Elderly and Disabled*, 8(4), 51.
- Stiegel, L. (2006). Recommendations for the elder abuse, health, and justice fields about medical forensic issues related to elder abuse and neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 18(1), 41-81.
- Strubel, D (2008). Problèmes éthiques et maltraitance. Dans « Éthique et maltraitance ». *Repères en Gériatrie*, 10(85), 290-292.
- Teaster, P. B., Lawrence, S. A., et Cecil, K.A. (2007). Elder abuse and neglect. *Aging Health*, 3(1), 115-128.
- Teaster, P. B., et Wangmo, T. (2010). Kentucky's local elder abuse coordinating councils: a model for other states. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 22(1-2), 191-206.
- Tran, P., et Mannen, J. (2009). Improving oral healthcare: improving the quality of life for patients after a stroke. *Special Care in Dentistry*, 29(5), 218-221.

- Twomey, M. S., Jackson, G., Li, H., Marino, T., Melchior, L. A., Randolph, J. F., Retselli-Deits, T., et Wysong, J. (2010). The successes and challenges of seven multidisciplinary teams. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 22(3-4), 291-305.
- Ulrey, P. (2004). Evolution of a neglect panel in King County, Washington. *Victimization of the Elderly and Disabled*, 7(1), 1.
- Ulrey, P., et Brandl, B. (2012). Collaboration is essential: King County's response to a case of elder abuse and exploitation. *Generations*, 36(3), 73-78.
- Vandsburger, E., et Robinson, B. (2013). They could not believe that a 65-year-old man would still beat his wife': professionals' perspectives on addressing abuse and neglect among older adults living in rural Southwest Virginia. *Ageing International*, 38(3), 245-259.
- Vanmeerbeek, M., Giet, D., et Massart, V. (2007). Maltraitance des aînés : ressentis et besoins de professionnels de soins à domicile. *L'observatoire* (55), 77-80.
- Wiglesworth, A., Mosqueda, L., Burnight, K., Younglove, T., et Jeske, D. (2006). Findings from an elder abuse forensic center. *Gerontologist*, 46(2), 277-283.
- Williams, S. (2011). Safeguarding adults at risk in the NHS through inter-agency working. *Journal of Adult Protection*, 13(2), 100-113.
- Wood, E. (2004). Promising practice ideas on court links for agencies on aging, adult protective services and long term care ombudsmen. *Victimization of the Elderly and Disable*, 6(5), 67.
- Yaffe, M. J., Wolfson, C., et Lithwick, M. (2009). Professions show different enquiry strategies for elder abuse detection: implications for training and interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 23(6), 646-654.
- Yang, J. A., Garis, J., et McClure, R. (2006). Clinical mental health outreach to older adults: serving the hard-to-serve. *Clinical Gerontologist*, 29(2), 71-79.