

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SERVICE SOCIAL

PAR
CYNTHIA BRUNET

RÉFLEXION SUR LES ENJEUX LIÉS À L'IMPLANTATION
DU GUIDE DE PRATIQUE *EN MAINS*
ET LES FACTEURS FAVORISANT SON APPROPRIATION ET UTILISATION

JUILLET 2011

Sommaire

Cet essai propose une réflexion sur les enjeux associés au processus d'implantation du guide de pratique *En Mains* auprès de professionnels des services de santé et de services sociaux. La réflexion s'appuie sur une expérience de stage réalisée auprès d'intervenants des services destinés aux personnes âgées d'un Centre de santé et de services sociaux de l'Estrie et elle présente, dans un premier temps, la pratique psychosociale, l'usage d'outils cliniques et les programmes de formation dans le champ de la maltraitance envers les personnes. Plusieurs défis sont à relever dans la pratique psychosociale en contexte de maltraitance et l'état des connaissances sur l'usage des outils cliniques et sur les programmes de formation porte à réfléchir. Une présentation sur certains enjeux de pratique liés à l'appropriation et l'utilisation du guide de pratique *En Mains* laisse voir les nombreux défis à relever lors de l'implantation d'un tel outil. Finalement, nous proposons une programmation afin de favoriser l'appropriation et l'utilisation d'un guide de pratique au sein de professionnels appelés à intervenir en contexte de maltraitance.

Table des matières

1. Introduction.....	1
1.1 Définition	2
1.2 Contexte social	3
1.3 Contexte politique	4
1.4 Contexte de la pratique au Québec	6
1.5 Introduction de l'objet de l'essai	7
2. Bilan d'expérience de stage	9
2.1 Résumé de l'expérience de stage.....	10
2.2 Questions soulevées au cours du processus de stage.....	11
3. Guide de pratique <i>En Mains</i>	14
3.1 Présentation du guide de pratique En Mains.....	15
3.2 Le développement du guide de pratique En Mains	16
3.3 Présentation du programme de formation En Mains.....	18
4. Problématique	20
4.1 La pratique psychosociale dans les situations de maltraitance envers les personnes âgées.....	22
4.1.1 Enjeux soulevés par la pratique	22
4.1.2 Réflexion sur la portée et les limites de l'intervention	25
4.2 Usage d'outils cliniques en maltraitance envers les personnes âgées	32
4.3 Les programmes de formation dans le champ de la maltraitance envers les personnes âgées.....	39
4.3.1 Types de programmes de formation	39
4.3.2 Impacts des programmes de formation	41
4.3.2.1 Évaluation des connaissances	42
4.3.2.2 Évaluation des habiletés d'interventions.....	45
5. Enjeux de pratique associés à l'appropriation d'un guide de pratique,.....	49
le cas spécifique d'En Mains	49
5.1 Enjeux liés au contexte de la pratique	50

5.1.1	La surcharge de travail.....	50
5.1.2	Le roulement de personnel.....	52
5.1.3	L'absence ou le faible soutien offert.....	53
5.2	Enjeux liés aux connaissances.....	55
5.3	Enjeux de motivation et participation.....	57
5.4	Enjeux d'implantation des interventions du programme.....	58
6.	Programme d'implantation du guide de pratique <i>En Mains</i>	62
6.1	Cadre rationnel du programme.....	63
6.1.1	Le problème.....	64
6.1.2	Le public cible.....	64
6.1.3	Les buts du programme et les résultats attendus.....	65
6.1.4	Les déterminants.....	66
6.1.5	Les interventions.....	67
6.2	Plan du programme.....	68
6.2.1	L'équipe responsable de l'implantation.....	68
6.2.2	Les personnes qui réalisent l'implantation.....	69
6.2.3	Les partenaires.....	70
6.2.4	Le contexte écologique.....	71
6.2.5	Le protocole d'intervention et le protocole de services.....	73
6.2.6	Le public cible.....	75
6.3	Évaluation de l'implantation.....	78
7.	Conclusion.....	81
	Références.....	87
	Annexe A : Cadre rationnel du programme et plan de programme liés à l'implantation du guide de pratique <i>En Mains</i>	98
	Annexe B : Grille d'évaluation des besoins et du milieu de pratique.....	100

Remerciements

La rédaction de cet essai et la réalisation de cette maîtrise n'auraient pu se faire sans le soutien si précieux de plusieurs personnes. Premièrement, je tiens à remercier Marie Beaulieu, ma directrice de maîtrise, de m'avoir accompagnée, soutenue et encouragée tout au long de ce processus d'écriture. Votre grande expérience en recherche dans le champ de la maltraitance envers les personnes âgées a été une source d'inspiration et de motivation. Je profite également de l'occasion pour vous remercier de m'avoir permis de vivre des expériences professionnelles très enrichissantes. Je vous serai toujours reconnaissante de m'avoir encouragée dès le début de mes études de maîtrise et ainsi découvrir mon plein potentiel avant même que je le réalise! Nos chemins se sont croisés et je remercie la vie de m'avoir mis sur votre route!

Je tiens à remercier ma grande amie, Sophie Brisebois, pour son soutien et son écoute durant ces trois années d'études universitaires. Merci, pour toutes ces heures d'encouragement, de ventilation et de fous rires. Mes années de maîtrise n'auraient pas été les mêmes sans toi! Merci Sophie! Et un grand merci à ma mère, Claire Dussault. Ton soutien à distance m'a été si précieux. Merci mom pour la correction et la mise en page! Un merci spécial à mon oncle, Louis Brunet, pour ses fidèles coups de fil du mardi soir! Merci à Pierre et Suzanne Labelle pour leur accueil chaleureux durant mon projet de stage.

Je tiens également à remercier Suzanne Garon de m'avoir permis d'écrire mon premier travail sur la maltraitance. Un travail qui m'a ouvert bien des portes! Merci Suzanne! Finalement, un merci bien spécial à l'équipe SERMA pour les nombreuses discussions qui m'ont aidé à mieux comprendre cette problématique.

1. Introduction

Le phénomène du vieillissement de la population est fort connu et préoccupe de plus en plus les instances politiques, les professionnels appelés à travailler auprès des personnes âgées, les chercheurs et la population en général. Au Canada, les faibles taux de fécondité, l'espérance de vie plus long et la présence importante de la génération du baby-boom expliquent le vieillissement de la population (Turcotte & Schellenberg, 2006). Entre 2005 et 2036, le nombre de canadiens âgés devrait passer de 4,2 millions à 9,8 millions. Au Québec, la population âgée représentait, en 2004, 13,6 % de la population générale (Conseil des âgés, 2005). En 2021, ce pourcentage devrait atteindre 21,3 %. Ce changement de la courbe démographique invite ces divers acteurs sociaux à réfléchir, entre autres, à l'organisation des services de santé et les services sociaux gériatriques et gérontologiques, aux conditions de vie des âgés et aux problématiques sociales émergentes (Charpentier, 2002; Conseil des âgés, 2005). Dans ce contexte, la problématique de la maltraitance envers les personnes âgées est de plus en plus considérée comme une préoccupation sociale.

Au Canada, ce n'est qu'au début des années 80 que la maltraitance envers les personnes âgées fait l'objet de publications (Podnieks, 2008). Depuis quelques années, plusieurs projets de recherche s'intéressent à cette problématique afin de mieux comprendre et de proposer une réponse à ce phénomène social (Podnieks, 2008). En 2002, à l'intérieur de la Déclaration de Toronto sur la prévention globale des mauvais traitements envers les âgés, l'Organisation mondiale de la santé prenait position en

soulignant, entre autre, l'importance de la formation de professionnels en matière de maltraitance (World Health Organization, 2002).

Avant d'exposer l'objet de cet essai, nous présentons un bref tour d'horizon de la maltraitance envers les personnes âgées afin de favoriser une meilleure compréhension de ce phénomène. Plusieurs thématiques seront abordées soient : une définition de la maltraitance envers les personnes âgées, le contexte social dans lequel cette problématique se manifeste, puis un survol du contexte politique et du contexte de la pratique au Québec en lien avec la maltraitance.

1.1 Définition

Bien qu'il n'y ait pas de consensus sur une définition de la maltraitance envers les personnes âgées, celle proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est largement adoptée.

Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse à une personne âgée. Cela peut prendre de multiples formes : physique, psychologique/émotionnelle, sexuelle, financière ou refléter des formes intentionnelles ou non de négligence (traduction libre de la définition par Beaulieu, 2007, p.1148).

Puisque cela dépasse l'objectif de l'essai de présenter une recension des écrits sur la problématique de la maltraitance, nous avons volontairement choisi de ne pas exposer les

débats entourant la définition pour nous concentrer sur une seule, soit celle de l’OMS. Cette définition englobe plusieurs notions importantes dont : la présence d’une relation de confiance, les conséquences de la maltraitance, la notion de répétition ainsi que les différents types de maltraitance.

1.2 Contexte social

Peu de données sont disponibles sur la prévalence de la maltraitance envers les personnes âgées. Le caractère tabou de cette problématique et les difficultés méthodologiques constituent les principaux obstacles rencontrés dans la mesure du phénomène (McDonald & Collins, 2000). Au Canada, deux études populationnelles ont été réalisées révélant un taux de prévalence de 4 % (Podnieks, Pillemer, Nicholson, Shilling & Frizzel, 1990) et de 7 % (Pottie Bunge, 2000). L’écart entre ces résultats s’explique en partie par l’utilisation de méthodes de collecte de données plus sensibles dans le cas de la seconde étude (Pottie Bunge, 2000).

Il semble pertinent de situer le Québec à l’intérieur de ces grandes études populationnelles. L’étude de Podnieks et al. (1990) indique un taux de fréquence d’abus au Québec de 40 personnes âgées sur 1000. Malheureusement, l’étude de Pottie Bunge (2000) ne présente pas les résultats spécifiques au Québec. Une prochaine étude populationnelle est nécessaire afin d’obtenir des données récentes sur l’ampleur du phénomène au Québec.

Dernièrement, le gouvernement québécois révélait les résultats d'un sondage sur les perceptions des Québécois sur la maltraitance envers les personnes âgées (Ministère de la famille et des aînés, 2010b). De par sa nature, soit un sondage et non une étude populationnelle, ces données sont moins fiables car elles présentent un instantané à un moment donné. Deux questions portaient sur la prévalence de la maltraitance. Dans un premier temps, on demandait à l'ensemble des participants d'estimer le pourcentage de personnes âgées maltraitées au Québec. Les répondants croient que 35 % de la population âgée vit des situations de maltraitance. Une deuxième question cherchait à connaître le pourcentage d'aînés ayant vécu des situations de maltraitance au cours des douze derniers mois. 6 % des répondants aînés disent avoir vécu une telle situation durant la dernière année. Il importe de souligner que ce résultat va dans le même sens que l'étude populationnelle canadienne de Podnieks et al. (1990) et de Pottie Bunge (2000).

1.3 Contexte politique

Au Canada, chaque province et territoire est responsable de l'élaboration de politiques publiques en lien avec la maltraitance envers les personnes âgées; ce faisant, les orientations diffèrent d'une juridiction à l'autre (Beaulieu, Gordon & Spencer, 2003). En effet, les mesures légales, les politiques et les services mis en place varient selon la place accordée à cette problématique comme une préoccupation sociale. Par leurs actions, certaines provinces démontrent un plus grand intérêt à la maltraitance en instaurant des programmes sociaux ou des stratégies de lutte contre la maltraitance.

Sans prétendre faire un tour exhaustif de la situation dans les diverses provinces et territoires du Canada, voici à titre indicatif quelques orientations prises dans d'autres juridictions canadiennes. En 2002, le Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario a implanté une *Stratégie de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées* (Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario, 2011). Au cours de la même année, le Secrétariat manitobain du mieux-être des personnes âgées et du vieillissement en santé mettait sur pied une *Stratégie provinciale de lutte contre la violence envers les personnes âgées* (Manitoba, 2011). En 2010, le gouvernement de l'Alberta propose une stratégie pour contrer la maltraitance, *Addressing Elder Abuse in Alberta : A Strategy for Collective Action* (Government of Alberta, 2010). En juin 2010, le gouvernement québécois mettait de l'avant son premier *Plan gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015* (Ministère de la famille et des aînés, 2010a). Ces initiatives démontrent une volonté de la part de ces instances politiques d'agir afin de contrer cette problématique sociale.

Il importe de préciser que le signalement de situations de maltraitance envers les personnes âgées est obligatoire dans deux provinces, soit en Nouvelle-Écosse (*Adult Protection Act. R.S., c. 2, s. 1.*) et à Terre-Neuve et Labrador (*Neglected Adults Welfare Act. 2009, c. 16, s. 9.*). Ainsi, au Québec, aucune loi n'oblige le signalement de situations de maltraitance. Toutefois, de telles situations peuvent être signalées à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. La Commission veille aux principes énoncés dans la Charte des droits et libertés de la personne du Québec (Commissions des

droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2011). L'article 48 de la Charte stipule que « toute personne âgée ou toute personne handicapée a droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation. Telle personne a aussi droit à la protection et à la sécurité que doivent lui apporter sa famille ou les personnes qui en tiennent lieu. » (Charte des droits et libertés de la personne. L.R.Q., chapitre C-12). Ainsi, la Commission peut mener une enquête et prendre des mesures pour assurer la sécurité de la personne âgée vivant une situation d'exploitation (Commissions des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2011). Bien que ce service existe, il est très peu connu et utilisé par les professionnels ou la population. Au printemps 2010, une équipe d'enquêteurs de la Commission se spécialise dans l'intervention dans les situations d'exploitation auprès de personnes âgées (Commissions des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2011). L'équipe vise à assurer la sécurité des personnes âgées et mettre un terme à l'exploitation. Cette initiative s'inscrit en amont du Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015.

1.4 Contexte de la pratique au Québec

On observe des variations dans le contexte de la pratique au Québec, que ce soit en matière de l'état des connaissances de cette problématique ou des stratégies d'intervention. La formation spécifique sur l'intervention en contexte de maltraitance n'est pas offerte partout. Certains milieux se sont dotés de protocoles d'intervention en situation de maltraitance, par exemple le Centre de santé et de services sociaux Memphrémagog (Table de concertation des aînés de la MRC de Memphrémagog, 2003).

Dernièrement, l'Association québécoise de défense des retraités (AQDR) et le Réseau québécois pour contrer l'abus envers les aînés (RQCAA), subventionnés par le Ministère de la famille et des aînés, ont développé la *Trousse SOS ABUS* qui répertorie plusieurs initiatives québécoises de prévention, de dépistage, d'intervention et de formation en lien avec la problématique de la maltraitance (Association québécoise de défense des retraités & Réseau québécois pour contrer l'abus envers les aînés, 2010). Les directives de pratique diffèrent selon le milieu et l'intérêt porté à cette problématique. En somme, il existe actuellement une disparité de connaissances et d'actions selon les milieux de pratique.

1.5 Introduction de l'objet de l'essai

Cet essai se veut une réflexion sur les enjeux liés au processus d'implantation du guide de pratique *En Mains* (ENjeux éthiques, Maltraitance, Aînés, INtervention, Scénarios) au sein d'une équipe de professionnels en santé et services sociaux intervenant en situation de maltraitance envers les personnes aînées. Dans un premier temps, un bilan d'un projet de stage sera établi en soulignant certaines questions soulevées au cours de cette expérience. Le guide de pratique *En Mains* ainsi que son programme de formation seront par la suite présentés. Également, la pratique psychosociale dans les situations de maltraitance envers les personnes aînées sera abordée en exposant les enjeux soulevés par la pratique et en présentant une réflexion sur la portée et les limites de l'intervention. De plus, un survol de l'usage d'outils cliniques en maltraitance envers les personnes aînées et

des différents types de programmes de formation dans ce champ ainsi que leurs impacts sera présenté.

Prenant appui sur l'expérience de stage et d'une recension des écrits, des enjeux de pratique associés à l'appropriation du guide de pratique *En Mains* seront présentés et discutés. Par la suite, nous proposerons des facteurs ou des conditions susceptibles de favoriser l'appropriation et l'utilisation du guide de pratique. Ainsi, un cadre rationnel et un plan de programme liés à l'implantation du guide de pratique *En Mains* seront mis de l'avant. Une dernière réflexion porte sur les retombées et l'influence de cet ouvrage dans la discipline du service social.

2. Bilan d'expérience de stage

2.1 Résumé de l'expérience de stage

Le contenu à l'analyse dans cet ouvrage s'appuie sur l'expérience tirée d'un stage réalisé, dans le cadre de la maîtrise en service social, dans un Centre de santé et de services sociaux (CSSS) en Estrie. Le projet de stage s'adressait à des intervenants psychosociaux travaillant auprès de personnes âgées ainsi qu'à leurs chefs de programme. Il visait l'expérimentation d'un processus d'implantation du guide de pratique *En Mains*.

Au début du projet, une formation d'une journée a été donnée par Marie Beaulieu, chercheure ayant développée ce guide de pratique. Par la suite, un accompagnement clinique était proposé afin de faciliter son utilisation et son appropriation, de favoriser l'émergence d'une réflexion éthique au cours du processus d'intervention en situation de maltraitance et d'encourager un partage d'enjeux d'intervention en lien avec des situations de maltraitance. De plus, le projet proposait d'accompagner les chefs de programme et les conseillers cliniques afin de permettre le développement de stratégies de soutien auprès d'intervenants en lien avec le guide de pratique, soit le développement de pratique de collaboration.

Suite à la formation, très peu de professionnels ont sollicité l'accompagnement clinique proposé par la stagiaire dans le cadre de ce stage. Peu de changements au niveau organisationnel ont été réalisés afin de faciliter l'appropriation et l'utilisation du guide de pratique. Contre toute attente, plusieurs demandes ont été faites afin de mettre en place

d'autres interventions : une formation spécifique à la pratique à l'accueil psychosocial, une brève campagne de sensibilisation pour le personnel en hébergement ainsi que la production d'un document de ressources d'aide en lien avec la problématique de la maltraitance. Ainsi, en cours de route, les objectifs initiaux du projet de stage ont glissé vers la réalisation de nouvelles activités. Par conséquent, les objectifs établis au début du projet n'ont pas été atteints. Ce changement d'orientation a soulevé de nombreux questionnements et une réflexion en lien avec le processus d'implantation du guide de pratique *En Mains* à l'intérieur de ce type de milieu de pratique.

2.2 Questions soulevées au cours du processus de stage

La réalisation de ce projet de stage a favorisé une réflexion sur deux types d'enjeux liés à l'implantation du guide de pratique *En Mains* au sein d'une équipe de professionnels en CSSS soit, les enjeux cliniques et les enjeux organisationnels. Il importe de se questionner sur les obstacles pouvant être rencontrés lors de l'implantation d'un nouvel outil de pratique au sein d'une équipe d'intervenants. Existe-t-il une influence entre les enjeux cliniques et organisationnels? Si oui, de quelle manière se transpose cette influence?

L'expérience de stage a permis d'émettre certaines hypothèses quant à la présence d'enjeux organisationnels, leurs origines, leurs dynamiques et leur persistance dans le temps. Il semble pertinent de se questionner sur l'existence de résistances liées à l'innovation, l'influence du contexte organisationnel et social sur la participation au

processus d'implantation ainsi que l'importance et l'influence de la culture organisationnelle.

Une réflexion sur les enjeux cliniques liés au processus d'implantation a également été amorcée lors du projet de stage. Dans quelle mesure la représentation de la problématique de la maltraitance chez l'intervenant influence leur participation au processus d'implantation du guide de pratique *En Mains*? Comment ce guide de pratique peut s'insérer à l'intérieur de la pratique des intervenants? Quelle place les intervenants accordent-ils à une démarche de réflexion éthique sur leur pratique?

De plus, plusieurs questions ont été soulevées à l'égard du processus d'implantation de ce guide de pratique, c'est-à-dire de la phase initiale (avant la formation) à la phase terminale (suite à la formation). Quelles approches et méthodes devraient être privilégiées afin de permettre une implantation la plus efficiente possible? Sur quel cadre théorique ce type d'implantation devrait-il s'appuyer? Quel public devrait être ciblé par ce processus d'implantation?

On peut également s'interroger sur les pistes prometteuses ou les bonnes pratiques lors du processus d'implantation de ce guide de pratique. Quelles sont les stratégies à envisager afin de favoriser l'appropriation et l'utilisation du guide de pratique *En Mains* auprès du personnel clinicien ainsi que les chefs de programme? Il importe de se pencher

sur les conditions à mettre en place afin de permettre l'enracinement de ce guide dans la pratique de ces intervenants.

3. Guide de pratique *En Mains*

Cette expérience de stage a, en effet, soulevé plusieurs questions en lien avec l'utilisation du guide de pratique *En Mains*. Puisque ce guide de pratique se situe au cœur de notre réflexion, il importe de le présenter à l'instant. Ainsi, cette section présente une description de ce guide de pratique, un survol des étapes menant à son développement, puis le programme de formation actuellement offert.

3.1 Présentation du guide de pratique En Mains

Le guide de pratique, *En Mains* (ENjeux éthiques, Maltraitance, Aînés, INtervention, Scénarios) se veut un arbre décisionnel dans le cas d'intervention en situation de maltraitance envers les personnes âgées (Beaulieu, 2010a). *En Mains* a été développé afin d'aider les intervenants psychosociaux, oeuvrant dans le réseau public ou communautaire (incluant l'économie sociale) en santé et services sociaux particulièrement dans leur réflexion éthique entourant leur prise de décision lors du processus d'intervention (Beaulieu, Leclerc & Bélanger, 2006).

En Mains propose trois scénarios d'intervention : la suspension de suivi, l'accompagnement et l'intervention visant à assurer plus de protection (Beaulieu, 2010a). Pour chacun de ces scénarios, il souligne les valeurs en jeu, propose des pistes de pratiques psychosociales et soulève de possibles enjeux psychosociaux et éthiques. *En Mains* a été développé de manière à ce que le processus d'intervention soit dynamique tenant compte à la fois de la progression de la situation, de la réflexion éthique du praticien sur son travail et des orientations à y donner. Ainsi, bien que chaque scénario

soit précis, l'évolution d'une situation de maltraitance peut amener l'intervenant à orienter son intervention selon l'un ou l'autre des scénarios.

La réflexion éthique représente un élément majeur de ce guide de pratique (Beaulieu, 2010a). L'intervenant est amené à questionner ses valeurs personnelles et professionnelles en lien avec des situations de maltraitance. *En Mains* invite l'intervenant à revoir sa pratique, à adopter une posture réflexive au cours du processus d'intervention. De plus, il incite au développement d'une analyse dans l'action.

3.2 Le développement du guide de pratique En Mains

En Mains est le fruit d'une démarche de recherche et d'action ayant débuté en 2000 par un projet de recherche visant à identifier les enjeux psychosociaux et éthiques de la pratique en situation de maltraitance envers les personnes âgées (projet subventionné par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada). Au départ, une recension des écrits sur les enjeux éthiques et psychosociaux de la pratique lors de situations de maltraitance a été réalisée (Beaulieu & Leclerc, 2006). Seize récits de pratique auprès d'intervenants expérimentés dans le domaine ont permis de mieux saisir les divers enjeux associés à la pratique (Beaulieu & Giasson, 2005; Beaulieu & Leclerc, 2006; Giasson & Beaulieu, 2004). Dans leurs recommandations concernant les suivis, les intervenants ont suggéré que soit produit un outil de travail souple et réflexif qui leur permet de baliser leur pratique.

Une première version d'un arbre décisionnel, nommé à l'époque *Questionnements lors d'intervention en matière de mauvais traitements*, a été développée en 2004-2005 (Beaulieu et al., 2006). La démarche de développement de cet outil a été éminemment itérative et participative; des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux (plus précisément de deux CLSC en Estrie) faisant usage du matériel et proposant les ajustements nécessaires. Ainsi, en se référant à l'approche de Bronfenbrenner (1977), on peut affirmer la validité écologique de l'outil par la richesse de sa démarche de coconstruction entre le milieu de la recherche et celui de la pratique.

De 2006 à 2007, un premier programme de formation a été conçu. Suite à une validation de la première version de *En-Main* avec des intervenants d'organismes communautaires et d'économie sociale, une deuxième version de *En-Main* a été rendue publique. S'en est suivi, entre 2007 et 2009, un second programme de formation remanié et la poursuite du processus de validation de *En-Main*. Depuis 2009, une troisième version de *En Mains* a été réalisée sous la forme d'un guide de pratique. Le nom a été modifié en laissant tomber le trait d'union et en ajoutant un « s » pour bien faire ressortir l'importance de chacun des 3 scénarios de pratique. Il a été adapté en anglais pour le Canada et la Grande-Bretagne. De plus, il a été reproduit et distribué sous la forme d'un livret en français et en anglais par le réseau NICE (Initiative nationale pour le soin des personnes âgées). Le programme de formation a subi un troisième ajustement et un manuel d'accompagnement à la formation a été développé (Beaulieu & Neesham-Grenon, 2010).

3.3 Présentation du programme de formation En Mains

La présente réflexion s'appuie sur l'utilisation du dernier programme de formation incluant le manuel d'accompagnement à la formation. Ce programme de formation propose plusieurs objectifs : (1) la mise à jour des connaissances en lien avec la maltraitance des personnes âgées, (2) l'identification des enjeux éthiques et psychosociaux de la pratique en contexte de maltraitance, (3) le développement d'une démarche d'intervention réflexive et éthique, (4) l'acquisition d'habiletés concernant l'utilisation du guide de pratique, (5) le développement d'une confiance en ses habiletés d'intervention en situation de maltraitance (Beaulieu, 2010b).

Ce programme de formation s'adresse principalement aux intervenants psychosociaux en santé et services sociaux du réseau publics ainsi qu'aux intervenants du réseau communautaire et d'économie sociale. Ainsi, la pratique des professionnels ciblés par ce programme de formation se centre autour de suivis psychosociaux. De plus, le personnel cadre ou de supervision de ces intervenants est également invité à participer à la journée de formation.

Le contenu du programme de formation se divise en deux volets (Beaulieu, 2010b). Dans un premier temps, on expose les enjeux soulevés par l'intervention en contexte de maltraitance. De manière plus précise, on aborde les obstacles à la divulgation, les trois moments de l'intervention, les enjeux et la dynamique de l'intervention puis la

complémentarité des approches. Le deuxième volet présente le guide de pratique *En Mains*, c'est-à-dire les étapes menant au développement du modèle actuel, les composantes du guide et son utilisation.

Plusieurs méthodes pédagogiques sont utilisées lors de la formation. Elle se donne principalement sous la forme d'un exposé où les participants sont invités à partager leurs expériences ou leurs questionnements liés à l'intervention en situation de maltraitance. En fin de formation, les participants sont invités à travailler en petites équipes en appliquant leur acquis de la formation à un exemple de leur pratique. Le soutien visuel consiste en une présentation d'un document PowerPoint (Beaulieu, 2010b) ainsi que l'utilisation du manuel d'accompagnement à la formation (Beaulieu & Neesham-Grenon, 2010). Ce programme se déroule sur une journée de formation qui réunit des professionnels provenant de mêmes ou différents milieux de pratique. La journée se clôt par la complétion d'une grille d'évaluation.

En somme, l'élaboration du programme de formation et du guide de pratique découle d'une démarche itérative et participative. Des changements ont été apportés au programme de formation et au guide de pratique en fonction de la réaction ou des commentaires des professionnels. Ainsi, ce processus de développement du guide de pratique et son programme de formation demeure à l'écoute de la réalité des milieux de pratique et, par le fait même, de la pratique psychosociale.

4. Problématique

L'usage d'un guide de pratique, tel que celui présenté dans la section précédente, se situe à l'intérieur d'une pratique psychosociale. En effet, l'outil clinique n'est pas neutre, il est étroitement lié au contexte de la pratique. Il importe donc de faire état de la pratique psychosociale en situation de maltraitance envers les personnes âgées afin de saisir les enjeux pouvant être rencontrés lors de telles interventions. En effet, la complexité des situations de maltraitance soulève plusieurs enjeux pour la pratique psychosociale. De plus, il semble pertinent de se questionner sur la portée et les limites de l'intervention en contexte de maltraitance. Que savons-nous de l'efficacité de l'intervention?

Les professionnels font usage d'outils cliniques dans leur pratique. Ces outils d'intervention encadrent la pratique et donnent des balises aux professionnels et gestionnaires. Quels sont les outils cliniques spécifiques à l'intervention en situation de maltraitance? Afin de répondre à cette question, une section de notre essai présente plusieurs outils cliniques développés afin de soutenir les professionnels dans leurs interventions en situation de maltraitance.

En plus des outils cliniques, les programmes de formation portant sur la maltraitance permettent aux professionnels de donner un cadre à leur pratique ou encore de proposer des stratégies d'intervention. À quoi ressemblent les programmes de formation? Que savons-nous de leurs effets sur la pratique? Ainsi, une section de cet essai porte sur les types de programme de formation ainsi que leurs impacts.

4.1 La pratique psychosociale dans les situations de maltraitance envers les personnes âgées

Les intervenants sont appelés à intervenir dans une diversité de situations de maltraitance. Bien qu'il y ait des similitudes quant aux dynamiques de violence, par exemple des caractéristiques des personnes maltraitées et de celles maltraitantes ou encore des dynamiques relationnelles, chaque situation est unique et demande aux professionnels d'ajuster leurs interventions en fonction de ses particularités. La pratique psychosociale en situation de maltraitance est complexe et amène les intervenants à surmonter plusieurs défis.

4.1.1 Enjeux soulevés par la pratique

S'intéressant aux enjeux éthiques et psychosociaux soulevés par la pratique dans les situations de maltraitance envers les personnes âgées, une recension des écrits fait ressortir cinq thématiques : une clarification de ses valeurs, le respect de l'autonomie, le respect de la confidentialité dans une pratique de collaboration, la responsabilité dans la lutte pour contrer la maltraitance, un processus d'équilibration de ses valeurs au cours de l'intervention (Beaulieu & Giasson, 2005; Beaulieu & Leclerc, 2006; Giasson & Beaulieu, 2004). Chacune de ces thématiques sera exposée.

La première thématique fait référence à l'importance pour les intervenants de clarifier et de distinguer leurs propres valeurs en lien avec diverses composantes directes ou indirectes de la maltraitance envers les personnes âgées (par exemple, le vieillissement,

la violence et les relations interpersonnelles). Avant d'amorcer un processus d'intervention, il est souhaitable que les intervenants se prêtent à l'exercice d'une réflexion éthique de leur pratique en situation de maltraitance et des valeurs en jeu.

L'intervention en situation de maltraitance soulève l'enjeu du respect de l'autonomie de la personne âgée maltraitée (Beaulieu & Leclerc, 2006). L'intervenant psychosocial évalue la capacité de la personne à prendre des décisions concernant sa situation en adoptant une approche la moins intrusive possible. Certaines situations soulèvent davantage de questionnement, par exemple dans le cas où l'on met en doute la capacité de la personne à prendre de telle décision. Ainsi, l'intervenant tente de favoriser l'auto-détermination de la personne.

La pratique dans les situations de maltraitance pose un dilemme entre le choix d'une approche de collaboration entre professionnels de même ou de différents services et celui du respect de la confidentialité (Beaulieu & Leclerc, 2006). Sachant qu'une approche collaborative représente une stratégie pour lutter contre la maltraitance (Abramson, 2005; Anetzberger, Dayton, Miller, McGreevey & Schimer, 2005; Baker & Heikemper, 2005; Dyer, Heisler, Hill & Kim, 2005; Mosqueda, Burnight, Liao & Kemp, 2004; Nerenberg, 2003; Teaster, Stansbury, Nerenberg & Stanis, 2009; Quinn & Heisler, 2002) et que certaines professions appelées à intervenir auprès de cette clientèle sont liées au secret professionnel inscrit dans leur code déontologique, dont les travailleurs sociaux, les médecins, les infirmiers et les ergothérapeutes, une question se pose : doit-on lever le

voile de la confidentialité afin de favoriser une telle collaboration? Voilà une réalité à laquelle ces professionnels sont confrontés.

La maltraitance envers les personnes âgées fait émerger une réflexion sur la responsabilité dans la lutte pour la contrer (Beaulieu & Leclerc, 2006). Est-ce une responsabilité sociale ou familiale? Dans leur pratique, les intervenants sont confrontés à ce dilemme. Finalement, les intervenants procèdent à un exercice d'équilibration de leurs valeurs tout au long du processus d'intervention (Beaulieu & Leclerc, 2006). Plusieurs questions se posent à différents moments de l'intervention. Par exemple, le choix d'intervenir ou non dans une situation de maltraitance, la priorisation des besoins de la personne maltraitée ou les démarches à entreprendre auprès de la personne maltraitante. Ainsi, l'intervenant doit continuellement se positionner selon l'évolution de la situation.

En conclusion, la pratique psychosociale en situation de maltraitance rencontre plusieurs enjeux suscitant une réflexion sur les manières d'intervenir. Cette recension des écrits pose un regard sur la pratique et démontre la nécessité de développer une démarche réflexive tout au long du processus d'intervention.

Synthèse en vue d'une pratique

Cette recension des écrits démontre la complexité de la pratique psychosociale en contexte de maltraitance. En effet, les professionnels peuvent se sentir moins habiletés à faire face à de pareilles situations. Les enjeux soulevés peuvent être très confrontants

pour les intervenants. Ils remettent en doute leurs habiletés d'intervention et ont moins confiance en leur intervention. En fait, cette recension démontre l'importance de développer une approche réflexive concernant sa pratique. Une question se pose : Le contexte actuel de la pratique permet-il aux professionnels de développer et de maintenir une approche réflexive quant à leur intervention? Il semble pertinent de se questionner sur l'influence du contexte de la pratique afin que les professionnels aient la disponibilité mentale et physique de développer une approche réflexive. Une pratique efficace en contexte de maltraitance nécessite une étape de préparation de la part des intervenants avant de débiter leur intervention. Le fait de prendre conscience des enjeux éthiques et psychosociaux soulevés par l'intervention en contexte de maltraitance aide à développer une pratique efficiente.

4.1.2 Réflexion sur la portée et les limites de l'intervention

La pratique psychosociale en contexte de maltraitance fait appel à une diversité d'approches. Certaines approches prédominent dans ce champ telles la protection des adultes, les programmes de violence conjugale, les programmes d'*advocacy*, un modèle intégré et une approche basée sur une coordination des acteurs impliqués dans la réponse à la maltraitance (*Coordinated Community Approach*) (Beaulieu et al., 2003). Ainsi avant de poser une réflexion sur la portée et les limites de l'intervention, il importe de présenter chacune de ces grandes approches.

L'approche centrée sur la protection des adultes repose sur un ensemble de services légaux, sociaux et de santé pour les personnes (Beaulieu et al., 2003). Cette approche est surtout utilisée lorsqu'il y a un cadre sociojuridique de protection des aînés. Les programmes de violence conjugale proposent, quant à eux, une diversité de services : l'intervention de crise, un partenariat avec le service policier, l'accompagnement pour la mise en place de mandat de protection de la cour, l'hébergement, des groupes de soutien pour la personne maltraitée et maltraitante, une thérapie individuelle ou familiale et l'éducation sur ses droits (Beaulieu et al., 2003).

Les programmes orientés vers une approche d'*advocacy* veillent au respect des droits et s'assurent de la réponse aux besoins d'une personne (McDonald, & Collins, 2000). L'intervention se doit d'être la moins intrusive et restrictive possible. Des services sont proposés tels : des services légaux et la publication de ressources éducatives liés aux enjeux légaux (Beaulieu et al., 2003).

Le modèle intégré fait référence à la mise en œuvre d'équipes multidisciplinaires de professionnels appartenant à différentes organisations (Beaulieu et al., 2003), ou pour reprendre un vocable plus en vogue, aux approches intersectorielles.. De telles équipes peuvent être constituées, par exemple, d'avocat, de la police, de travailleur social de centre hospitalier ou d'organisme communautaire. On retrouve une variété d'objectifs au sein de ces équipes: offrir un espace permettant la discussion de situations particulières de maltraitance, aider à la résolution de conflit à l'intérieur d'organisation en lien avec la

pratique en situation de maltraitance ou offrir des services peu accessibles dans le réseau, par exemple des consultations légales ou médicales.

L'approche basée sur une coordination des acteurs impliqués dans la réponse à la maltraitance, quant à elle, s'appuie sur le principe d'un partage de responsabilités (Beaulieu et al., 2003). La problématique de la maltraitance envers les personnes âgées représente une responsabilité sociale où la réponse est collective, c'est-à-dire que les acteurs impliqués dans sa lutte ont tous des rôles à jouer. Une telle approche suppose la mise en œuvre d'une liste des ressources de la communauté en lien avec la maltraitance, le partage d'une compréhension commune de la maltraitance, la promotion d'un climat de confiance entre les partenaires, l'information sur les services offerts par les partenaires, le développement de protocole entre organismes et la création d'un réseau de soutien entre les fournisseurs de services. En conclusion, les approches dans le champ de l'intervention en maltraitance sont diversifiées, chacune reposant sur une vision de la problématique et des manières d'y répondre qui lui sont propres.

Peu d'études s'intéressent à l'efficacité de l'intervention dans les situations de maltraitance envers les personnes âgées. Déjà en 1997, Wolf soulignait, un manque de données sur le sujet. Récemment, une recension systématique des écrits utilisant des critères strictes d'inclusion en vient au même constat (Ploeg, Fear, Hutchison, MacMillan & Bolan, 2009). Les études retenues devaient répondre à huit critères : (1) l'étude traite de la maltraitance envers les personnes âgées de 60 ans et plus; (2) l'article décrit

l'intervention concernant une ou plusieurs formes de maltraitance : physique, psychologique, financière ou de la négligence; (3) l'article porte sur une intervention destinée à une personne, des professionnels ou la communauté; (4) l'article comprend les résultats de l'évaluation; (5) il s'agit d'une étude primaire; (6) l'étude utilise des méthodes quantitatives; (7) l'étude utilise un groupe de comparaison; (8) l'étude est publiée en anglais. Sur la base de ces critères, seules huit études ont été retenues.

La recension des écrits de Ploeg et al. (2009) permet de constater que la plupart des études publiées sur le sujet comportent des limites méthodologiques importantes, ce qui empêchent de tirer de solides conclusions quant à l'efficacité de l'intervention. Néanmoins, deux études évaluant la récurrence de situations de maltraitance viennent à la conclusion que les participants ayant bénéficié de l'intervention avaient un taux de récurrence de maltraitance plus élevé que ceux n'ayant pas eu d'intervention ou ayant reçu très peu d'intervention (Davis, Medina & Avitabile, 2001; Davis & Medina-Ariza, 2001; Filinson, 1993).

Quatre études s'intéressent à l'impact de l'intervention sur la résolution de la situation de maltraitance et aucune d'entre elles ne démontrent des différences significatives entre les groupes (Brownell & Heiser, 2006; Brownell & Wolden, 2002; Filinson, 1993; Sengstock, Hwalek, & Stahl, 1991). Deux études évaluant l'impact d'un programme d'intervention sur certains aspects psychosociaux des clients, par exemple la dépression, le sentiment de culpabilité, l'estime de soi et les problèmes familiaux (Brownell &

Heiser, 2006) ou encore, le bien-être psychologique et l'estime de soi (Davis & Medina-Ariza, 2001), arrivent à la conclusion qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes. Cependant, une étude constate que lorsqu'une intervention est réalisée, l'isolement social de la personne tend à diminuer (Filinson, 1993). Les auteurs de cette recension des écrits soulignent l'importance de réaliser des recherches de qualité permettant de connaître l'efficacité des programmes d'intervention (Ploeg et al., 2009).

Synthèse en vue d'une pratique

Dans un premier temps, cette réflexion sur la portée et les limites de l'intervention en contexte de maltraitance exposait les grandes approches d'intervention. Ce bref tour d'horizon souligne la variété des manières de concevoir le problème de la maltraitance. Il n'y a donc pas de consensus quant aux représentations et aux actions à mettre en place pour contrer le problème. Les professionnels appelés à intervenir dans de telles situations travaillent en collaboration avec d'autres professionnels et organismes pouvant partager ou non leur vision du problème et des manières d'y répondre. Ainsi, la pluralité d'approches peut donner lieu à la rencontre de visions différentes et engendrer des différences quant à la manière de mener l'intervention. Il serait donc souhaitable que les professionnels prennent conscience de l'approche qu'ils privilégient et celles de leurs collaborateurs.

Dans un deuxième temps, une réflexion sur la portée et les limites de l'intervention était proposée. Les constats tirés de la recension systématique de Ploeg et al (2009) sur

l'intervention dans le champ de la maltraitance portent à réfléchir. Notons qu'il importe de souligner que cette étude a utilisé des critères d'inclusion importants qui ont pu restreindre leurs résultats. Ainsi, 173 études ont été rejetées puisqu'elles ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Parmi les critères d'inclusion utilisés dans cette recension, on retrouve le choix de méthode de recherche quantitative; ce faisant, la recension exclut les études ayant utilisé une méthodologie qualitative. Il aurait été intéressant de connaître les résultats de telles études et on peut se demander si les constats de la recension auraient été différents avec l'inclusion d'études utilisant une méthode qualitative.

Dans le même ordre d'idée, les études retenues devaient comprendre un groupe de comparaison. Ce faisant, les auteurs ont écarté 45 études dont le devis n'incluait pas de groupe de comparaison (Ploeg et al., 2009). Quels sont les résultats de ces études? En viennent-elles aux mêmes conclusions que celles présentées dans la recension de Ploeg et al. (2009)? Le choix des critères d'inclusion des études retenues influence les conclusions de cette recension. En somme, il serait intéressant de réaliser une recension abordant le même sujet, mais en utilisant des critères beaucoup moins restrictifs.

Les conclusions de cette recension s'appuient sur huit études répondant à d'importants critères d'inclusion. Une prochaine recension portant sur le même sujet, mais en utilisant des critères d'inclusion moins restrictifs, permettrait de tirer des conclusions plus généralisables. Néanmoins, cette recension porte à s'interroger sur

l'efficacité de l'intervention et de la nécessité de réaliser des études pouvant démontrer les effets des interventions en situation de maltraitance.

Pour conclure, la pratique psychosociale en contexte de maltraitance comporte plusieurs défis pour les professionnels constamment appelés à remettre en question leurs actions et pour les chercheurs avides de connaître son efficacité. Après avoir dressé un portrait de la pratique psychosociale, nous présentons certains outils cliniques utilisés en intervention en contexte de maltraitance.

4.2 Usage d'outils cliniques en maltraitance envers les personnes âgées

Les outils cliniques proposent des lignes directrices quant aux stratégies à mettre en place selon des problématiques particulières. Dans le champ de la maltraitance, on retrouve très peu d'outils cliniques d'intervention ayant été validés. Soulignons également que la majorité des outils développés sont en anglais, une traduction vers le français de ces outils cliniques représente un enjeu non négligeable. À notre connaissance, seulement le guide de pratique *En Mains* est disponible en version originale française. Cette section présente cinq outils cliniques d'intervention en contexte de maltraitance.

L'Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse (ONPEA) a développé un Programme de base et guide de ressources dans lequel on retrouve, entre autres, un arbre décisionnel guidant les professionnels dans leur intervention en situation de maltraitance (ONPEA, 2008), plus spécifiquement pour la réalisation d'un plan d'intervention.

L'Adult Abuse and Neglect Response Flow Chart est un outil d'intervention en situation de maltraitance qui a été développé à l'intérieur du programme de formation, Re :act par le Vancouver Coastal Health. Cet outil guide les intervenants dans leur démarche en ciblant les professionnels à rejoindre selon l'évolution de la situation (Spencer, 2010). L'outil est conçu pour être utilisé auprès de personnes ayant des incapacités physiques ou cognitives incapables de défendre leurs droits ou demander de l'aide par leurs propres moyens.

L'outil d'intervention *Service Provider Screening Guide for Elder Abuse* présente les définitions des formes de maltraitance, les indicateurs de situation de maltraitance et des stratégies d'intervention (Spencer, 2010). Notons que l'Edmonton Elder Abuse Consultation Team a adapté cet outil. L'outil propose des lignes directrices quant aux stratégies à utiliser sans pour autant offrir un accompagnement pas à pas tout au long du processus d'intervention (Alberta Elder Abuse Awareness Network & Gouvernement of Alberta, n.d.). Il offre des exemples de question permettant de dépister une situation de maltraitance puis il propose des pistes d'intervention afin d'informer la personne maltraitée des services offerts et des pistes d'intervention lors de situation d'urgence. Bien que Spencer (2010) présente ce guide comme un outil d'intervention, il semble qu'il correspond davantage à un outil de dépistage. Les stratégies proposées se situent au début du processus d'intervention sans vraiment aborder celles qui doivent être déployées au cours de l'accompagnement psychosocial. En somme, cet outil est utile pour le dépistage de situation de maltraitance, mais il demeure incomplet.

Bomba (2006) a développé un outil d'intervention le *Principles of Assessment and Management of Elder Abuse Tool*. Bien qu'à l'origine, cet outil s'adressait aux médecins, d'autres professions s'en sont appropriés (les professionnels des soins de santé, les travailleurs sociaux, le personnel des services médicaux d'urgence ainsi que le personnel des banques). L'outil présente les principes soutenant l'évaluation et l'intervention en

situation de maltraitance incluant un arbre décisionnel, les lignes directrices des bonnes pratiques et des questions liées au dépistage de telles situations.

L'Ontario Association of Social Workers a publié un livre, également disponible en français, afin de soutenir les travailleurs sociaux dans leurs interventions en contexte de maltraitance (Ontario Association of Social Workers, 2009). Ce guide a été développé en collaboration avec des professionnels et chercheurs impliqués dans le champ de la maltraitance. Plusieurs thématiques sont abordées : définition de la maltraitance, l'origine de telles situations, les facteurs de risque, des enjeux éthiques et les valeurs, l'identification et l'évaluation, l'intervention et des arbres décisionnels, le respect de la diversité, les rôles des acteurs et les ressources disponibles.

Ce guide présente de nombreuses informations concernant l'étape de l'intervention en situation de maltraitance (Ontario Association of Social Workers, 2009). En effet, il expose les principes fondateurs de l'intervention, par exemple de favoriser une intervention la moins intrusive possible, le respect de l'auto-détermination et l'importance du lien de confiance. Il détermine des partenaires pouvant soutenir les intervenants, en plus d'expliquer à quel moment les intervenants doivent référer la situation à d'autres organismes ou professionnels. Ce guide propose également différentes stratégies à différents niveaux de l'intervention : recourir à une approche d'empowerment, informer sur la problématique, prendre un rôle d'advocacy et connaître les ressources disponibles.

Huit arbres décisionnels sont proposés afin de guider les intervenants, soit deux arbres pour chaque forme de maltraitance (physique, psychologique, négligence et exploitation financière) : Le premier arbre est utilisé dans les situations où la personne est capable de prendre des décisions pour elle-même et l'autre dans le cas où la personne est incapable de prendre des décisions pour elle-même. Chaque arbre décisionnel guide les intervenants en fonction de l'état de la situation et propose des stratégies d'intervention. Soulignons que la maltraitance de type sexuelle est incluse la maltraitance de type physique.

Les outils cliniques d'intervention présentent à la fois des avantages et des limites pour la pratique. Ils offrent une ligne directrice dans le choix des actions à réaliser en plus de standardiser la pratique (Spencer, 2010). Étant donné la diversité des législations en vigueur selon les régions, ces outils cliniques ne peuvent être utilisés dans tous les milieux. Par exemple, le *Principles of Assessment and Management of Elder Abuse Tool* développé aux États-Unis est difficilement applicable au contexte de la pratique canadienne. De plus, peu d'outils permettent un retour en arrière au cours d'intervention, c'est-à-dire qu'ils ne prennent pas en considération que la situation peut évoluer en cours de route (Spencer, 2010).

De manière générale, les subtilités quant au degré d'inaptitude de la personne sont difficilement prises en considération par les outils cliniques (Spencer, 2010). Nous

faisons référence à la notion d'inaptitude partielle de la personne où elle est en mesure de prendre des décisions sur certains aspects de sa vie. De plus, les outils ont de la difficulté à prendre en compte la dynamique derrière la situation de maltraitance et l'importance de la création du lien de confiance dans l'intervention. Il importe de ne pas s'appuyer uniquement sur l'utilisation d'outil clinique, mais d'utiliser son jugement clinique. Finalement, la formation sur l'utilisation de l'outil ainsi que la présence de soutien aux professionnels en début d'utilisation sont bénéfiques.

Synthèse en vue d'une pratique

Les outils cliniques présentés sont inégaux en qualité et en profondeur du contenu. Par exemple, le guide de l'Ontario Association of Social Workers (2009) présente de manière détaillée plusieurs aspects de l'intervention. Les arbres décisionnels sont complets et offrent un accompagnement soutenu aux intervenants selon différentes situations. D'un autre côté, le guide adapté par l'Edmonton Elder Abuse Consultation Team offre des stratégies d'intervention de manière générale sans proposer des bases solides pour l'intervention en contexte de maltraitance (Alberta Elder Abuse Awareness Network & Government of Alberta, n.d.). *L'Adult Abuse and Neglect Response Flow Chart* (Spencer, 2010) offre très peu de détails quant aux stratégies d'intervention. L'outil mentionne qu'il faille référer la situation à un travailleur social, réaliser une intervention, soutenir et suivre le protocole de violence domestique. Ainsi, sans ce protocole d'intervention, le guide est incomplet. En conclusion, nous pouvons observer deux tendances : des outils peu détaillés et d'autres ressemblant davantage à un manuel

couvrant plusieurs aspects de l'intervention. Ces outils présentent des finalités différentes. En effet, ceux étant plus brefs permettent d'orienter rapidement ses interventions, alors que les outils étant élaborés offrent une réflexion profonde sur l'intervention à réaliser.

Le faible nombre d'outils cliniques concernant l'intervention en situation de maltraitance ayant été validés et disponibles en version française porte à réfléchir. Parmi les outils présentés, le guide de l'Ontario Association of Social Worker est seul traduit en français. À notre connaissance, seul le guide de pratique, *En Mains*, a été développé à l'origine en français. Bien que plusieurs formations du guide de pratique *En Mains* aient été données sur le territoire québécois, plusieurs professionnels ignorent toujours l'existence de cet outil clinique. Ces constats nous amènent à se demander sur quels outils cliniques les professionnels s'appuient en contexte de maltraitance et s'ils utilisent des outils cliniques d'intervention dans de telles situations.

En somme, cette réflexion souligne certaines lacunes quant à l'usage d'outils cliniques en contexte de maltraitance. D'abord, nous en avons relevé peu, soit cinq. Les outils cliniques d'intervention sont peu connus et peu accessibles. La traduction et l'adaptation de ces outils cliniques seraient pertinentes pour l'amélioration de la pratique psychosociale et, par le fait même, pour contrer cette problématique sociale. De plus, nous constatons l'importance de la diffusion des outils cliniques auprès des professionnels et des gestionnaires. Quels sont les moyens efficaces pour les faire

connaître? Le transfert de connaissance peut se faire au moyen de programme de formation. Il importe de se demander si les guides de pratique doivent être accompagné d'une formation?

4.3 Les programmes de formation dans le champ de la maltraitance envers les personnes âgées

Les programmes de formation concernant la maltraitance envers les personnes âgées jouent un rôle central dans la réponse à la maltraitance. Dès 1994, Tilden et al. désignaient la formation des intervenants comme un facteur favorisant l'évaluation et l'intervention en situation de maltraitance. Les intervenants ayant des connaissances sur cette problématique ont davantage tendance à soupçonner des situations de maltraitance. Les résultats d'une autre étude vont dans le même sens, c'est-à-dire les intervenants s'engagent davantage à intervention lorsqu'ils ont reçu une formation (Bell, Oyebode & Oliver, 2004). Cette section présente, dans un premier temps, les types de programme de formation dans le champ de la maltraitance envers les personnes âgées puis l'impact de ces programmes.

4.3.1 Types de programmes de formation

Une recension systématique des programmes éducatifs dans le domaine de la maltraitance envers les personnes âgées souligne le faible nombre de programmes ayant fait l'objet de publication dans les revues scientifiques (Beaulieu, Brunet, Neesham-Grenon & Yaffe, non publié). Le corpus est composé de dix-sept articles répondant aux cinq critères d'inclusion : (1) le programme devait s'adresser à des intervenants ou des professionnels de la santé et des services sociaux; (2) il cherchait à développer les connaissances, les habiletés ou les compétences; (3) il abordait les notions de dépistage, de l'évaluation ou de l'intervention en situation de maltraitance envers les personnes

âînées; (4) il a fait l'objet d'une évaluation; et (5) il présentait une description du contenu de la formation et des méthodes pédagogiques utilisées. Cette recension permet de constater, entre autres, que très peu de programmes ont été évalués.

Il est difficile de dresser des portraits types de programme de formation. Les objectifs de formation sont très variés passant du développement d'habiletés d'intervention (Famakinwa & Fabiny, 2008; Radensky & Parikh, 2008; McGarry & Simpson, 2007; Neikrug, 2004; Fisher et al., 2003; Richardson, Kitchen & Livingston, 2002; Robbins, 2002; Anetzberger et al., 2000; Teitelman & O'Neil, 1999; Jogerst & Ely, 1997; Hughes, 1995; Vinton, 1993; Weiner, 1991; Gold & Gwyther, 1989), au développement de connaissances sur la problématique (Famakinwa & Fabiny, 2008; Radensky & Parikh, 2008; McGarry & Simpson, 2007; Neikrug, 2004; Robbins, 2002; Sadler & Sorensen, 2000; Teitelman & O'Neil, 1999; Hughes, 1995; Vinton, 1993; Weiner, 1991), à la mise en place de protocole d'intervention inter et intra-établissement (Connell-Carrick & Scannapieco, 2008; Radensky & Parikh, 2008; Sadler & Sorensen, 2000) ou encore au fait de favoriser une réflexion sur sa pratique (Connell-Carrick & Scannapieco, 2008; McGarry & Simpson, 2007; Robbins, 2002; Hughes, 1995). Soulignons que la majorité des programmes visent plusieurs objectifs à la fois (Connell-Carrick & Scannapieco, 2008; Famakinwa & Fabiny, 2008; Radensky & Parikh, 2008; McGarry & Simpson, 2007; Neikrug, 2004; Robbins, 2002; Sadler & Sorensen, 2000; Teitelman & O'Neil, 1999; Hughes, 1995; Vinton, 1993; Weiner, 1991).

Ces programmes de formation s'adressent à un public varié. Certains s'inscrivent dans le cadre d'une formation initiale pour des étudiants en médecine, soins infirmiers et service social (Famakinwa & Fabiny, 2008; McGarry & Simpson, 2007; Neikrug, 2004; Robbins, 2002; Jogerst & Ely, 1997). D'autres offrent une formation continue à des professionnels en relation d'aide (Connell-Carrick & Scannapieco, 2008; Radensky & Parikh, 2008; Pauls & MacRae, 2006; Fisher et al., 2003; Richardson et al., 2002; Anetzberger et al., 2000; Teitelman & O'Neil, 1999; Hughes, 1995; Weiner, 1991; Gold & Gwyther, 1989) ou du milieu de la santé (Radensky & Parikh, 2008; Richardson et al., 2002; Sadler & Sorensen, 2000; Hughes, 1995; Weiner, 1991). En somme, les contenus des programmes sont tous uniques, par conséquent il est difficile d'identifier un portrait type de ces programmes ou encore, des éléments transversaux. Après avoir présenté les formes de programmes de formation, il importe de se questionner sur leurs effets sur la pratique.

4.3.2 Impacts des programmes de formation

Étant donné le peu d'études publiées sur l'évaluation des programmes de formation dans le domaine de la maltraitance envers les personnes âgées, il est difficile de tirer des conclusions sur l'impact de ces programmes chez les professionnels et sur les milieux de pratique. Néanmoins, certaines études, tirées d'une recension systématique des écrits, font état de résultats d'évaluation des programmes de formation (Beaulieu et al., non publié). Deux thématiques d'évaluation émergent de cette recension des écrits : l'évaluation des connaissances et l'évaluation des habiletés d'intervention.

4.3.2.1 Évaluation des connaissances

Premièrement, cinq études évaluent l'état des connaissances des participants à la suite d'une formation. Pour tous ces programmes évalués, on constate une amélioration des connaissances.

Citons en exemple, une étude, réalisée à North London en Grande-Bretagne qui compare l'efficacité d'une formation donnée sous la forme d'un cours versus des documents écrits, remis aux participants, sur la pratique des professionnels en situation de maltraitance (Richardson et al., 2002). Cette étude est une des rares à procéder à la randomisation des participants à l'intérieur de deux groupes. Les participants (N=64) répondent à un questionnaire avant et après l'étude. Les résultats démontrent que les participants ayant moins de connaissances au départ ont le plus appris et que l'apprentissage était associé au fait d'avoir reçu une formation sous la forme d'un cours (83.9 %) plutôt que la lecture de documents écrits (15.2 %).

Une autre étude réalisée en Floride, où le signalement de situation de maltraitance est obligatoire, présente l'évaluation d'un programme de formation (Vinton, 1993). La formation vise à informer sur la problématique et la législation s'y rapportant, à favoriser l'appropriation du rôle de signalement des situations de maltraitance, à connaître le protocole lié au signalement et maîtriser les principes de l'*Adult Protective Service*. Un questionnaire avant et après la formation permet d'évaluer les connaissances sur la

législation, la prévalence, l'origine de la maltraitance et les principes de l'*Adult Protective Service*. Les résultats démontrent, suite à la formation, une amélioration des connaissances concernant la législation et les prérequis liés au protocole de signalements. L'auteur de l'étude rapporte que près d'un cinquième des participants ignorait, avant la formation, travailler dans un État où le signalement est obligatoire et il conclut en soulignant l'importance d'offrir des programmes de formation.

Une troisième étude s'intéresse à l'efficacité d'un programme de formation visant à implanter un protocole intersectoriel pour contrer la maltraitance (Sadler & Sorensen, 2000). Ce programme de formation comprend trois ateliers portant sur : (a) les caractéristiques des personnes maltraitées et maltraitantes; (b) le développement de procédures et politiques internes; (c) le développement d'un protocole intersectoriel. L'évaluation du programme de formation s'intéresse, entre autres, aux connaissances liées au protocole intersectoriel. Les résultats de l'auto-évaluation des participants (N=525) avant et après la formation démontrent une amélioration des connaissances.

Une autre étude s'intéresse au programme de formation de nouveaux employés de l'*Adult Protective Services*, au Texas (Connell-Carrick & Scannapieco, 2008). Ce programme de formation, d'une durée de trois mois, vise à faire connaître les principes, les politiques et la pratique de cet organisme. Quatre-vingt dix-huit pour cent des participants (N=399) estiment que le programme de formation leur a permis d'acquérir les connaissances de base requises pour réaliser leur travail.

Une dernière étude décrit un programme de formation visant à informer des professionnels du milieu de la santé et des services sociaux sur la problématique de la maltraitance, à améliorer leurs habiletés de dépistage et d'évaluation de situation de maltraitance ainsi qu'améliorer leurs stratégies d'intervention (Weiner, 1991). Utilisant des questionnaires d'évaluation après la formation, l'étude mentionne, sans davantage de précision, que l'objectif du programme a été atteint, c'est-à-dire de sensibiliser les professionnels à la problématique de la maltraitance. Pour conclure, les résultats de ces études démontrent l'efficacité des programmes de formation afin d'améliorer les connaissances des participants.

4.3.2.2 Évaluation des habiletés d'interventions

Une deuxième thématique d'évaluation émerge de cette recension des écrits, c'est-à-dire l'évaluation des habiletés d'interventions des participants à la suite de la formation (Beaulieu et al., non publié). Quatre études exposent des résultats de l'évaluation des habiletés d'interventions. De manière générale, les résultats des études sont concluants, c'est-à-dire que ces programmes semblent améliorer les habiletés d'intervention.

Une étude a procédé à l'évaluation d'un programme de formation poursuivant les objectifs d'enseigner aux internes de médecine familiale le processus d'évaluation d'une situation de maltraitance ainsi que l'évaluation des capacités de leur patient à prendre leurs propres décisions (Jogerst & Ely, 1997). L'évaluation de l'efficacité de la formation s'effectue en comparant deux groupes, soit un groupe ayant reçu la formation et l'autre non. Les résultats indiquent que les participants ayant reçu la formation ont une meilleure auto-évaluation de leur aisance à dépister des situations de maltraitance par rapport à ceux qui ne l'ont pas reçue. Soulignons que les participants de l'étude sont constitués de deux cohortes d'étudiants, soit des étudiants ayant gradué entre 1977 et 1984 n'ayant pas reçu de formation et des étudiants ayant gradué entre 1985 et 1992 l'ayant reçue.

L'étude de Sadler & Sorensen (2000), mentionnée précédemment, fait également état d'une évaluation des effets de la formation sur les habiletés d'intervention des participants. Le questionnaire d'autoévaluation porte, entre autres, sur les habiletés à planifier une intervention selon le nouveau protocole intersectoriel. Au post-test, la

majorité des répondants estiment être en mesure de planifier une intervention selon ce nouveau protocole (67,6 % ont répondu « oui » et 28,9 % ont répondu « la plupart du temps »).

Un autre programme vise à former un formateur sur le dépistage de situation de maltraitance (Radensky & Parikh, 2008). Ce programme poursuit plusieurs objectifs : mettre en place un processus de formation continue; améliorer la communication entre les professionnels et les organismes partenaires; parfaire le dépistage de situation et des interventions subséquentes; développer des connaissances et connaître les autres ressources. Bien que les données relatives aux résultats de l'étude ne soient pas publiées, les auteurs de l'étude expliquent que les résultats démontrent qu'à la suite de la formation, il y a eu davantage de signalements de situation de maltraitance que l'année précédente.

L'étude de Connell-Carrick & Scannapieco (2008), mentionnée précédemment, rapporte également les résultats d'une évaluation sur les habiletés des participants à la suite de la formation. Ainsi, les participants (N=399) se disent plus confiants dans leurs habiletés à évaluer les situations de maltraitance de type physique (M=3,25) et de négligence (M=3,32), mais ils sont moins confiants pour l'évaluation des situations de maltraitance de type sexuel (M=3,04) et l'abus financier (M=3,11). Ils se sentent également en mesure de développer un plan de service pour leurs clients (M=3,19). En

conclusion, l'évaluation des habiletés d'intervention à la suite d'une formation semble positive.

Synthèse en vue d'une pratique

Plusieurs constats peuvent être tirés de cette recension des écrits sur les programmes de formation dans le champ de la maltraitance. Premièrement, il existe une grande variété de type de programmes de formation. Les objectifs des programmes de formation sont également très diversifiés. Par conséquent, il est difficile de dresser des portraits types des programmes de formation. De plus, très peu d'études exposant les résultats d'évaluation des programmes sont disponibles. Parmi ceux présentés à l'intérieur de cette recension des écrits, deux thématiques d'évaluation émergent : l'évaluation des connaissances et des habiletés d'intervention. Dans les deux cas, les résultats démontrent une amélioration des connaissances ou des habiletés d'intervention après avoir reçu un formation. Ces conclusions portent à réfléchir, entre autres, sur la disponibilité de résultats d'évaluation de programme de formation.

En effet, cette recension démontre la faible quantité d'études publiées présentant l'évaluation d'un programme de formation. La description des résultats des évaluations est très limitée, par conséquent cette limite méthodologique restreint la portée de l'interprétation des résultats des études. D'autres études présentant de manière plus explicite les résultats de l'évaluation sont souhaitables afin d'être en mesure de tirer de solides conclusions.

De plus, les programmes de formation ont un rôle important à jouer dans le développement professionnel. Bien que les intervenants acquièrent des connaissances et développent leurs habiletés d'intervention « sur le terrain », il en demeure pas moins que les programmes de formation donnent des balises à la pratique. Ainsi, il serait souhaitable de connaître de manière plus approfondie l'efficacité des programmes de formation et qu'ils soient davantage offerts aux professionnels.

Pour conclure, après avoir présenté une réflexion sur la pratique psychosociale en contexte de maltraitance, l'usage d'outil clinique et les programme de formation, il importe d'aborder les enjeux pouvant être rencontré lors de l'implantation du guide de pratique *En Mains*.

**5. Enjeux de pratique associés à l'appropriation d'un guide de pratique,
le cas spécifique d'En Mains**

L'implantation d'un guide de pratique au sein d'une équipe de professionnels représente un processus complexe où plusieurs défis peuvent être rencontrés à différents moments. Cette section porte sur les enjeux de pratique liés à l'appropriation du guide de pratique *En Mains*. Elle s'inspire donc d'une expérience de stage mentionnée précédemment tout en prenant appui sur la littérature scientifique. Divers enjeux seront soulevés en lien avec la pratique, les connaissances, la motivation, la participation et l'implantation des interventions du programme.

5.1 Enjeux liés au contexte de la pratique

La pratique psychosociale évolue au fil des ans, suivant les transformations des politiques sociales, de l'organisation des services et de l'émergence de problématiques sociales. L'évolution des connaissances concernant les problèmes sociaux et l'intervention transforme également la pratique psychosociale. Le contexte organisationnel et social agit sur la pratique et, par le fait même, sur l'appropriation et l'utilisation de guides de pratique par les professionnels. Il importe de connaître les défis à relever quant à l'appropriation et l'utilisation du guide de pratique. Lors de la réalisation du projet de stage, plusieurs obstacles liés au contexte de la pratique ont été rencontrés : la surcharge de travail, le roulement de personnel et l'absence ou le faible soutien offert.

5.1.1 La surcharge de travail

Actuellement, la pratique psychosociale à l'intérieur des services de santé et de services sociaux auprès des personnes âgées est caractérisée par une charge de travail de plus en plus imposante. Les demandes d'aide gagnent en importance et l'offre de services peine à suffire à la demande. Ainsi, les professionnels doivent composer avec cette réalité de pratique.

Dans le cadre du projet de stage, cette réalité a été bien visible et souvent nommée par les professionnels. Par conséquent, l'alourdissement de leur charge de travail influence leur disponibilité à s'approprier et utiliser le guide de pratique *En Mains*. En effet, les intervenants avaient peu de temps à consacrer à s'approprier le contenu et à s'exercer à utiliser ce guide. Soulignons qu'*En Mains* est basé sur une pratique réflexive qui demande de prendre un temps de recul sur sa pratique. À la lumière de l'expérience de stage, la surcharge de travail des professionnels représente donc un obstacle à l'appropriation et l'utilisation du guide de pratique *En Mains*.

La littérature scientifique dans le champ de la maltraitance traite également de cet enjeu. Sadler (2000) souligne la difficulté des fournisseurs de services à implanter un protocole de service étant donné leur importante charge de travail. Il précise également la difficulté pour les intervenants d'accorder suffisamment de temps à l'intervention en situations de maltraitance qui sont, soulignons-le, souvent complexes.

Le programme *Financial Abuse Specialist Team* (FAST) constitue un autre exemple de l'influence du contexte de la pratique sur l'actualisation d'un nouveau protocole d'intervention (Malks, Schmidt & Austin, 2002). L'efficacité du programme comporte également certains défis pour les intervenants. En effet, le signalement de situation d'abus financier a augmenté de 60 % durant la première année de l'implantation du programme ce qui a affecté la réponse des intervenants. Ils avaient donc de la difficulté à enquêter et intervenir rapidement suite au signalement. Dans ce cas-ci, la surcharge de travail causée par l'efficacité du programme amène une diminution de l'efficacité de la réponse des intervenants. Ainsi, les conditions de pratique liées à une importante charge de travail influencent l'appropriation et l'utilisation d'un nouvel outil clinique. En somme, les résultats de ces études tendent dans le même sens que nos observations en cours de stage.

5.1.2 Le roulement de personnel

Un deuxième enjeu lié au contexte de la pratique fait référence au roulement de personnel à l'intérieur des services de santé et de services sociaux destinés aux personnes âgées. Cette réalité de pratique a été observée lors de la réalisation du projet de stage. Dans le cas de ce milieu de pratique, l'équipe des services au soutien à domicile est confrontée à de fréquents départs d'intervenants. Lors de la réalisation du projet, il nous a été mentionné que la pratique psychosociale auprès des personnes âgées n'est pas prisée par la majorité des intervenants. Une tendance semble s'installer dans ce milieu de pratique, c'est-à-dire que les postes sont souvent comblés par des finissants désirant

acquérir de l'expérience, sans toutefois que leurs intérêts soient au départ ou encore se développent pour cette clientèle. Dès qu'ils se voient offrir la possibilité de travailler avec leur clientèle de prédilection, ils quittent les services de soutien à domicile. Ainsi, les gestionnaires et professionnels au soutien à domicile doivent composer avec la difficulté d'assurer une continuité dans l'appropriation et l'utilisation du guide de pratique en l'absence d'une forte permanence dans l'équipe.

Cet enjeu est également souligné dans la littérature scientifique, ce qui amène Pillemer & Hudson (1993) à recommander que soit offert le programme de formation plus d'une fois par année pour assurer sa pérennité en contexte de fort roulement du personnel. C'est la seule façon d'assurer une pérennité à travers les années.

5.1.3 L'absence ou le faible soutien offert

Plusieurs obstacles découlant du contexte de la pratique ponctuent la vie des professionnels. Le manque de soutien clinique et professionnel en fait partie (Beaulieu & Giasson, 2005). Le soutien offert aux intervenants joue un rôle important dans l'appropriation d'un guide de pratique. Ce soutien peut être offert par les gestionnaires et/ou par les conseillers cliniques de l'équipe d'intervenants. Il peut se matérialiser sous diverses formes. Il peut s'agir d'un accompagnement clinique où des situations d'intervention sont discutées et l'application du guide de pratique est abordée. Le soutien peut se concrétiser par la modification de l'organisation du travail des intervenants, par

exemple favoriser les rencontres d'équipe abordant des discussions cliniques entourant l'utilisation du guide de pratique.

L'expérience de stage a permis de souligner l'importance de la présence d'un soutien afin de favoriser l'appropriation et l'utilisation du guide de pratique *En Mains*. À notre connaissance, aucun soutien clinique n'a été offert aux intervenants en lien avec l'utilisation du guide de pratique *En Mains*. De plus, aucun changement au plan organisationnel n'a été fait afin de soutenir les intervenants dans leur appropriation et utilisation du guide de pratique. Spencer (2010) explique que les outils cliniques sont plus profitables pour la pratique lorsque les intervenants reçoivent du soutien durant leur apprentissage et leur appropriation de l'outil. Ainsi, un manque de soutien constitue un enjeu pour l'appropriation du guide de pratique. Soulignons que la démarche entourant le développement du guide de pratique *En Mains* insiste sur l'importance d'un soutien clinique (Beaulieu & Neesham-Grenon, sous presse).

Certaines études exposent également cet enjeu. Par exemple, l'évaluation d'un projet pilote proposant une formation aux professionnels intervenants en situation de maltraitance et la mise en place d'un intervenant sénior, souligne l'importance d'accorder à l'intervenant sénior une période préparatoire avant l'implantation du programme (O'Dwyer & O'Neill, 2008). De plus, l'étude souligne le rôle joué par le personnel-cadre afin de favoriser la prestation des services.

L’évaluation d’un programme de formation s’adressant au personnel infirmier en centre d’hébergement permet de mettre en lumière certains obstacles pouvant être rencontrés (Pillemer & Hudson, 1993). Ainsi, le personnel-cadre doit adhérer à la philosophie du contenu de la formation. Le soutien du personnel-cadre doit également se refléter en libérant les intervenants de leurs tâches afin d’assister aux formations. En conclusion, le soutien aux professionnels représente un élément important afin de favoriser l’appropriation et l’utilisation d’un guide de pratique.

5.2 Enjeux liés aux connaissances

La diversité des connaissances des participants concernant la maltraitance et la pratique dans ce contexte pose certains défis lors du processus d’implantation d’un guide de pratique. Il est possible qu’au départ, les intervenants aient des connaissances, concernant la problématique de la maltraitance envers les personnes âgées et de l’intervention dans ces situations, fort différentes. En général, des intervenants plus expérimentés ont accumulé au fil des ans un important savoir d’expérience tandis que des intervenants moins expérimentés appuient leur intervention sur un savoir plus théorique. Il importe de préciser que tous ne possèdent pas un savoir théorique concernant la maltraitance envers les personnes âgées. Ainsi, les connaissances théoriques et expérientielles varient au sein d’une équipe. Cet écart d’acquis exerce une influence sur l’implantation d’un guide de pratique tel qu’*En Mains*.

Lors de la réalisation du projet de stage, cet écart de connaissance a été observé dès la journée de formation sur le guide de pratique *En Mains*. Certains intervenants plus expérimentés possédaient leurs propres vocables et leurs stratégies d'intervention concernant cette problématique. Ils arrivaient donc à la formation avec leurs bagages de connaissances. La journée de formation peut donner lieu à la rencontre de différentes représentations de la problématique entre celles proposés dans le cadre de la formation et celles des professionnels. D'un autre côté, d'autres intervenants avaient peu de connaissances sur la problématique ou la pratique en situation de maltraitance. Soulignons que les intervenants avaient des besoins différents selon leurs connaissances et expériences en contexte de maltraitance.

Une étude souligne cet enjeu. En effet, les participants du *Elder Abuse Training Project* provenaient d'une variété de professions et détenaient des scolarités différentes : des intervenants de première ligne ayant un diplôme universitaire de premier cycle; des travailleurs sociaux ayant un diplôme de deuxième cycle; des superviseurs et des administrateurs (Weiner, 1991). Le choix de sélectionner une variété de participants visait à favoriser une approche globale de la problématique. Les responsables de l'implantation du programme ont noté certaines difficultés liées à la disparité des connaissances des participants entraînant des besoins différents d'un groupe à l'autre. Certains participants souhaitaient apprendre les habiletés de base de l'intervention psychosociale, alors que d'autres voulaient peaufiner leurs habiletés d'intervention à des situations plus spécifiques ou complexes de maltraitance. D'autres souhaitaient aborder

les enjeux éthiques et légaux liés à la maltraitance. En somme, une formation s'adressant à des participants de différentes disciplines soulève les difficultés liées à la divergence des connaissances des participants. Soulignons également que les besoins des participants peuvent varier en fonction des postes occupés. Ainsi, les formations données à des professionnels appartenant à plusieurs disciplines ou occupant divers postes soulèvent bon nombre d'enjeux de formation.

5.3 Enjeux de motivation et participation

La participation au programme constitue un déterminant majeur à la réussite de l'implantation. Ainsi, le taux de participation aux activités du programme représente un défi. Il importe de considérer la participation des professionnels ciblés par le guide de pratique, mais également celle des gestionnaires responsables de ces professionnels. La participation de ces deux types de professionnels ayant des responsabilités différentes, les uns étant plus de nature clinique alors que les autres se rapprochant plus de la gestion, est fort importante. Dès les premières étapes du projet, l'engagement des gestionnaires peut représenter un défi important. De plus, il importe d'être au fait des difficultés probables liées à la mobilisation des intervenants durant cette phase. La mobilisation des intervenants et des gestionnaires au cours de la réalisation de l'implantation du guide de pratique est tout aussi importante et peut être insuffisante.

Lors de la réalisation du projet de stage, la mobilisation des professionnels à participer à un accompagnement clinique dans leur appropriation du guide de pratique a

été très difficile. Bien que la majorité des intervenants sollicités à participer à la journée de formation y a assisté, un faible taux d'engagement au projet a été observé par la suite. L'enjeu repose ici sur le maintien de l'engagement tout au long du projet ce qui est étroitement associé à la motivation des participants à s'approprier le guide de pratique.

Une étude souligne également cet enjeu. En effet, l'implantation du *Elder Abuse Training Project* a rencontré des enjeux de participation (Weiner, 1991). Ce programme vise à informer sur la maltraitance et à améliorer les habiletés de dépistage, d'évaluation et d'intervention. Le design du programme comporte une série d'ateliers où chaque atelier est un pré requis pour le prochain atelier. Ainsi, les participants acquièrent des connaissances au cours d'un atelier qui leur seront nécessaires pour les ateliers suivants. Puisque la participation aux ateliers n'était pas obligatoire, plusieurs participants se sont absentés d'ateliers, ce qui a entraîné, à leur retour, l'obligation de revenir sur des thèmes traités. Au cours du projet, le contenu des formations était rendu disponible après chaque atelier afin de pallier à ce problème. En somme, l'implantation d'un guide de pratique, ou de toute transformation à des pratiques, requiert l'engagement soutenu de l'ensemble des participants à la démarche.

5.4 Enjeux d'implantation des interventions du programme

Plusieurs enjeux liés aux déterminants de la pratique peuvent être rencontrés lors de l'appropriation d'un guide de pratique. Les difficultés observées lors de l'expérience de stage soulignent la pertinence de développer un processus d'implantation d'un guide de

pratique afin de favoriser l'appropriation et l'utilisation du guide de pratique. Bien que le projet de stage comportait des objectifs précis et des stratégies d'accompagnement pour favoriser l'appropriation du guide de pratique, nous réalisons a posteriori qu'un plan d'action plus détaillé aurait pu permettre de maximiser la réussite du projet.

Cet enjeu a aussi été traité dans la littérature. En effet, selon Radensky & Parikh (2008), les responsables de l'implantation d'un programme doivent s'assurer que les interventions du programme ont lieu et d'assurer un suivi. Par exemple, l'évaluation de l'implantation du *Jewish Home and Hospital Lifecare System's Elder Abuse « train the trainer » Program* souligne la nécessité de s'assurer que chacune des activités du programme ont lieu (Radensky & Parikh, 2008). En effet, ils ont noté que la formation n'était pas toujours offerte aux nouveaux employés bien que cela constituait un objectif du programme. En conclusion, cette réflexion souligne la nécessité de planifier des stratégies de monitoring du processus d'implantation afin que les objectifs poursuivis soient atteints.

Synthèse en vue d'une pratique

Les mêmes enjeux de pratique associés à l'appropriation d'un nouveau protocole d'intervention ou contenu de formation ont été observés dans le cadre du projet de stage et dans la littérature scientifiques. Ainsi, il est possible d'identifier certaines catégories d'enjeux de pratique pouvant être rencontrées peu importe l'outil clinique ciblé.

Certains enjeux sont associés à l'organisation de la pratique et d'autres sont davantage liés aux caractéristiques individuelles. Par exemple, la surcharge de travail, le phénomène de roulement de personnel et l'absence ou le manque de soutien font référence à des enjeux d'ordre organisationnel tandis que les connaissances sont associées à des spécificités individuelles. Soulignons que le manque de motivation ou de participation relève à la fois d'enjeux organisationnels et individuels. Par la nature de leurs fonctions, les gestionnaires ont un rôle important à jouer afin d'encourager les professionnels à participer au projet; ils doivent être les leaders. Cela implique la nécessité de leur appropriation du guide et de l'ensemble de la démarche.

Cette réflexion nous invite à s'interroger sur la relation entre les enjeux individuels et ceux organisationnels. Existe-t-il une influence mutuelle entre ces deux niveaux d'enjeux? Les enjeux d'ordre individuel priment-ils sur ceux organisationnels ou l'inverse? D'autres études seraient nécessaires afin de vérifier ses questionnements. Si nous considérons la pratique formant un tout, c'est-à-dire qu'elle inclut le professionnel comme individu et le contexte dans lequel il intervient, il semble valable de présumer que ces deux catégories d'enjeux exercent une influence mutuelle. Il importe donc de connaître ces défis lorsqu'on souhaite implanter un nouvel outil clinique.

À la lumière de ce que nous venons de présenter, il importe d'examiner les facteurs ou les conditions pouvant favoriser l'appropriation et l'utilisation d'un guide de pratique. Que pouvons-nous tirer de l'expérience de stage? Ainsi, la prochaine section se veut une

démarche réflexive en proposant des pistes d'action pour contrer les difficultés rencontrées lors de l'implantation d'un guide de pratique *En Mains*.

6. Programme d'implantation du guide de pratique *En Mains*

Les enjeux de pratique associés à l'appropriation d'un guide de pratique présentés antérieurement soulignent la nécessité de bien préparer le processus d'implantation d'un tel outil clinique au sein d'une équipe de professionnels en santé et services sociaux. Ainsi, la réussite de l'implantation d'un programme est favorisée par le développement d'un plan de programme. En effet, la qualité du plan de programme influence la qualité et l'efficacité de l'implantation de ce programme, d'où l'importance de bien préparer le terrain en début de processus (Chen, 2005).

À la lumière des enjeux présentés précédemment et en s'appuyant sur le cadre conceptuel d'un plan de programme développé par Chen (2005), cette section présente un plan de programme dans l'optique de favoriser l'appropriation et l'utilisation du guide de pratique *En Mains* auprès de professionnels en santé et services sociaux travaillant en Centre de santé et services sociaux (voir Annexe A).

6.1 Cadre rationnel du programme

Une étape s'impose avant d'amorcer le développement d'un plan de programme. En effet, il s'agit d'élaborer un cadre rationnel du programme (*program rationale*) qui guide la mise en œuvre du plan de programme (Chen, 2005). Plusieurs éléments composent le cadre rationnel du programme : l'identification du problème, le public ciblé, les objectifs du programme ou les résultats attendus, les déterminants et les interventions. Chacun de ces éléments sera expliqué puis appliqué au programme proposé sur le guide de pratique, *En Mains*.

6.1.1 Le problème

De manière générale, un programme tente de répondre à un problème. L'identification de ce problème constitue la première étape du développement d'un cadre rationnel d'un programme (Chen, 2005). Bien que cette tâche puisse être aisément réalisée, dans certains cas, il est souhaitable d'avoir préalablement documenté la problématique. Ces informations faciliteront l'identification du problème et, par le fait même, la mise en œuvre du plan de programme. Dans le cas présent, les problèmes identifiés sont : la sous-utilisation du guide de pratique *En Mains* par les professionnels à la suite de la formation et les difficultés liées à l'appropriation de ce guide dans sa pratique.

6.1.2 Le public cible

La deuxième étape consiste à identifier le public cible ou le groupe concerné par le programme (Chen, 2005). Les exigences de l'organisme subventionnaire du programme ainsi que les besoins de la communauté doivent être pris en considération. Ainsi, les professionnels en santé et services sociaux appelés à intervenir en situation de maltraitance envers des personnes âgées représentent le public ciblé par ce programme.

6.1.3 Les buts du programme et les résultats attendus

La troisième étape porte sur l'identification des buts du programme et des résultats afin d'atteindre les buts visés (Chen, 2005). Ces deux éléments doivent être développés à la lumière du problème et du public cible préalablement identifiés. Il importe de considérer certains enjeux liés à l'identification des buts et des résultats escomptés. Premièrement, une distinction doit être faite entre les buts souhaités et ceux réalisables. Ainsi, les buts du programme doivent être réalistes, c'est-à-dire qu'ils peuvent être atteints en utilisant des ressources disponibles. De plus, ces buts doivent prendre appui sur une littérature.

Deuxièmement, il importe d'identifier les buts à court terme et à long terme. Les buts à court terme peuvent être atteints à l'intérieur de quelques mois à une année, tandis que le but à long terme requiert davantage de temps avant d'être atteint. Ceci s'explique par le fait que le but à long terme représente le but ultime du programme et qu'il est dépendant de la réussite de plusieurs sous-objectifs.

Troisièmement, il faut distinguer les termes suivants : les actions, les buts et les résultats (Chen, 2005). Les actions font référence aux activités favorisant le processus d'implantation. Les buts du programme doivent : être concrets et concis, transmettre les raisons d'être du programme et traduire les intérêts et les préoccupations des personnes porteuses du projet.

En ce qui concerne la finalité du programme, elle doit clairement refléter les buts du programme. Ainsi, les résultats doivent être mesurables. L'identification des résultats attendus est déterminante pour l'opérationnalisation d'un programme. Finalement, il importe de s'assurer d'une cohérence entre les différents buts du programme ainsi que leurs résultats respectifs.

À la lumière de ce qui a été présenté, ce programme vise ultimement à faciliter l'utilisation et l'appropriation du guide de pratique *En Mains* au sein d'une équipe de professionnels en santé et services sociaux. À court terme, le programme vise à favoriser un contexte de pratique permettant l'appropriation et l'utilisation d'*En Mains*. De plus, ce programme poursuit l'objectif d'assurer du soutien auprès des professionnels. Le programme vise à fournir les connaissances nécessaires afin de s'approprier et d'utiliser le guide de pratique. Finalement, le programme veille au maintien de la participation des professionnels et de leur motivation à utiliser et s'approprier le guide de pratique. On s'attend à ce que ce programme améliore l'appropriation et amène une plus grande utilisation du guide de pratique.

6.1.4 Les déterminants

La quatrième étape du développement d'un cadre rationnel consiste à identifier les déterminants, c'est-à-dire ce qui cause le problème auquel le programme tente de pallier (Chen, 2005). En agissant sur ces déterminants, on agit également sur les résultats attendus du programme. Puisqu'un problème peut avoir plusieurs causes, il importe de

cibler quels déterminants peuvent entraîner un changement. Dresser une liste des facteurs facilitants et des obstacles aux objectifs du programme peut faciliter ce choix.

Plusieurs obstacles à l'appropriation et l'utilisation d'*En Mains* ont été nommés et illustrés à l'intérieur de la section précédente. En effet, il s'agit : d'un contexte de surcharge de travail, d'un phénomène de roulement de personnel, d'un manque de soutien, d'une disparité des connaissances, d'un manque de motivation ou de participation au projet. Ainsi, ces obstacles représentent les déterminants de ce programme. Agir sur ces déterminants permet d'atteindre les résultats escomptés.

6.1.5 Les interventions

La dernière étape au développement d'un cadre rationnel d'un programme consiste à identifier les interventions à réaliser afin de mettre en action les déterminants (Chen, 2005). L'objectif est d'identifier de manière générale les interventions qui seront précisées à l'intérieur du plan de programme. Quatre principes doivent guider le choix des interventions. Premièrement, les interventions choisies doivent être congruentes avec la mission et la philosophie de l'organisation où le programme sera implanté. Deuxièmement, les interventions doivent dans la mesure du possible respecter le budget et l'expertise de l'équipe responsable de l'implantation (*implementing organization*). Troisièmement, les interventions doivent être appuyées par un cadre théorique. Finalement, les interventions devraient idéalement être appuyées par des données empiriques.

Les interventions de ce programme consistent à réaliser une formation auprès des professionnels et d'assurer par la suite un suivi clinique (par exemple, des discussions cliniques). Des rencontres auprès de gestionnaire seront également réalisées afin d'agir sur les déterminants organisationnels.

6.2 Plan du programme

Le cadre rationnel du programme établit les actions à réaliser alors que le plan du programme schématise les actions à réaliser (Chen, 2005). Ainsi, les actions prescrites à l'intérieur du cadre rationnel du programme se matérialisent à l'intérieur d'un plan de programme. Plusieurs éléments composent un plan de programme : l'équipe responsable de l'implantation, les personnes qui réalisent l'implantation, les partenaires, le contexte écologique, le protocole d'intervention et des services ainsi que le public cible. Dans un premier temps, chacun de ces éléments sera décrit puis appliqué par la suite au programme.

6.2.1 L'équipe responsable de l'implantation

Trois facteurs doivent être considérés lors de la création de l'équipe responsable de l'implantation d'un programme (Chen, 2005). Premièrement, le niveau d'expertise requis par cette équipe doit être identifié. Deuxièmement, il importe d'identifier le type de bagage culturel et d'expérience nécessaire à cette équipe. Une formation peut être donnée dans le cas où l'équipe ne possède pas ces compétences. Finalement, l'équipe responsable

de l'implantation doit être en mesure de réaliser ce projet. En effet, elle doit posséder pour le faire les ressources matérielles, financières et humaines.

Application au programme : L'équipe responsable de l'implantation de ce programme doit être au fait de la culture du milieu de pratique où se déroulera le programme. Idéalement, les membres de l'équipe sont déjà intégrés au milieu afin de faciliter l'implantation du programme. De plus, les membres de cette équipe doivent être informés des enjeux organisationnels pouvant être rencontrés au cours de l'implantation du programme. Ils doivent également connaître le mandat du milieu, les pratiques réalisées en plus de maîtriser le guide de pratique *En Mains*. Il est souhaitable que ces membres aient reçu la formation sur l'utilisation de ce guide de pratique avant de débiter l'implantation du programme. Finalement, il importe de planifier un budget permettant de mettre en place le programme et de s'assurer de la disponibilité des membres à poursuivre l'implantation du programme. L'équipe responsable de l'implantation du programme peut être composée d'un chef de programme, d'un responsable de la direction des services aux personnes âgées ainsi qu'un organisateur communautaire.

6.2.2 Les personnes qui réalisent l'implantation

Les personnes qui réalisent l'implantation font référence aux personnes fournissant les services du programme (Chen, 2005). Il importe de déterminer les personnes responsables des diverses interventions ou services du programme. Il peut s'agir de professionnels ou de bénévoles, cependant les personnes retenues doivent être qualifiées

à exercer leur tâche. Veiller au choix de candidats qualifiés, responsables et ayant de l'expérience influence les résultats du programme.

Application au programme : Le formateur du guide de pratique *En Mains* en étroite collaboration avec le conseiller clinique sont responsables de fournir les services nécessaires à la réussite du programme. Il s'avère essentiel que ces deux personnes détiennent les compétences nécessaires afin d'accomplir leurs tâches. Ainsi, ils doivent maîtriser l'utilisation d'*En Mains*, avoir des connaissances concernant la problématique et la pratique, en plus de connaître le milieu de pratique. Il est également souhaitable qu'ils aient une expérience au niveau de l'implantation de programme dans un tel contexte.

6.2.3 Les partenaires

Un partenariat entre l'équipe responsable de l'implantation du programme et d'autres collaborateurs est nécessaire (Chen, 2005). Ainsi, le plan de programme permet d'identifier les partenaires propices à l'implantation du programme. Ces partenaires se déclinent en quatre catégories. Premièrement, ceux avec qui l'équipe responsable de l'implantation doit travailler en étroite collaboration afin de mettre en œuvre le programme. Deuxièmement, les partenaires pouvant entraver le processus d'implantation s'ils ne sont pas au courant de ce projet. En établissant une collaboration avec ces partenaires, on évite ainsi de rencontrer des difficultés en cours de route. Troisièmement, les partenaires répondant à des besoins que le programme ne peut combler. Finalement,

les partenaires ayant des mandats similaires au présent programme. Une collaboration avec ce type de partenaire s'avère bénéfique pour la réussite du programme.

Application au programme : Les chefs de programme des services collaborant avec le public cible doivent être informés de la réalisation de ce projet. De tels partenaires peuvent être les chefs de programme des autres programmes en lien avec les personnes âgées (l'accueil psychosocial, l'hôpital de jour, le centre de jour, l'unité de courte durée gériatrique, l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive et l'hébergement). Les professionnels ciblés par ce projet travaillent en collaboration avec plusieurs professionnels appartenant à différentes disciplines (ergothérapeute, médecin, infirmier, nutritionniste et préposé aux bénéficiaires) qui doivent être au courant de l'implantation de ce guide de pratique.

6.2.4 Le contexte écologique

Il importe de s'interroger sur le soutien provenant du contexte écologique du programme, et ce, au niveau micro et macro (Chen, 2005). Au niveau micro, le contexte écologique fait référence au soutien provenant de l'environnement social et des conditions de l'environnement physique de la population cible. Une question s'impose : la réussite de l'intervention est-elle influencée par le soutien de l'environnement social et les conditions de l'environnement physique? Si tel est le cas, une attention particulière à cet environnement sera nécessaire afin de favoriser l'implantation du programme. De plus, il est nécessaire de prendre conscience des rôles joués par les collègues de la

population cible du programme. Finalement, l'environnement physique de la population cible doit être pris en compte.

Au niveau macro, on s'interroge sur le degré de soutien ou d'opposition de la part de la communauté ou de l'institution concernant le programme (Chen, 2005). Des stratégies doivent être mises en place lorsqu'il y a présence d'un manque de soutien ou des oppositions pouvant influencer la réussite du programme. Par exemple, une rencontre avec les responsables des organismes s'opposant au projet. Soulignons qu'une méconnaissance du programme est souvent à l'origine de telle mésentente.

Application au programme : Au niveau micro, il faut s'assurer que le chef de programme et le conseiller clinique soutiennent ce programme. En effet, ils représentent deux acteurs importants afin de mobiliser les intervenants dans la réalisation du projet. Ils exercent donc une grande influence sur le public cible. Il importe de prendre conscience de leur rôle dans la réussite de l'implantation du programme. De plus, il faut favoriser un environnement propice à l'actualisation des interventions du programme. L'environnement inclut également le « case load » des interventions. La charge de travail des intervenants permet-elle la mise en place des interventions du programme? Il faut donc évaluer la disponibilité des intervenants à s'approprier une nouvelle pratique d'intervention.

Au niveau macro, il faut vérifier la présence ou non du soutien de la part de la direction de l'établissement. Dès les premières étapes de l'implantation du programme, il faut s'assurer de leur collaboration.

6.2.5 Le protocole d'intervention et le protocole de services

Tel que mentionné précédemment, le cadre rationnel du programme décrit de manière générale les interventions à réaliser alors que ces interventions sont détaillées à l'intérieur du plan de programme (Chen, 2005). Deux tâches doivent être réalisées: (1) développer un protocole d'intervention; (2) créer un protocole de services. Le protocole d'intervention consiste à décrire les services fournis par le programme. En effet, il s'agit de décrire le contenu des interventions, leur intensité et leur durée ainsi qu'un curriculum des activités ou services à réaliser.

Le protocole de services décrit quant à lui, les manières envisagées afin d'offrir les services au public cible, par exemple : une intervention individuelle, un groupe de soutien, une formation, la production de documents d'information, des appels téléphoniques ou afficher des informations sur un site Internet et diffusion de message à l'aide des médias (Chen, 2005). De plus, le protocole de services décrit les lieux où ces activités se dérouleront.

Application au programme : Une journée de formation sur *En Mains*, des discussions de cas clinique en utilisant le guide de pratique, des rencontres individuelles avec le

conseiller clinique et des rencontres de gestion de suivi de l'implantation composent le protocole de services de ce programme. Ces activités se dérouleront à l'intérieur de l'établissement.

Le protocole d'intervention de ce programme est composé de plusieurs activités qui seront réalisées à différents moments de l'implantation du programme. Premièrement, la formation donnée vise à permettre aux intervenants d'acquérir les connaissances et habiletés nécessaires afin d'utiliser le guide de pratique *En Mains*. Elle vise également à présenter les activités liées à l'implantation ainsi que les rôles des acteurs impliqués dans ce processus. La formation d'une journée est donnée dès le début du processus d'implantation. Deuxièmement, l'équipe responsable de l'implantation ainsi que les personnes qui la réalisent se rencontrent périodiquement afin de faire le point sur l'état de l'implantation du programme. Des discussions sur les obstacles rencontrés et des stratégies envisagées sont des sujets abordés durant ces rencontres. Troisièmement, des rencontres d'équipe ont lieu une fois par mois afin de discuter de cas clinique et d'appliquer le guide de pratique. Le conseiller clinique favorise les échanges entre les intervenants. Finalement, au besoin, les intervenants peuvent consulter le conseiller clinique concernant une situation particulière d'intervention ou sur des questionnements quant à l'utilisation du guide de pratique.

6.2.6 Le public cible

Bien que le public cible ait été déterminé à l'intérieur de la logique du programme, l'identification de ce public est davantage précisée dans le plan de programme (Chen, 2005). Les personnes ciblées par le programme sont déterminées à l'aide de critères d'inclusion. Une attention particulière doit être portée quant au choix de ces critères. En effet, des critères trop larges ou mal définis recruteront des personnes n'ayant pas besoin du programme tandis que des critères trop restrictifs empêcheront des personnes d'en bénéficier.

Après avoir ciblé les personnes concernées par le programme, certaines stratégies doivent être utilisées afin de les solliciter à participer au projet. Il importe d'être conscient des risques de perdre des participants en cours de route, ce qui peut être expliqué par une faible motivation à participer au projet ou par certains obstacles à la participation. Les programmes obligatoires ainsi que ceux offrant des services au public cible comportent des enjeux de participation. Ainsi, un programme peut rencontrer certains obstacles à la participation, dont la langue utilisée, la culture, la stigmatisation liée à l'utilisation des services ou la logistique. Des stratégies doivent être mises en place afin de contrer ces obstacles.

Application au programme : Ce programme s'adresse aux professionnels en santé et services sociaux intervenant en situation de maltraitance. De manière plus spécifique, il s'adresse aux professionnels dont leur pratique consiste à intervenir auprès des personnes

aînées. Les intervenants au soutien à domicile ainsi que les gestionnaires de cas sont particulièrement ciblés par ce programme. Afin de favoriser une participation au projet, il importe de vérifier, dès le début, la motivation du public cible, leurs connaissances ainsi que les outils déjà utilisés. Le guide de pratique doit être en mesure de s'intégrer à leur pratique et être congruent avec leurs valeurs.

L'utilisation d'une grille d'évaluation des besoins et du milieu de pratique représente une bonne stratégie afin de favoriser une bonne intégration du guide de pratique (voir annexe B). Nous proposons une grille d'évaluation s'adressant au gestionnaire ciblé par le projet et une autre destinée au conseiller clinique ou à un intervenant. Ces grilles permettent de dresser un portrait de la pratique psychosociale en situation de maltraitance. Elles constituent la première étape de l'implantation du guide de pratique *En Mains*. Elles sont donc complétées en premier lieu et remises à l'équipe responsable de l'implantation. La mise en oeuvre du programme d'implantation du guide de pratique s'inspire donc des résultats de ces grilles d'évaluation.

La grille d'évaluation s'adressant au gestionnaire vise à connaître les besoins et les attentes face à ce projet. Elle cherche à identifier le public ciblé par le programme de formation. Finalement, nous voulons être au fait des formations ayant déjà eu lieu et si les pratiques acquises lors de ces formations sont encore appliquées. La grille destinée aux intervenants permet d'identifier les besoins et les attentes face à la formation. Elle dresse également un bilan des formations antérieures. L'intervenant est invité à décrire la

pratique en situation de maltraitance. Comment les situations leur arrivent? Comment l'évaluation de situation de maltraitance est réalisée? Quels sont les objectifs d'intervention dans de telles situations? À quoi ressemble un plan d'intervention? Quelles sont les stratégies d'intervention utilisées? Quels sont les outils d'intervention utilisés? Un soutien clinique est-il offert? Est-ce que d'autres professionnels sont sollicités lors du processus d'intervention? En somme, ces grilles d'évaluation permettent à l'équipe responsable de l'implantation de mettre en place les interventions appropriées selon le milieu de pratique. Cette stratégie vise également à identifier des enjeux pouvant freiner l'implantation du guide de pratique.

Dans un autre ordre d'idée, il importe de souligner des similitudes entre le modèle de Chen (2005) et le cadre logique (Garon, 2008a). De manière très succincte, le cadre logique présente un portrait des interventions à réaliser. Il décrit la manière dont les interventions seront accomplies, les informations à recueillir afin de suivre les activités et les conditions requises à la réussite du projet. Le cadre logique se développe en utilisant une logique verticale et une logique horizontale. Plusieurs éléments composent la logique verticale : les ressources, les activités, les produits, les résultats, les objectifs. La logique horizontale est formée, quant à elle, d'une description des résultats escomptés, d'indicateurs, de moyens de vérification et des hypothèses. Tout comme le modèle de Chen (2005), le cadre logique exige dès le départ une analyse de l'état de la situation. Ainsi, un travail préparatoire est tout indiqué pour ces deux modèles afin de favoriser la réussite de l'implantation du programme.

6.3 Évaluation de l'implantation

La planification de l'évaluation de l'implantation d'un programme est tout aussi importante que le développement d'un plan de programme. Bien que l'objectif de cet essai ne porte pas sur l'évaluation de programme ce qui constitue un champ en soi, certains modèles privilégiés seront présentés.

Trois modèles d'évaluation de programme peuvent être utilisés : Le modèle classique, l'évaluation participative, la théorie de programme (Potvin & Bisset, 2008). Le modèle classique s'intéresse à l'effet du programme sur le contexte où a lieu l'implantation (Potvin & Bisset, 2008). La relation entre l'évaluateur et le programme est unidirectionnelle. Des méthodes quantitatives, telles que les groupes randomisés et les groupes contrôle, sont utilisées dans ce type d'évaluation.

L'évaluation participative se distingue du modèle précédent en mettant l'emphase sur les acteurs sociaux du programme (Potvin & Bisset, 2008). En effet, ces acteurs sont réunis dans un espace où le programme est créé. L'évaluateur est perçu comme un médiateur. Il se concentre sur les acteurs impliqués dans le programme. L'évaluateur soutient les acteurs dans le développement du programme.

Le troisième modèle, la théorie de programme, tente d'identifier les mécanismes ayant des effets sur le programme et de vérifier leurs relations avec le contexte. Cette méthode évaluative tente de connaître la compréhension du public cible, par exemple les

intervenants, concernant le programme (Garon, 2009b). À l'instar de l'évaluation participative, l'évaluation s'appuyant sur la théorie de programme étudie le processus d'implantation. Elle tend à savoir la logique de l'intervention derrière le programme.

Dans le cadre de cette proposition de programme, une approche participative semble appropriée. En impliquant les acteurs du programme dans l'évaluation cela peut contribuer à mieux cerner les obstacles à l'implantation du programme. Il importe également de mettre en place des stratégies de monitoring du processus d'implantation. Ces stratégies permettent d'observer l'émergence d'enjeux et de développer d'autres stratégies pour les contrer.

Synthèse en vue d'une pratique

Cette réflexion souligne l'étroite relation entre les enjeux liés à l'appropriation et l'utilisation d'un guide de pratique et la mise en œuvre d'un processus d'implantation. Ainsi, le simple fait d'offrir une formation sans mettre en place des mécanismes de suivi de gestion ne semble pas favoriser l'appropriation et l'utilisation d'un guide de pratique. Un plan de programme semble être une stratégie efficace pour favoriser l'appropriation et l'utilisation d'un outil clinique, comme celui d'*En Mains*. En somme, l'implantation d'un programme demande une importante préparation où l'on réfléchit sur les facteurs et les conditions favorisant le processus (Chen, 2005).

En utilisant une telle approche, les enjeux de pratique rencontrés lors de la réalisation du projet de stage auraient pu être évités ou atténués. Le développement d'un plan de programme permet d'anticiper ces obstacles et de mettre en place des stratégies afin de les contrer. En conclusion, une démarche planifiée d'implantation du guide de pratique doit être mise en place afin de maximiser son appropriation et utilisation à long terme.

7. Conclusion

Plusieurs stratégies sont déployées dans la lutte pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées, dont la sensibilisation, la prévention, le dépistage ou encore la mise en place de stratégies gouvernementales. L'intervention en contexte de maltraitance représente un élément clé afin de mettre un frein à ce problème social. Les travailleurs sociaux, appelés à intervenir dans de telles situations, jouent un rôle central par conséquent, il importe qu'ils soient bien outillés.

Les situations de maltraitance sont complexes et elles requièrent de la part des intervenants un savoir théorique et expérientiel. Les guides de pratique représentent des moyens pertinents puisqu'ils donnent des lignes directrices à la pratique sociale. Néanmoins, l'objet en tant que tel, c'est-à-dire le guide de pratique, n'a aucune porté s'il est absent dans la pratique des travailleurs sociaux. Cet écrit expose les difficultés rencontrées lors de l'appropriation du guide de pratique *En Mains* et insiste sur l'importance de se doter d'une démarche structurante de planification liées à l'implantation d'un tel outil clinique.

Le développement d'un programme d'implantation concernant le guide de pratique *En Mains* nécessite l'évaluation de l'environnement dans lequel l'outil clinique sera utilisé. En effet, cet essai souligne l'influence notable du contexte organisationnel sur l'appropriation et l'utilisation d'*En Mains* chez les intervenants. Il importe autant pour les gestionnaires, les professionnels que pour les chercheurs s'intéressant à ce champ, de connaître cette dynamique afin de favoriser l'usage d'un nouvel outil clinique.

Tel que mentionné précédemment, tous les acteurs impliqués dans l'élaboration d'un programme d'implantation contribuent au succès du projet. Ainsi, les travailleurs sociaux doivent se sentir interpellés dans ce processus et leurs expériences cliniques ont avantage à être reconnues. De plus, l'efficacité du projet est tributaire de l'approche privilégiée d'où l'importance de bien planifier l'implantation.

Dans un autre ordre d'idée, l'essai invite les travailleurs sociaux à réfléchir à leur utilisation d'outil clinique dans leur pratique et à prendre conscience des défis pouvant être rencontrés lorsqu'on souhaite mobiliser une équipe de professionnels à un but commun. Nous souhaitons sensibiliser ces intervenants au rôle important qu'ils jouent afin d'améliorer les pratiques psychosociales et, par le fait même, d'agir, dans le cas présent, sur la maltraitance envers les personnes âgées.

Finalement, cette réflexion met en évidence plusieurs lacunes dans le champ de la maltraitance, dont la faible quantité d'écrits portant sur l'évaluation de programme de formation, le peu d'outils cliniques en intervention et l'absence de démarche structurée quant à l'implantation de guide de pratique. Nous souhaitons éveiller un intérêt chez les travailleurs sociaux quant à l'état des connaissances sur les pratiques en contexte de maltraitance. Plusieurs défis sont à relever en vue de mieux comprendre la pratique psychosociale et l'efficacité de l'intervention dans de tels contextes.

Cet essai se voulait une réflexion à la fois sur les enjeux de pratique liés à l'appropriation du guide de pratique *En Mains* et sur les facteurs ou les conditions favorisant son appropriation. Cette réflexion s'appuyait sur une expérience de stage et de la littérature scientifique. Afin de bien saisir les subtilités de l'intervention en contexte de maltraitance, nous avons exposé plusieurs thématiques dont la pratique psychosociale, l'usage d'outils cliniques ainsi que les programmes de formation dans le champ de la maltraitance envers les personnes âgées. Les enjeux de pratique associés à l'appropriation du guide de pratique *En Mains* étaient au cœur de notre réflexion et de notre démarche, ce qui nous a mené à proposer des facteurs ou conditions favorisant son appropriation et utilisation. En s'appuyant sur un cadre conceptuel de Chen (2005), nous avons, en effet, présenté un cadre rationnel et un plan de programme adapté au guide de pratique *En Mains*.

La réalisation de cet essai souligne la nécessité de poursuivre la réflexion, entre autres, par le biais d'autres études sur le sujet. Bien sûr, nos propositions pourraient faire l'objet d'une expérimentation. Ainsi, il serait intéressant de réaliser un projet pilote au cours duquel l'implantation du guide de pratique *En Mains* suivrait les étapes du programme d'implantation proposées à l'intérieur de notre essai. En fait, idéalement, la démarche pourrait être dans différents milieux de pratique afin de documenter puis de comparer le processus d'implantation d'un milieu à l'autre. Ces différents savoirs tirés de la pratique permettraient de nuancer encore plus les conditions optimales ainsi que les enjeux rencontrés à chacune des étapes de l'implantation du guide de pratique *En Mains*.

La réalisation du projet de stage et la rédaction de cet essai nous a permis de mieux comprendre la complexité du processus d'appropriation et d'utilisation d'un nouvel outil clinique auprès d'intervenants. Les guides de pratique, qu'ils soient développés par des chercheurs ou par des praticiens d'expérience, ne prennent vie que lorsqu'ils sont utilisés par les intervenants. Cette réflexion nous invite à prendre conscience des défis liés au changement des pratiques psychosociales et de l'influence mutuelle des acteurs impliqués dans la démarche.

En conclusion, nous proposons des pistes de contenu de cours s'adressant aux futurs travailleurs sociaux dans le cadre de leur formation. Avant même d'aborder l'intervention en contexte de maltraitance, il importe d'offrir des connaissances fondamentales sur cette problématique. Nous faisons référence ici aux différentes définitions de la maltraitance, les formes qu'elle peut prendre, les théories explicatives, les résultats des différentes études de prévalence, le contexte socio légal ainsi que les initiatives gouvernementales et de la communauté pour contrer ce phénomène. Ces notions théoriques favorisent la compréhension des différentes approches utilisées en intervention.

L'expérience tirée de notre stage nous porte à souligner l'importance d'informer et de conscientiser les professionnels au développement d'une démarche réflexive dans sa pratique. Au cours de cet essai, nous avons exposé les enjeux rencontrés dans la pratique en situation de maltraitance. Nous insistons donc sur la nécessité de bien préparer les

futurs intervenants à cette réalité de pratique. De plus, nous proposons de présenter le processus menant à l'implantation d'un guide de pratique afin de favoriser une meilleure compréhension de la complexité d'un tel projet.

Cet essai démontre la pertinence de la formation continue auprès de professionnels intervenants en situation de maltraitance. Nous avons souligné plusieurs enjeux freinant la réussite de l'implantation d'un programme de formation. En conclusion, nous insistons sur certains éléments favorisant la formation en milieu de pratique. Les gestionnaires ont un rôle important à jouer puisqu'ils détiennent un pouvoir décisionnel. Il est important donc de les sensibiliser à la pertinence d'offrir des programmes de formation et d'assurer une pérennité des savoirs acquis lors de la formation. Les professionnels ont également un rôle central. Ils se doivent de maintenir à jour leur connaissance et d'informer leur employeur de leurs besoins de formation. Finalement, un transfert de connaissance entre le monde de la recherche et le monde de la pratique doit se faire. Les chercheurs réalisant des programmes de formation ou faisant état de la situation devraient favoriser la diffusion de ces connaissances auprès des professionnels.

Références

- Abramson, B. (2005). An Interdisciplinary Team ("I-Team) Manual arises from Wisconsin's fight against elder abuse. In J. M. Otto (Ed.), *Abuse and Neglect of Vulnerable Adult Populations* (pp.21-28). Kingston: Civic Research Institute.
- Adult Protection Act. R.S., c. 2, s. 1.
- Alberta Elder Abuse Awareness Network & Gouvernement of Alberta. (n.d.) *Service Provider Screening Guide for Elder Abuse* [Guide de pratique]. Alberta : Alberta Elder Abuse Awareness Network & Government of Alberta.
- Anetzberger, G. J., Dayton, C., Miller, C. A., McGreevey, J. F., & Schimer, M. (2005). Multidisciplinary Teams in the Clinical Management of Elder Abuse. *Clinical Gerontologist, 28*(1/2), 157-171.
- Anetzberger, G.J., Palmisano, B.R., Sanders, M., Bass, D., Dayton, C., Eckert, S., et al. (2000). A Model Intervention for Elder Abuse and Dementia. *The Gerontologist, 40*(4), 492-497.
- Association québécoise de défense des retraités., & Réseau québécois pour contrer l'abus envers les Aînés. (2010). *La trousse SOS abus*. Québec: Association québécoise de défense des retraités et le Réseau québécois pour contrer l'abus envers les Aînés.
- Baker, M. W., & Heitkemper, M. M. (2005). The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment. *Nurses Outlook, 53*, 253-259.
- Beaulieu, M. (2007). Maltraitance des personnes âgées. Dans M. Arcand (éditeur), *Précis pratique de gériatrie*, 3^e édition (pp.1146-1163). Acton Vale :Edisem.

- Beaulieu, M. (2010a). *En Mains : Arbre décisionnel « ENjeux éthiques, Maltraitance, Aînés, Intervention, Scénarios »* [Guide de pratique]. Canada : National Initiative for the Care of the Elderly.
- Beaulieu, M. (2010b). *Intervention dans les situations de maltraitance envers les aînés : Guide de pratique En Mains*. Document inédit, Université de Sherbrooke & Centre de recherche sur le vieillissement.
- Beaulieu, M., Brunet, C., Neesham-Grenon, F., & Yaffe, M. (non publié). *Les programmes éducatifs dans le domaine de la maltraitance envers les personnes aînées : une recension systématique*. Document inédit. Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées, Université de Sherbrooke.
- Beaulieu, M., & Giasson, M. (2005). L'éthique et l'exercice de l'autonomie professionnelle des intervenants psychosociaux œuvrant auprès des aînés maltraités. *Nouvelles pratiques sociales*, 18(1), 131-147.
- Beaulieu, M., Gordon, R., & Spencer, C. (2003). *An Environmental Scan of Abuse and Neglect of Older Adults in Later Life in Canada : What's Working and Why*. Research report prepared for the Federal, Provincial, and Territories Ministers responsible for Seniors, p. 69.
- Beaulieu, M., & Leclerc, N. (2006). Ethical and Psychosocial Issues Raised by Practice in Cases of Mistreatment of Older Adult. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(3/4), 161-187.
- Beaulieu, M., Leclerc, N., & Bélanger, J. (2006). *Questionnements lors d'interventions en matière de mauvais traitements : Un aide-mémoire pour les intervenants*

- psychosociaux oeuvrant dans le réseau public auprès des aînés*. Rapport de recherche adressé à RÉSOVI, Centre de recherche sur le vieillissement CSSS-IUGS et Université de Sherbrooke.
- Beaulieu, M., & Neesham-Grenon, F. (sous presse). Un guide de pratique pour le suivi de situations de maltraitance envers les personnes aînées. Présentation de l'outil *En Mains*. *Revue de l'observatoire*.
- Beaulieu, M., & Neesham-Grenon, F. (2010). *Manuel d'accompagnement à la formation-Inventaire dans les situations de maltraitance envers les aînés : Guide de pratique En Mains*. Document inédit, Université de Sherbrooke & Centre de recherche sur le vieillissement.
- Bell, B., Oyebode, J., & Oliver, C. (2004). The Physical Abuse of Older Adults: The Impact of the Carer's Gender, Level of Abuse Indicators, and Training on Decision Making. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 16(3), 19-44.
- Bomba, P. (2006). Use of a Single Page Elder Abuse Assessment and Management Tool: A Practical Clinician's Approach to Identifying Elder Mistreatment. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(3/4), 103-122.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531.
- Brownell, P., & Heiser, D. (2006). Psycho-educational support groups for older women victims of family mistreatment: A pilot study. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(3/4), 145-160.

- Brownell, P., & Wolden, A. (2002). Elder abuse intervention strategies: Social service or criminal justice? *Journal of Gerontological Social Work*, 40(1/2), 83-100.
- Charpentier, M. (2002). Priver ou privatiser la vieillesse? Entre le domicile à tout prix et le placement à aucun prix. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Charte des droits et libertés de la personne. L.R.Q., chapitre C-12.
- Chen, H-T. (2005). *Practical Program Evaluation: Assessing and Improving Planning, Implementation and Effectiveness*. London: Sage Publications.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2011, 30 avril). *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse: Mandats*. Récupéré le 30 avril 2011 de <http://www2.cdpdj.qc.ca/LaCommission/mandats/Pages/default.aspx>
- Connell-Carrick, K., & Scannapieco, M. (2008). Adult Protective Services: State of the Workforce and Worker Development. *Gerontology & Geriatrics Education*, 29(2), 189-206.
- Conseil des aînés. (2005). *Une pleine participation des aînés au développement du Québec. Afin de construire un Québec pour tous les âges*. Rapport de l'équipe de travail. Québec: Direction des relations publiques et des communications.
- Davis, R.C., Medina, J., & Avitabile, N. (2001). Reducing repeat incidents of elder abuse: Results of a randomized experiment: Final report. Research report submitted to U.S. Department of Justice.

- Davis, R.C., & Medina-Ariza, J. (2001). Results from an elder abuse prevention experiment in New York City. *National Institute of Justice research in brief*, 1-7. Récupéré le 1 juillet 2011 de <http://www.ncjrs.gov/pdprofiles1/nij/188675.pdf>
- Dyer, C. B., Heisler, C. J., Hill, C. A., & Kim, L. C. (2005). Community Approaches to Elder Abuse. *Clinics in Geriatric Medicine*, 21, 429-447.
- Famakinwa, A., & Fabiny, A. (2008). Assessing and Managing Caregiver Stress: Development of a Teaching Tool for Medical Residents. *Gerontology & Geriatrics Education*, 29(1), 52-65.
- Filinson, R. (1993). An evaluation of a program of volunteer advocates for elder abuse victims. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 5(1), 77-93.
- Fisher, R., D'arpino, M., Dion, T., Glazier, S., Moghabghab, E.O., Stephens, A. et al. (2003). An elder abuse workshop for healthcare providers. *Geriatrics and Aging*, 6(6), 61-63.
- Garon, S. (2009a). *Élaboration et évaluation de programmes : Cadre logique*. Document inédit, Université de Sherbrooke.
- Garon, S. (2009b). *Élaboration et évaluation de programmes : L'évaluation : pour qui? Pourquoi faire?* Document inédit, Université de Sherbrooke.
- Giasson, M., & Beaulieu, M. (2004). Le respect de l'autonomie : un enjeu éthique dans l'intervention psychosociale auprès des aînés maltraités. *Intervention*, 120, 98-109.
- Gold, D.T., & Gwyther, L.P. (1989). The prevention of elder abuse: An educational model. *Family Relations*, 38, 8-14.

- Government of Alberta. (2010). *Addressing Elder Abuse in Alberta: A Strategy for Collective Action*. Document consulté le 8 avril 2011, de http://www.seniors.alberta.ca/services_resources/elderabuse/
- Hughes, M. (1995). Abuse of older people: A network approach to service provider training. *Australian Social Work*, 48(4), 21-27.
- Jogerst, G.J., & Ely, J.W. (1997). Home visit program for teaching elder abuse evaluations. *Family Medicine*, 29(9), 634-639.
- Malks, B., Schmidt, C.M., & Austin, M.J. (2002). Elder Abuse Prevention: A Case Study of the Santa Clara County Financial Abuse Specialist Team (FAST) Program. *Journal of Gerontological Social Work*, 39(3), 23-40.
- Manitoba. (2011). *Stratégie provinciale de lutte contre la violence envers les personnes âgées*. Récupéré le 28 avril 2011 de www.gov.mb.ca/shas/elder_abuse/provincial.fr.html
- McDonald, L., & Collins, A. (2000). *Abuse and Neglect of Elder Adults: A Discussion Paper*. Ottawa : Health Canada, 80p.
- McGarry, J., & Simpson, C. (2007). Nursing students and elder abuse: developing a learning resource. *Nursing Older People*, 19(2), 27-30.
- Ministère de la famille et des aînés. (2010a). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées : 2010-2015*. Québec : Le Ministère.
- Ministère de la famille et des aînés. (2010b). *Rapport de sondage sur les perceptions des Québécois et Québécoises quant à la maltraitance envers les personnes âgées*. Québec : Le Ministère.

- Mosqueda, L., Burnight, K., Liao, S., & Kemp, B. (2004). Advancing the Field of Elder Mistreatment : A New Model for Integration of Social and Medical Services. *The Gerontologist*, 44(5), 703-708.
- Neglected Adults Welfare Act. 2009, c. 16, s. 9.
- Neikrug, S. (2004). Creating an intergenerational learning community for the study of elder abuse. *Journal of Elder & Neglect*, 16(2), 33-49.
- Nerenberg, L. (2003). *Multidisciplinary Elder Abuse Prevention Teams: a New Generation*. Washington: National Center on Elder Abuse.
- O'Dwyer, C., & O'Neill, D. (2008). Developing Strategies for the Prevention, Detection and Management of Elder Abuse: The Irish Experience. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(2), 169-180.
- Ontario Association of Social Workers. (2009). *Elder Abuse: A Practical Handbook for Service Providers* (2e édition). Ontario: Ontario Association of Social Workers.
- ONPEA. (2008). *Core Curriculum and Resources Guide*. Document consulté le 1^{er} avril 2011, de <http://onpea.org/english/trainingtools/index.html>
- Pauls, M., & MacRae, L. (2006). *The response to elder abuse in Alberta: Legislation and victim focused services. Final Report*. Canadian Research Institute for Law and the Family, pp. 41-45
- Pillemer, K. & Hudson, B. (1993). A Model Abuse Prevention Program for Nursing Assistants. *The Gerontologist*, 33(1), 128-131.

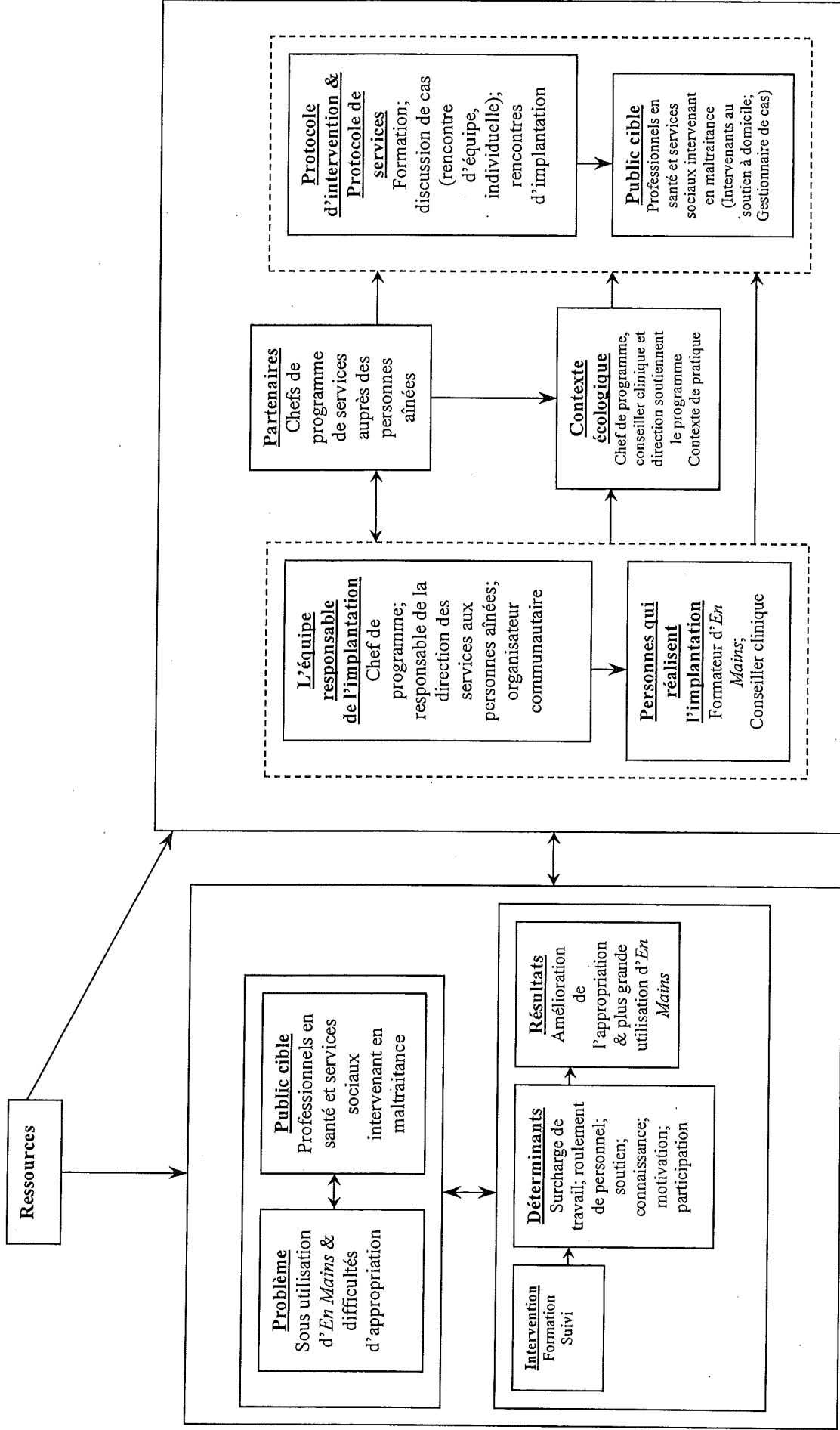
- Ploeg, J., Fear, J., Hutchison, B., MacMillan, H., & Bolan, G. (2009). A Systematic Review of Interventions for Elder Abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21, 187-210.
- Podnieks, E. (2008). Elder Abuse: The Canadian Experience. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(2), 126-150.
- Podnieks, E., Pillemer, K., Nicholson, J.P., Shillington, T. & Frizzell, A. (1990). *Une enquête nationale sur le mauvais traitement des personnes âgées au Canada : L'étude Ryerson*. Toronto : Ryerson Polytechnical Institute.
- Pottie Bunge, V. (2000). Mauvais traitements infligés aux adultes plus âgés par les membres de la famille. Dans Centre Canadien de la statistique juridique, *La violence familiale au Canada : Un profil statistique 2000*, Ottawa : Statistique Canada.
- Potvin, L., & Bisset, S. (2008). There is More to Methodology than Method. Dans L. Potvin, & D.V. McQueen (Éditeurs). *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas* (pp. 63-80). New York: Springer.
- Quinn, M. J., & Heisler, C. J. (2002). The Legal Response to Elder Abuse and Neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 14(1), 61-77.
- Radensky, L., & Parikh, D. (2008). Developing a « Train the Trainer » Program to Identify Elder Abuse and Neglect: The Jewish Home Lifecare System Model. *Home Health Care Management & Practice*, 20(3), 254-259.

- Richardson, B., Kitchen, G., & Livingston, G. (2002). The effect of education on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 31, 335-341.
- Robbins, M.R. (2002). Training family medicine residents for assessment and advocacy of older adults. *Journal of the American Osteopathic Association*, 102(11), 632-636.
- Sadler, P., & Sorensen, G. (2000). Coordination and elder abuse: Development of inter-agency protocols in New South Wales. *Australasian Journal on Ageing*, 19(3), 118-124.
- Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario.(2011). *Mauvais traitements à l'égard des personnes âgées*. Récupéré le 28 avril 2011 de www.culture.gov.on.ca/seniors/french/programs/elderabuse
- Spencer, C. (2010). *Environmental Scan and Critical Analysis of Elder Abuse Screening, Assessment and Intervention Tools for Canadian Health-Care Providers*. Ottawa: Public Health Agency of Canada.
- Stengstock, M.C., Hwalek, M., & Stahl, C. (1991). Developing new models of service delivery to aged abuse victims: Does it matter? *Clinical Sociology Review*, 9, 142-161.
- Table de concertation des aînés de la MRC de Memphrémagog. (2003). *Protocole de prévention et d'intervention contre les mauvais traitements faits aux personnes âgées*. Document inédit, Table de concertation des aînés de la MRC de Memphrémagog.

- Teaster, P. B., Stansbury, K. L., Nerenberg, L., & Stanis, P. (2009). An Adult Protective Services' View of Collaboration with Mental Health Services. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(4), 289-396.
- Teitelman, J.L., & O'Neil, P. (1999). Elder and adult sexual abuse: A model curriculum for adult services/Adult protective services workers. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11(3), 91-100.
- Tilden, V.P., Schmith, T.A., Limandri, B.J., Chiodo, G.T., Garland, M.J., & Loveless, P.A. (1994). Factors that influence clinicians' assessment and management of family violence. *American Journal of Public Health*, 84(4), 628-633.
- Turcotte, M., & Schellenberg, G. (2006). *Portrait des aînés du Canada*. Ottawa: Statistique Canada.
- Vancouver Coastal Health. Re:act - *Adult Abuse and Neglect Response flow Chart*. Document consulté le 1^{er} avril 2011, de <http://www.vchreact.ca/materials.htm>
- Vinton, L. (1993). Educating case managers about elder abuse and neglect. *Journal of Case Management*, 2(3), 101-105.
- Weiner, A. (1991). A Community-Based Education Model for Identification and Prevention of Elder Abuse. *Journal of Gerontological Social Work*, 16(3/4), 107-119.
- Wolf, R.S. (1997). Elder abuse and neglect: An update. *Reviews in Clinical Gerontology*, 7, 177-182.
- World Health Organization. (2002). *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse*. Genève: World Health Organization.

Annexe A

**Cadre rationnel du programme et plan de programme
liés à l'implantation du guide de pratique *En Mains***



Cadre rationnel du programme

Plan de programme

Cadre rationnel du programme et plan de programme liés à l'implantation du guide de pratique, *En Mains*.

Annexe B

Grilles d'évaluation des besoins et du milieu de pratique

Programme d'implantation du guide de pratique, *En Mains*

Grille d'évaluation des besoins & du milieu de pratique

À COMPLÉTER PAR LE GESTIONNAIRE

Cette grille permet de mieux connaître les besoins tels qu'identifiés par le gestionnaire ciblé par ce projet. Elle vise à dresser un portrait de votre pratique psychosociale en situation de maltraitance envers une personne aînée. Il ne s'agit pas d'une évaluation de votre milieu de pratique, mais bien un outil qui nous permet de bien cibler vos besoins afin de mettre en place des stratégies de formation efficaces.

Nous demandons au gestionnaire ciblé par ce projet de remplir cette grille et de la faire parvenir à l'équipe responsable de l'implantation du guide de pratique *En Mains*.

Nom de l'organisme :

Nom du gestionnaire :

Date :

Expliquer vos besoins concernant la formation sur le guide de pratique, *En Mains*:

Quelles sont vos attentes?

Quel public voulez-vous convier à la formation ?

Dresser un bilan des formations déjà offertes en ce qui concerne l'intervention en situation de maltraitance des personnes âgées. Le cas échéant, suite à la formation, ces pratiques ont-elles toujours lieu?

Programme d'implantation du guide de pratique, *En Mains*

Grille d'évaluation des besoins & du milieu de pratique

À COMPLÉTER PAR UN CONSEILLER CLINIQUE OU UN PRATICIEN

Cette grille permet de mieux connaître les besoins des intervenants ciblés par ce projet de formation. Elle vise à dresser un portrait de votre pratique psychosociale en situation de maltraitance envers une personne âgée. Il ne s'agit pas d'une évaluation de votre milieu de pratique, mais bien d'un outil qui nous permet de cibler vos besoins afin de mettre en place des stratégies de formation efficaces.

Nous demandons au conseiller clinique ou à un intervenant ciblé par ce projet de remplir cette grille et de la faire parvenir à l'équipe responsable de l'implantation du guide de pratique *En Mains*.

Nom de l'organisme :

Nom du gestionnaire :

Date :

Expliquer vos besoins concernant la formation sur le guide de pratique, *En Mains*.

Quelles sont vos attentes?

Dresser un bilan des formations déjà offertes en ce qui concerne l'intervention en situation de maltraitance des personnes âgées. Le cas échéant, suite à la formation, ces pratiques ont-elles toujours lieu?

Les prochaines questions porteront sur la manière dont vous intervenez en situation de maltraitance envers une personne âgée.

Décrivez comment les situations de maltraitance vous arrivent? Est-ce une référence de l'accueil psychosocial? Par l'entremise d'autres services ou programmes? Dans le cadre de vos suivis? Ou autrement ?

Décrivez comment vous procédez à l'évaluation des situations de maltraitance.

Comment établissez-vous les objectifs d'intervention? Quels sont les principaux contenus récurrents dans les plans d'intervention en contexte de maltraitance?

Décrivez les stratégies d'intervention que vous utilisez en contexte de maltraitance.

Y a-t-il une personne (ou une équipe) responsable d'offrir du soutien clinique aux intervenants? Si oui, expliquer.

Quels sont les outils cliniques utilisés en intervention lors de situations de maltraitance envers les personnes âgées?

Lorsque vous intervenez en situation de maltraitance, travaillez-vous en partenariat avec d'autres professionnels afin de vous aider à résoudre la situation? Si oui, dites lesquels.
