ÉCOLE DE SERVICE SOCIAL

Faculté des lettres et sciences humaines

Université de Sherbrooke

BONIFIER LA PRATIQUE PSYCHOSOCIALE EN CONTEXTE DE MALTRAITANCE DES PERSONNES AÎNÉES PAR LA CRÉATION ET L'UTILISATION DE GUIDES DE PRATIQUE

Par

JESSICA CALVÉ

Essai présenté en vue de l'obtention de la Maîtrise en service social, M. Serv. soc.

Sous la direction de Marie Beaulieu, Ph.D.

Sherbrooke

8 juin 2016

llin est employé dans le but d'alléger le texte

RÉSUMÉ

Cet essai expose une réflexion sur les processus de création et d'utilisation des guides de pratique dans le secteur des services sociaux en faisant des parallèles entre les données tirées d'une recension des écrits et deux expériences de création de guides de pratique portant spécifiquement sur la maltraitance des aînés par autrui ou par soi. Le premier chapitre met la table sur les problématiques sociales abordées, les constats de pratique effectués dans le cadre de deux projets de création et d'utilisation de guides de pratique et propose une définition de ce type d'outil. Puis, au sein du deuxième chapitre, les phases de décision, de collecte et d'analyse de données, d'élaboration des recommandations et de finalisation du guide de pratique sont abordées. Il en est de même pour les phases de diffusion, d'implantation et d'évaluation de l'utilisation du guide de pratique dans le troisième chapitre. Ensuite, par le quatrième chapitre, les enjeux de création et d'utilisation des guides de pratique dans le secteur des services sociaux sont explorés, ainsi que leurs solutions. Ces enjeux ont principalement trait à l'accès aux ressources nécessaires, à la coordination des parties prenantes et au contenu ainsi qu'à la forme du guide de pratique. Enfin, cet essai démontre l'importance de la collaboration intersectorielle entre les milieux de la pratique et de la recherche lors de la création et de l'utilisation des guides de pratique, ainsi que la pertinence de sensibiliser les travailleurs sociaux, lors de leur formation initiale et continue, à la mobilisation des données probantes dans le cadre de leur pratique.

REMERCIEMENTS

Mon plus grand remerciement va, bien entendu, à ma professeure, directrice d'essai et patronne, une personne que j'apprécie énormément, Marie Beaulieu. Merci pour ces opportunités académiques et professionnelles. Merci d'avoir vu en moi des compétences que je ne soupçonnais pas, de m'avoir fait sortir de ma zone de confort et de m'avoir guidée et soutenue dans les bons comme dans les moins bons moments.

Merci à tous les professeurs que j'ai côtoyés à l'Université de Sherbrooke, spécialement à Sébastien Carrier, mon lecteur d'essai, qui probablement sans le savoir, a fait grandir en moi des capacités réflexives peu exploitées tant pour l'analyse des politiques sociales et des outils standardisés que pour l'impact de toute démarche pratique sur notre environnement. J'éprouve un certain sentiment de satisfaction personnelle à l'idée de savoir que moi aussi, je peux faire parler des outils dans le secteur des services sociaux!

Merci aux nombreux proches qui m'ont soutenue, encouragée à vaincre mes peurs et aidée à trouver en moi la force de relever tous les défis que j'ai rencontrés sur la route vers l'obtention de ce qui est fort probablement mon dernier diplôme, enfin! Je pense à tous ceux que j'ai croisés de Montréal jusqu'à Sherbrooke : amis, famille, amoureux, professeurs et collègues de classe, employeurs et collègues de travail, ainsi que les personnes que j'ai côtoyées durant mes stages. Toutes ces belles rencontres feront certainement de moi une diplômée en service social plus aguerrie que je ne l'aurais imaginé!

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	iii
Remerciements	iv
Table des matières	v
Introduction	1
Chapitre 1 : Mise en contexte	4
1.1 Projet Arrimage	4
1.1.1 Maltraitance envers les personnes aînées	6
1.1.2 Constats de la pratique	7
1.2 Stage de maîtrise	9
1.2.1 Maltraitance par soi – autonégligence	10
1.2.2 Constats de la pratique	11
1.3 État des connaissances sur les guides de pratique	12
1.3.1 Définition d'un guide de pratique	14
1.3.2 Objectifs d'un guide de pratique	17
Chapitre 2 : Créer un guide de pratique	20
2.1 Phase 1 : Décider de créer un guide de pratique	21
2.1.1 Clarifier la demande	21
2.1.1.1 Effectuer une collecte préliminaire de données	22
2.1.1.2 Analyser le thème	24
2.1.2 Déterminer la question décisionnelle et les objectifs du guide de pratique	25
2.1.3 Déterminer la meilleure stratégie	25
2.1.3.1 Adopter ou adapter un guide de pratique déjà existant	26
2.1.3.2 Créer un guide de pratique inédit	28
2.1.3.3 Déterminer les parties prenantes de la création et de l'utilisation du guide de pratique	30
2.2 Phase 2 : Collecter et analyser les données	33

2.2.1 Déterminer la question de pratique	34
2.2.2 Collecter et analyser les données tirées de la littérature	35
2.2.2.1 Sélectionner et évaluer les guides de pratique existants	36
2.2.3 Collecter et analyser les données contextuelles et expérientielles	37
2.2.4 Faire la triangulation des données	38
2.3 Phase 3 : Élaborer les recommandations du guide de pratique	39
2.3.1 Élaborer les recommandations initiales du guide de pratique	39
2.3.2 Déterminer la force des recommandations initiales	41
2.3.3 Collaborer avec un groupe externe pour la révision des recommandations	42
2.4 Phase 4 : Finaliser le guide de pratique	42
2.5 Comparaison du contenu de la littérature à des expériences pratiques	44
2.5.1 Projet Arrimage	44
2.5.2 Stage de maîtrise	48
Chapitre 3 : Utiliser un guide de pratique	52
3.1 Phase 5 : Diffuser le guide de pratique	52
3.2 Phase 6 : Implanter le guide dans un milieu de pratique	53
3.3 Phase 7 : Évaluer l'utilisation du guide dans un milieu de pratique	56
3.4 Comparaison du contenu de la littérature à des expériences pratiques	58
3.4.1 Projet Arrimage	58
3.4.2 Stage de maitrise	60
Chapitre 4: Enjeux rencontrés dans la création et l'utilisation d'un guide de productions	
4.1 Accès aux ressources nécessaires	62
4.2 Coordination des parties prenantes	63
4.2.1 Conflits d'intérêts	64
4.2.2 Confidentialité	65
4.3 Contenu et forme du guide de pratique	66
4.3.1 Principe d'équité	66

4.3.2 Vocabulaire	67
4.3.3 Format de présentation	68
Conclusion	70
Références	75
Annexe 1 Résultats de la recension dans les banques de données	84
Annexe 2 Guide de pratique sur le travail en duo intersectoriel policier/intervenant	92
Annexe 3 Guide de pratique sur l'intervention psychosociale en contexte d'autonég	, ,

INTRODUCTION

Dans les pays développés, le phénomène de vieillissement rapide des populations mène à une augmentation de la visibilité des problématiques sociales relatives aux personnes aînées. Par exemple, bien qu'une proportion considérable des cas ne soit pas rapportée, on estime que 4 à 7 % des personnes aînées soient maltraitées à domicile, ce qui entraine une hausse des demandes de services sociaux ou de santé les concernant (OMS, 2015; MFA, 2010). Pour pallier à cette réalité, diverses instances ont contribué au troisième *Plan d'action international sur le vieillissement*, communément appelé le Plan de Madrid de 2002 (ONU, 2002), qui a notamment, pour la première fois, énoncé les responsabilités étatiques face au problème social qu'est la maltraitance envers les personnes aînées.

Au Québec, le nombre de personnes aînées (adultes de 65 ans et plus) est aujourd'hui de 1.4 millions et il augmentera à 2.9 millions en 2061, sur un total de près de 10 millions de personnes, ce qui constitue un peu plus du quart de la population de la province (ISQ, 2015). Le gouvernement se prépare déjà à ce vieillissement de la population et aux changements sociaux y étant reliés. Par exemple, il a mené la consultation publique *Préparons l'avenir avec nos aînés* de 2007 (MFA, 2008), a implanté le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015* (PAM) (MFA, 2010), prolongé jusqu'en 2017, et produit la première politique publique sur le vieillissement nommée *Vivre et vieillir ensemble chez soi* de 2012-2017 (MFA et MSSS, 2012). Au moyen des quatre actions structurantes ainsi que des quelques trente changements à des pratique actuelles proposés dans le PAM, la maltraitance envers les personnes aînées est de plus en plus reconnue et prise en charge.

Toutefois, l'autonégligence, donc la maltraitance par soi, demeure très peu abordée autant par la communauté scientifique du Québec que par les diverses instances décisionnelles ou ayant un

lien avec l'intervention dans ce domaine. En effet, bien que plusieurs comités de travail et de documents produits par le gouvernement traitent de la maltraitance envers les aînés depuis la fin des années 1970, ce n'est que depuis 2010, par le PAM que les actions sont concertées entre 13 ministères et organismes, mais celui-ci ne traite pas d'autonégligence spécifiquement.

Aux États-Unis, la forme de maltraitance la plus souvent rencontrée par les Services de protection des adultes¹ est la négligence, tant par soi que par autrui (50 à 70 % des signalements), mais c'est l'autonégligence qui constitue la majorité de ces cas (Bozinovski, 2000; Dyer et coll., 2006). La maltraitance par autrui et l'autonégligence ont chacun leur propre définition, mais peuvent être combinés et ainsi coexister et s'interinfluencer en termes de facteurs et de conséquences (Lauder, Roxburgh, Harris et Law, 2009; Neesham-Grenon, 2012).

Par ailleurs, bien que des praticiens de divers secteurs d'activités soient appelés à agir dans des situations de maltraitance, les travailleurs sociaux ont un rôle central dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées (Giasson et Beaulieu, 2004). Pour les aider à surmonter les enjeux qu'ils rencontrent dans cette pratique, ils doivent être outillés sur les plans éthiques, cliniques et légaux (Donovan et Regehr, 2010). Plus spécifiquement, dans le but d'offrir des services adaptés aux besoins spécifiques des personnes aînées maltraitées, ils peuvent utiliser des outils qui leur permettent de prévenir ou de détecter des situations de maltraitance et d'autres leur offrant des recommandations de bonnes pratiques pour l'intervention dans de pareilles circonstances (Imbody et Vandsburger, 2011).

Cet essai rappelle la pertinence de rendre disponible un plus grand nombre d'outils visant la mobilisation de connaissances, autant pratiques que scientifiques, par l'entremise de guides de

-

¹ Bien que les modes de fonctionnement des services de protection des adultes diffèrent d'un endroit à l'autre, ils sont implantés dans tous les états américains et permettent de recueillir des statistiques sur les situations qui leur sont signalées (Lauder, Roxburgh, Harris et Law, 2009).

pratique (Gervais et Chagnon, 2010). En effet, le but du présent essai est de réfléchir sur la création et l'utilisation de guides de pratique adaptés au secteur des services sociaux en prenant appui sur des expériences de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées. Tels qu'abordés dans les chapitres suivants, les objectifs sont de cerner les étapes du processus de création d'un guide de pratique, de faire de même pour le processus de son utilisation et d'explorer les enjeux liés à la création et à l'utilisation de guides de pratique et des solutions à ces enjeux.

Le présent essai s'appuie sur l'analyse d'une recension des écrits² sur les guides de pratique dans les secteurs de la santé et des services sociaux. Les processus décrits par diverses instances ont été comparés dans le but d'en synthétiser l'information et de la rendre plus applicable à quiconque voudrait se lancer dans la création et l'utilisation d'un guide de pratique portant sur une problématique psychosociale. Cette analyse de la littérature est enrichie par deux expériences de création de guides de pratique utilisés dans la lutte contre la maltraitance des personnes aînées, afin de fournir des recommandations adaptées à ce domaine de pratique.

² Dans cet essai, les termes « littérature », « écrits » et « documents » sont utilisés comme synonymes.

CHAPITRE 1 : MISE EN CONTEXTE

Le PAM est articulé autour de deux caractéristiques principales, soit que cette problématique sociale est méconnue et complexe, puis autour de la nécessité de renforcer le continuum de services déjà existants, afin qu'il repose sur des actions concertées et complémentaires pour prévenir, détecter et intervenir contre la maltraitance. De plus, le PAM prévoyait quatre actions structurantes, qui ont toutes été réalisées : l'élaboration et la diffusion d'une campagne de sensibilisation grand public, la création d'une chaire de recherche pour la lutte contre la maltraitance, la création d'une ligne téléphonique nationale d'écoute et de référence, puis la mise en place de coordonnateurs régionaux partout dans la province.

De son côté, la *Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées*, la seule au monde dans ce domaine, a débuté ses travaux à l'Université de Sherbrooke, en novembre 2010. Ses objectifs sont entre autres liés à une meilleure compréhension de la maltraitance envers les personnes aînées et à la bonification des interventions en pareil contexte (Beaulieu, 2012). Plusieurs initiatives découlant de ces objectifs ont été entreprises par la Chaire de recherche, au sein de laquelle je suis auxiliaire de recherche depuis 2013. Désirant développer mes capacités réflexives, d'intervention et de soutien à l'intervention en lien avec cette réalité, je me suis engagée dans deux projets en apparence forts différents, mais qui m'ont tous deux amenée à développer des guides de pratique à l'intention d'intervenants psychosociaux et d'autres secteurs qui, dans leur pratique, rencontrent des situations de maltraitance, tant par autrui que par soi.

1.1 PROJET ARRIMAGE

Entre 2013 et 2015, j'ai participé à une recherche-action se déroulant dans le Nord-Est de l'Île de Montréal d'avril 2012 à mars 2015 : le projet Arrimage. Cette démarche a débuté alors que des

praticiens montréalais intéressés par le développement de pratiques intersectorielles³ dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées ont fait appel à la Chaire de recherche dans le but d'être accompagnés scientifiquement dans leur démarche. En l'occurrence, les partenaires montréalais représentant 10 organismes de différents secteurs (santé et services sociaux ou sécurité publique, communautaire ou public) avaient pour objectif de documenter, modéliser et diffuser une pratique intersectorielle innovante. Ils ont identifié une pratique particulièrement innovante sur leur territoire, soit le travail en duo intersectoriel composé d'un policier communautaire et d'un intervenant psychosocial.

L'équipe a documenté, pendant un an, les travaux de trois cas distincts : un duo qui fut actif entre 2008 et 2012 et qui était alors en transfert de compétences, un duo qui a vu le jour en 2010 et qui était toujours actif au moment de la recherche, puis un groupe d'intervenants psychosociaux et de policiers engagés de façon ponctuelle dans une pratique en duos. Ces trois cas sont composés d'intervenants psychosociaux aux fonctions différentes (travailleur de milieu du réseau communautaire ou travailleur social, technicien en assistance spécialisée, ergothérapeute ou infirmier du réseau public de la santé et des services sociaux), alors que les policiers ont tous la fonction d'agent sociocommunautaire au sein du service de police de la ville concernée.

Suite à cette collecte de données, l'équipe a analysé puis comparé ces trois cas afin de produire deux rapports de recherche, l'un portant sur la recension de la littérature internationale en matière de travail intersectoriel de lutte contre la maltraitance (Beaulieu et Diaz Duran, 2015), l'autre sur

_

³ Dans le monde de l'organisation des services, la notion d'inter fait référence à l'intégration ou à l'interdépendance d'approches et de pratiques vers l'atteinte d'un but commun (Davies, 2000) et le concept de secteur réfère à des domaines d'activités, c'est-à-dire à des champs ou des contextes de pratiques, ainsi qu'aux compétences interpelées dans des types particuliers de situations (Barker, 2003). Le travail en intersectorialité est donc défini par l'atteinte d'un but précis par l'intégration de différents secteurs d'activité.

les expérimentations de cas (Beaulieu, Loock, Calvé et Garon, 2015), ainsi qu'un guide de pratique sur la pratique en duo intersectoriel policier-intervenant psychosocial (Beaulieu, Calvé, Loock, Diaz Duran, Lussier-Therrien et Garon, 2015).

1.1.1 MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES AÎNÉES

Dans le cadre du projet Arrimage, la définition retenue de la maltraitance envers les personnes aînées est celle promue par l'Organisation mondiale de la Santé depuis la Déclaration de Toronto de 2002 (WHO, 2002) et traduite par le Gouvernement du Québec dans le PAM : « 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 chez une personne aînée » (MFA, 2010 : 17).

La maltraitance prend deux formes, soient la violence ou la négligence. La première implique de « malmener une personne aînée ou la faire agir contre sa volonté, en employant la force et/ou l'intimidation », alors que la deuxième forme consiste à « ne pas se soucier de la personne aînée, notamment par une absence d'action appropriée afin de répondre à ses besoins » (CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Ligne Aide Abus Aînés, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées, Ministère de la Famille et Secrétariat aux aînés, 2015 : 1).

D'autant plus, ces deux formes de maltraitance envers les personnes aînées peuvent se manifester selon sept types distincts :

 « Psychologique : Gestes, paroles ou attitudes qui constituent une atteinte au bien-être ou à l'intégrité psychologique;

- Physique : Gestes ou actions inappropriés, ou absence d'action appropriée, qui portent atteinte au bien-être ou à l'intégrité physique;
- Sexuelle : Gestes, actions, paroles ou attitudes à connotation sexuelle non consentis, qui portent atteinte au bien-être, à l'intégrité ou à l'identité sexuelle;
- Matérielle ou financière : Obtention ou utilisation frauduleuse, illégale, non autorisée ou malhonnête des biens ou des documents légaux de la personne, absence d'information ou mésinformation financière ou légale;
- Violation des droits : Toute atteinte aux droits et libertés individuels et sociaux;
- Organisationnelle (soins et services): Toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les procédures d'organisations (privées, publiques ou communautaires) responsables d'offrir des soins ou des services de tous types, qui compromet l'exercice des droits et libertés des personnes;
- Âgisme : Discrimination en raison de l'âge, par des attitudes hostiles ou négatives, des gestes préjudiciables ou de l'exclusion sociale » (CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Ligne Aide Abus Aînés, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées, Ministère de la Famille et Secrétariat aux aînés, 2015 : 1-2).

1.1.2 CONSTATS DE LA PRATIQUE

Le projet Arrimage a permis de confirmer deux enjeux principaux reliés aux interventions en contexte de maltraitance envers les personnes aînées, qui sont abordés dans la littérature, soit la difficulté pour un seul praticien d'intervenir en raison de la complexité et de la dangerosité de certaines situations (Beaulieu, Loock, Calvé et Garon, 2015; Giasson et Beaulieu, 2004; Imbody et Vandsburger, 2011; MFA, 2010).

D'une part, les situations de maltraitance sont complexes en raison de la présence de plusieurs types de maltraitance simultanément, de la dynamique relationnelle entre la personne aînée maltraitée et la personne maltraitante (leurs relations sont souvent empreintes de codépendance), de différences culturelles ou des problèmes personnels ou sociaux des personnes concernées, tels la santé mentale, des pertes cognitives ou d'autonomie physique ou la consommation d'alcool, de drogue ou de médication de façon inadéquate. De plus, la complexité est augmentée en raison de la non-reconnaissance de la maltraitance par la personne aînée, de son refus d'aide ou de porter plainte, du manque de preuves pour entamer un processus judiciaire, des enjeux de confidentialité ou des limites des ressources disponibles (Beaulieu, Calvé, Loock, Diaz Duran, Lussier-Therrien et Garon, 2015; Pelletier et Beaulieu, 2015).

D'autre part, les situations de maltraitance sont souvent caractérisées par un niveau élevé de dangerosité, tant pour la personne aînée maltraitée que pour les intervenants concernés. Cela se manifeste notamment par la présence de la personne maltraitante sur le lieu de l'intervention, des enjeux de santé mentale tant chez la personne maltraitée que maltraitante ou par la précarité de la santé physique de la personne aînée (Beaulieu, Calvé, Loock, Diaz Duran, Lussier-Therrien et Garon, 2015).

Par ailleurs, les partenaires montréalais du projet Arrimage ont relevé la grande disponibilité d'outils de prévention de la maltraitance, mais ont déploré dès le départ le manque de recommandations claires en matière d'intervention intersectorielle. Pour répondre aux enjeux identifiés, les partenaires montréalais qui désiraient développer et modéliser une pratique intersectorielle innovante de lutte contre la maltraitance ont contribué à la création et à la diffusion d'un guide de pratique (dont la méthodologie utilisée est abordée plus loin dans le présent essai). Celui-ci vise notamment à soutenir les membres des duos dans leur travail et à

sensibiliser des praticiens de divers milieux à ce type de travail. Bien que le financement du projet Arrimage, y compris la production de plusieurs livrables, fût terminé en mars 2015, les résultats sont toujours diffusés à l'échelle locale, nationale et internationale.

1.2 STAGE DE MAÎTRISE

C'est dans le cadre d'un stage de maîtrise que j'ai développé un guide de pratique sur l'intervention en contexte d'autonégligence, donc de maltraitance commise par soi envers soi. En fait, c'est une collègue de la Chaire de recherche qui, pour la première fois au Québec, a abordé officiellement la notion d'autonégligence chez les personnes aînées. Dans son mémoire de maîtrise (Neesham-Grenon, 2012), elle a entre autre conclu que les intervenants psychosociaux québécois manquent de connaissances sur cette problématique et qu'ils se sentent impuissants lorsqu'ils interviennent dans un tel contexte. Suivant ses recommandations, j'ai entrepris de bonifier la pratique d'intervention en situation d'autonégligence et de créer un guide de pratique à l'intention des intervenants psychosociaux.

Au départ, j'ai élaboré mon projet de stage autour de l'autonégligence chez les personnes aînées et je visais principalement à collaborer avec les intervenants psychosociaux du programme de soutien à domicile pour la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement d'un Centre de santé et services sociaux. Cependant, c'est dans le cadre du programme de soutien à domicile pour la clientèle en déficience physique que j'ai réalisé ce projet, à temps partiel entre septembre et décembre 2014. En raison des particularités de ces deux clientèles, cette opportunité m'a permis d'observer une grande diversité dans les situations rencontrées, ainsi qu'une évolution des contextes d'autonégligence à travers les âges. J'ai donc développé un guide de pratique à l'intention des intervenants psychosociaux, dans l'optique de leur permettre de s'appuyer sur un

outil concret pour construire leur jugement clinique et prendre la meilleure décision possible dans un contexte d'autonégligence chez une clientèle adulte ou aînée. L'outil aborde la détection de ces situations, les enjeux éthiques rencontrés en intervention ainsi que les approches à privilégier.

1.2.1 MALTRAITANCE PAR SOI – AUTONÉGLIGENCE

Dans la littérature, le lien entre la maltraitance et l'autonégligence n'est pas clairement établi. D'une part, il n'y a pas de consensus à savoir si l'autonégligence est une forme de maltraitance ou non. Selon la définition adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (WHO, 2002) et reprise par le Gouvernement du Québec (MFA, 2010), ce sont deux concepts distincts puisque dans les situations d'autonégligence, il n'est pas question d'une relation de confiance avec autrui. D'autre part, la maltraitance et l'autonégligence sont des problématiques interdépendantes, alors que l'une peut être une cause ou une conséquence de l'autre. En ce sens, une personne aînée victimisée lors d'une situation de maltraitance peut adopter des comportements auto-négligents, alors qu'à l'inverse, une personne aînée auto-négligente est davantage vulnérable à la maltraitance par autrui (Lauder, Roxburgh, Harris et Law, 2009; NCPEA, 2008; Neesham-Grenon, 2012).

Abordée depuis peu dans la littérature scientifique, l'autonégligence chez les personnes aînées pose des enjeux de définition. Les premiers auteurs à s'y être attardés, dans les années 1960, se référaient aux concepts de « *self-abuse* », de « *senile breakdown* » ou encore de « *Diogenes syndrome* », faisant références à un modèle médico-psychiatrique plus qu'à un modèle du fonctionnement social où l'on parle davantage de « *social breakdown syndrome* » (Band-Winterstein, Doron et Naim, 2012; Neesham-Grenon, 2012). La définition que j'ai adoptée dans

le cadre de mon stage de maîtrise est inspirée des écrits de Band-Winterstein, Doron et Naim (2012), Day, McCarthy et Leahy-Warren (2012) et Neesham-Grenon (2012) :

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

En général, l'autonégligence est caractérisée par une mauvaise gestion de sa propre hygiène et de celle de son environnement, ainsi que par des comportements inadéquats de santé comme la non-reconnaissance de sa situation et le non-recours à l'aide. Chez bon nombre des personnes aînées auto-négligentes rencontrées par les services sociaux américains, le phénomène est devenu chronique puisqu'elles sont très avancées dans le continuum d'intensité (Gibbons, 2009). Une identification ainsi qu'une intervention précoces peuvent stopper ou ralentir la progression de l'autonégligence vers des cas sévères. On entend par l'autonégligence sévère des situations où il y a défaillance dans l'accès aux soins et un refus de recevoir des services sociaux ou médicaux nécessaires, en plus d'une incapacité à prendre des décisions afin d'assurer sa propre sécurité (Gibbons, 2009; Lauder, Roxburgh, Harris et Law, 2009).

1.2.2 CONSTATS DE LA PRATIQUE

Lors de leurs interventions en contexte d'autonégligence, les intervenants psychosociaux ont pour principaux défis la gestion du risque, la collaboration avec les personnes aînées et leur environnement ainsi que la balance d'équilibre entre la protection et la sécurité des personnes aînées puis leur autonomie et autodétermination (Pelletier et Beaulieu, 2015). Par ailleurs, tel que

l'indique Neesham-Grenon (2012), bon nombre de professionnels du travail social au Québec ressentent une incompréhension de la problématique sociale qu'est l'autonégligence. Ils ont déclaré se sentir démunis dans leurs interventions auprès d'aînés auto-négligents et avoir besoin d'outils pour guider leur pratique dans de telles circonstances. Les intervenants psychosociaux utilisent actuellement des outils standardisés d'évaluation en gérontologie et gériatrie, tels que l'Outil d'évaluation multiclientèle et le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle, bien qu'ils ne soient pas spécifiques à l'autonégligence.

Les personnes aînées autonégligentes sont prises en charge par des programmes, services ou organismes dont la clientèle principale est constituée d'adultes en perte d'autonomie ou de personnes aînées en général (Neesham-Grenon et Beaulieu, 2011). Reconnaître l'existence de cette problématique et créer des outils cliniques permettront aux professionnels de la santé et des services sociaux de détecter un plus grand nombre de situations d'autonégligence et d'agir plus rapidement afin de prévenir l'aggravation de chacune d'elles. De plus, les instances gouvernementales auront des balises plus claires entourant cette problématique sociale afin de pouvoir adapter l'accès aux ressources en fonction de la population âgée auto-négligente.

1.3 ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LES GUIDES DE PRATIQUE

Dans les années 1990, le domaine médical, fortement influencé par une culture de prise de décision fondée sur des données scientifiques, démarrait un mouvement de création et d'utilisation de guides de pratique (*evidence-based medicine*) (AMC, 2007), mouvement qui s'est ensuite étendu à d'autres secteurs de pratique, dont celui des services sociaux (*evidence-based practice*) (INESSS, 2015). Cette influence du secteur de la santé se fait grandement sentir à

travers la littérature qui aborde les guides de pratique. En effet, bien que je n'aie pas effectué une recension systématique des écrits sur le sujet, je remarque que peu de documents abordent la création et l'utilisation de guides de pratique au sein du secteur des services sociaux.

Dans l'optique de recenser un large éventail de documents qui abordent la création ou l'utilisation de guides de pratique, j'ai lancé des combinaisons de mots-clés, soit des synonymes de guide de pratique, de création ou d'utilisation, de maltraitance, de personne aînée et de service social dans les moteurs de recherche *Ageline*, *Abstracts in social gerontology* et *Social work abstracts* pour des résultats scientifiques (voir l'Annexe 1) et *Google* pour des résultats de la littérature grise. Dans un premier temps, j'ai exploré les références publiées depuis 2000, puis, constatant l'absence de résultats, j'ai lancé une deuxième recherche plus étoffée et en ne retenant que les références publiées depuis 2005. De plus, j'ai exploré les listes de références des documents retenus pour y soutirer des écrits qui n'ont pas été recensés parmi les banques de données.

Diverses instances se sont penchées sur la création de guides de pratique et ont explicité leur démarche, pour la plupart dans des documents d'envergure rédigés en anglais. Ces instances proviennent essentiellement du domaine de la santé, telles que l'Association médicale canadienne (AMC, 2007), la Haute autorité de santé en France (HAS, 2007, 2010, 2015), National Institute for Health and Care Excellence au Royaume-Unis (NICE, 2008, 2016), le Scottish Intercollagiate Guidelines Network (SIGN, 2015) et l'Organisation mondiale de la santé (WHO, 2014). Cependant, il est possible de faire des analogies entre leur méthodologie et celle employée dans le secteur des services sociaux, tel que le démontrent le Comité sur les guides de pratique dans le secteur des services sociaux de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du

Québec (INESSS, 2012, 2015), ainsi que le National Institute for Health and Care Excellence au Royaume-Unis (NICE, 2013).

1.3.1 DÉFINITION D'UN GUIDE DE PRATIQUE

La majorité des définitions que j'ai lues sur les guides de pratique proviennent du secteur de la santé et touchent ainsi les guides de pratique cliniques. La définition que je retiens est celle proposée par l'INESSS, qui regroupe tous les éléments importants mentionnés par d'autres instances et qui s'applique bien au secteur des services sociaux. J'ai adapté quelques termes entre crochets afin que le vocabulaire de la définition soit uniforme avec celui que je propose dans le présent essai. Lorsqu'on parle de guides de pratique, il s'agit donc de :

« Recommandations élaborées de façon systématique et transparente, par et pour les parties prenantes d'une intervention dans le secteur des services sociaux. Ces recommandations sont fondées sur des données [tirées de la littérature], sur des données contextuelles, ainsi que sur le savoir d'experts, notamment les chercheurs, les gestionnaires, [les praticiens, les utilisateurs de services] et leurs proches. Ces recommandations sont présentées dans un format clair et concis, afin de [mobiliser des connaissances], de soutenir la prise de décision et d'orienter la pratique des parties prenantes » (INESSS, 2012, 2015)⁴.

« Un guide de pratique est en quelque sorte une synthèse critique de divers types de données afin de les intégrer aux pratiques d'intervention, de gestion ou d'organisation des services » (INESSS, 2015 : 4).

_

⁴ La définition originale de l'INESSS (2012, 2015) est : « Recommandations élaborées de façon systématique et transparente, par et pour les parties prenantes d'une intervention en services sociaux. Ces recommandations sont fondées sur les meilleures données scientifiques disponibles et appuyées sur des données contextuelles ainsi que sur le savoir d'experts, notamment les chercheurs, les gestionnaires, les intervenants, les usagers et leurs proches. Elles sont présentées dans un format clair et concis, pour soutenir la prise de décision et orienter la pratique des parties prenantes ».

Selon l'Organisation mondiale de la santé (WHO, 2014), il existe quatre types de guides de pratique :

- Le standard: Il aborde un point précis d'une problématique ou l'ensemble de celle-ci et porte sur une pratique ou une politique particulière. Le processus de création de ce type de guide de pratique se déroule sur une période de neuf mois à deux ans et il doit être révisé selon l'évolution des données disponibles sur la problématique et sur les approches d'intervention. À titre d'exemples, l'outil En Mains: Arbre décisionnel « ENjeux éthiques, Maltraitance, Aînés, INtervention, Scénarios », (Beaulieu, 2010) dont est inspiré le Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées (MSSS, 2013)-, ainsi que le Guide d'accompagnement pour la réalisation de la démarche Municipalité amie des aînés (VADA-Québec, 2014) sont considérés comme étant des guides de pratique standards. De plus, les deux guides de pratique dont il sera question dans le présent essai sont des guides de pratique standards;
- Le fusionné (consolidated): Ce type de guide de pratique constitue une compilation de recommandations issues d'autres guides de pratique. Son processus de création est complexe, compte tenu des divers niveaux de validité des autres guides de pratique et de la nécessité de les mettre à jour à des moments distincts;
- Par intérim : Il est créé pour répondre à un besoin alors que les données disponibles seront bonifiées dans un avenir proche, par exemple suite à l'apparition soudaine d'une problématique pour laquelle des nouvelles ressources seront mises sur pied prochainement;
- **D'urgence** : Ce type de guide de pratique est créé pour répondre à un besoin urgent. Il diffère du guide de pratique par intérim, puisque ce dernier reprend le même processus de

création que celui du guide de pratique standard, alors que pour celui qui répond à une urgence, il est impossible de passer par les mêmes étapes en une période allant de quelques heures à quelques mois. Ces deux types de guide de pratique sont toutefois plus communs au secteur de la santé que celui des services sociaux. Le guide de pratique d'urgence se divise en deux sous-types :

- Réponse rapide : Le processus comprend une recherche impérative de guides de pratique sur le même sujet ou une collecte de données auprès d'experts seulement. Bien que la méthode soit moins rigoureuse que pour les autres types de guides de pratique, elle nécessite tout de même d'être documentée dans une visée de transparence du processus;
- Conseil rapide : Ce type de guide de pratique est créé lorsque la problématique abordée dans le guide de pratique à réponse rapide persiste. Il faut alors réviser ce guide de pratique et le bonifier à l'aide de données issues de ladite problématique ainsi que d'une collecte de données systématique.

Par ailleurs, un guide de pratique ne constitue pas :

- Un cadre de référence, donc des principes généraux d'ordre éthique, économique, légal, politique ou social propres à un secteur d'activité particulier, tel que le *Guide de référence* pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées (MSSS, 2013);
- Des lignes directrices : des prescriptions fondées sur des règlements, des textes de loi ou des données scientifiques robustes qui déterminent les lignes de conduite ou les façons de procéder en intervention ou qui conseillent sur les moyens de se conformer à une loi ou à un règlement;

- Des normes de pratique, soit des consignes ou critères qui dictent des lignes de conduites dans un contexte particulier, dans le but de garantir la sécurité, la performance et la qualité des interventions;
- Une évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (ETMISSS), visant leur introduction, remboursement, optimisation ou retrait de l'offre de services (INESSS, 2012, 2015).

Enfin, le terme « guide de pratique » n'est pas synonyme de protocole ni de manuel d'instruction, de rapport ou de mémoire. Il n'expose pas des principes établis tels que les droits humains, des faits ou des données, il ne rapporte pas une pratique existante sans la bonifier par des recommandations d'intervention ou de mobilisation de ressources et il ne décrit pas un processus standardisé de gestion d'organisations (WHO, 2014).

1.3.2 OBJECTIFS D'UN GUIDE DE PRATIQUE

Plusieurs objectifs sont attribués à la création et à l'utilisation de guides de pratique cliniques, donc dans une perspective de santé. En adaptant ce vocabulaire à celui du service social, un guide de pratique serait destiné à :

- Soutenir la prise de décision du praticien;
- Rendre la prise de décision du praticien plus transparente;
- Harmoniser les pratiques (de prévention, de détection, d'intervention ou de suivi) et ainsi réduire la variation indue au niveau de la pratique;
- Améliorer la qualité des services et leurs résultats ou promouvoir l'utilisation efficiente des ressources:

- Réduire les interventions inutiles, coûteuses ou à risque;
- Réduire les ruptures dans l'offre de services;
- Repérer les lacunes aux plans des connaissances et de la pratique, puis attribuer des priorités aux activités de recherche;
- Résumer et promouvoir les résultats de recherche;
- Éclairer les politiques publiques (AMC, 2007; HAS, 2015).

Autrement dit, en s'appuyant sur des données probantes, la création de guides de pratique s'inscrit dans une volonté d'améliorer les pratiques professionnelles et la qualité des services et favorise ainsi la santé et le bien-être des populations (AMC, 2007; HAS, 2007, 2015; INESSS, 2012, 2015; SIGN, 2015). Plus précisément, les guides de pratique visent l'efficacité, l'efficience, l'accessibilité, l'équitabilité et la sécurité des interventions (AMC, 2007; HAS, 2015; INESSS, 2015) en plus de promouvoir des principes tels que l'autonomie décisionnelle de l'intervenant et la bienfaisance (INESSS, 2012, 2015).

« Les guides de pratique fondés sur les meilleures données disponibles font partie des outils prometteurs et efficaces pour améliorer la qualité des services » (INESSS, 2015 : 4).

Un guide de pratique ne cherche pas à remplacer le jugement clinique d'un praticien. En ce sens, suivant la logique des objectifs encourus par la création et l'utilisation de guides de pratique, ceux-ci ne visent pas à :

- Fournir des connaissances approfondies sur les causes ou les conséquences d'une problématique, tel que le font les guides d'information;
- Donner des directives qui ne laissent aucun pouvoir décisionnel au praticien;

- Fournir des recommandations valides pour toutes les situations et tous les groupes d'utilisateurs ou de bénéficiaires;
- Constituer une ressource légale pour des cas de négligence professionnelle (AMC, 2007).

CHAPITRE 2 : CRÉER UN GUIDE DE PRATIQUE

Le présent chapitre expose les étapes du processus de création de guides de pratique. Celui-ci est divisé en quatre phases, telles que le démontre la Figure 1 ci-dessous. C'est dans le chapitre suivant que seront explorées les trois phases menant à l'utilisation d'un guide de pratique. Chacune de ces phases est divisée en étapes qui sont interdépendantes les unes aux autres et qui nécessitent un travail de collaboration entre diverses parties prenantes⁵. Dans cet essai, ces phases sont présentées selon un enchainement précis, mais rien n'empêche une approche itérative, soit de revenir à une étape ou à une phase antérieure pour permettre aux parties prenantes de s'adapter aux imprévus ou de bonifier leur démarche.

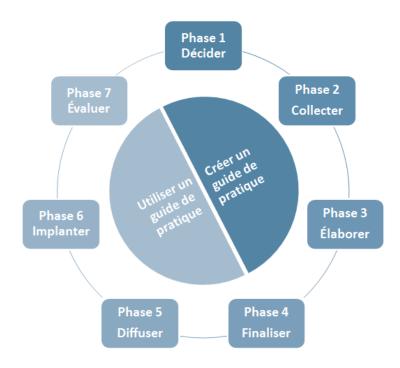


Figure 1 : Phases de création et d'utilisation d'un guide de pratique

_

⁵ Les parties prenantes des processus de création et d'utilisation d'un guide de pratique sont décrites ultérieurement dans cet essai.

Considérant l'ampleur du processus de création d'un guide de pratique, les parties prenantes qui y sont engagées doivent envisager plusieurs éléments avant de se lancer dans un tel projet (INESSS, 2015). En ce sens, elles doivent avoir une vue d'ensemble de l'enchaînement des tâches à accomplir et estimer, par exemple, les objectifs à atteindre ainsi que les ressources humaines, matérielles, financières et temporelles requises.

« Bon nombre d'entre eux [les guides de pratique] sont peu utilisés après leur diffusion. C'est pourquoi, avant même de commencer le processus d'élaboration d'un guide de pratique, il faut penser à en favoriser l'utilisation sur le terrain » (INESSS, 2015 : 4).

2.1 PHASE 1 : DÉCIDER DE CRÉER UN GUIDE DE PRATIQUE

La première phase du processus de création de guides de pratique vise à s'assurer qu'il s'agisse de la meilleure stratégie pour répondre à une demande d'un nouvel outil. Par exemple, s'il existe déjà un ou d'autres guides de pratique qui abordent la même problématique et qui répondent aux exigences du contexte de pratique, rien ne sert de se lancer dans la création d'un tout nouveau guide de pratique. C'est donc lors de la première phase du processus que sont explorés la demande, le thème, les objectifs visés par le guide de pratique ainsi que la stratégie pour y répondre.

2.1.1 CLARIFIER LA DEMANDE

La demande de création d'un guide de pratique provient d'une personne, par exemple à titre de gestionnaire ou de potentiel utilisateur du guide de pratique ou d'un regroupement tels qu'un ordre professionnel ou un organisme (INESSS, 2012, 2015). Elle se manifeste dans divers

contextes, soit d'intervention, de formation (de maintien des connaissances ou de mise à jour des connaissances), d'émergence d'une problématique sociale d'envergure, de découverte de nouvelles données probantes, de changements dans la disponibilité des ressources ou de médiatisation d'une faute professionnelle (INESSS, 2015; WHO, 2014).

2.1.1.1 EFFECTUER UNE COLLECTE PRÉLIMINAIRE DE DONNÉES

Lors de la première étape de la phase de décision, dans le but de clarifier la demande, le demandeur, le décideur, le producteur et le documentaliste entrent en dialogue et effectuent une collecte préliminaire de données⁶. Celle-ci vise à orienter leur réflexion à propos des besoins ou des priorités et du thème (amalgame de la problématique et du contexte de pratique) auxquels la demande fait référence (HAS, 2007, 2010; NICE, 2013; SIGN, 2015; WHO, 2014). D'une part, les priorités subjectives réfèrent aux connaissances et à l'expérience ainsi qu'aux valeurs et aux croyances des parties prenantes des processus de création et d'utilisation du guide de pratique (INESSS, 2015). D'autre part, les priorités objectives reflètent :

- L'importance du thème au sein du système de santé et de services sociaux :
 - o La fréquence de la problématique;
 - o Les conséquences individuelles ou collectives (morbidité, mortalité, coûts, etc.);
- L'importance du thème sur l'évolution des pratiques :
 - o Un écart entre l'état des connaissances et la pratique actuelle;
 - Un écart entre la pratique actuelle et la pratique souhaitable;

_

⁶ Pour la collecte préliminaire des données et leur analyse, les parties prenantes peuvent s'inspirer de la méthodologie décrite dans la phase 2 du processus de création d'un guide de pratique : Collecter et analyser les données.

- O Un écart de pratique entre diverses instances;
- Un écart d'accès aux soins entre des régions géographiques ou des groupes sociaux;
- La nécessité d'agir davantage en prévention, en détection, en intervention, en suivi, en transfert de compétences ou en coordination des services (au plan des organismes ou des politiques);
- L'importance d'élaborer un guide de pratique précisément sur ce thème :
 - o L'absence de guides de pratique valides ou pertinents sur le thème identifié;
 - La présence de données probantes qui permettent de formuler des recommandations;
 - La possibilité d'appliquer les recommandations, donc le guide de pratique, compte tenu des ressources disponibles ainsi que des obstacles et des solutions identifiés (HAS, 2007; INESSS, 2012, 2015; NICE, 2013; SIGN, 2015).

Le demandeur, le décideur, le producteur et le documentaliste ne seront pas en mesure de trancher sur ces priorités s'ils n'effectuent pas une collecte préliminaire de données sur le plan de la littérature — autant scientifique que celle qualifiée de grise- et des données contextuelles et expérientielles. Ils vérifient s'il existe déjà un guide de pratique qui aborde le thème choisi et recueillent des informations générales sur ledit thème (INESSS, 2015). L'analyse et la synthèse de cette collecte de données leur permettront de statuer sur les priorités qui influenceront par la suite la façon d'aborder le thème dans le guide de pratique ainsi que les objectifs et la stratégie à adopter pour répondre à la demande (WHO, 2014).

2.1.1.2 ANALYSER LE THÈME

Une fois la demande clarifiée et la collecte préliminaire des données effectuée, les parties prenantes analysent le thème, donc la problématique et le contexte de pratique concernés par le guide de pratique. D'une part, la problématique concerne les bénéficiaires du guide de pratique et consiste en la prévalence, l'incidence, les caractéristiques, les causes, les conséquences et les facteurs précipitants ou de protection. D'autre part, le contexte de pratique réfère à des caractéristiques aussi larges que la conjoncture économique, l'organisation des services et les politiques ou les ententes ministérielles. De plus, il concerne des aspects plus spécifiques tels que le milieu visé, l'état des connaissances et de la pratique actuelles et les ententes interorganisationnelles et ce, au moment présent ainsi que dans une perspective à long terme (INESSS, 2012, 2015). L'analyse du contexte comprend aussi l'étude des particularités des utilisateurs et des bénéficiaires visés, par exemple leurs conditions de vie et de travail, leurs besoins et leur désirs, leurs connaissances et expériences ainsi que les valeurs, les croyances et la volonté de ces parties prenantes quant à l'utilisation du guide de pratique (INESSS, 2012, 2015).

Cette étape d'analyse vise à répondre aux questions : Existe-t-il suffisamment de données probantes pour formuler des recommandations de pratique crédibles ? Comment se définit la problématique identifiée ? Quels aspects devraient être abordés (théoriques et pratiques) ? Dans quel contexte le guide de pratique devrait-il être implanté ? et qui sont les utilisateurs et les bénéficiaires visés ? Essentiellement, il s'agit, au moyen d'une synthèse de la collecte et de l'analyse préliminaires des données, de faire état de la façon dont le thème se traduit dans le milieu visé (INESSS, 2012, 2015; NICE, 2008).

2.1.2 DÉTERMINER LA QUESTION DÉCISIONNELLE ET LES OBJECTIFS DU GUIDE DE PRATIQUE

À partir de la synthèse de la collecte des données et de leur analyse préliminaire, les parties prenantes élaborent la question décisionnelle qui traduit le thème en un enjeu d'intervention. Suivant la nature de la demande, le thème sera abordé sous un angle professionnel, légal, social, organisationnel, éthique, politique, économique ou de nature multiple (INESSS, 2012, 2015). Puis, elles formulent les objectifs à l'aide de verbes d'action et de manière à être mesurables ultérieurement dans l'optique d'évaluer les résultats attendus (INESSS, 2012), annonçant ainsi le contenu du guide de pratique (INESSS, 2015).

Pour circonscrire la question décisionnelle et les objectifs du guide de pratique, les éléments regroupés sous l'abréviation PICOTS s'avèrent particulièrement utiles. Ils demandent à statuer sur la **population** visée (utilisateurs et bénéficiaires : âge, sexe, problématiques, etc.), l'**intervention**, le **comparateur** de l'intervention (par exemple une autre intervention), les résultats attendus de l'intervention (*outcomes* : les objectifs ou les critères de jugement), le moment opportun pour mesurer les effets de l'intervention (*timing*) et le contexte dans lequel se déroulera l'intervention (*setting* : milieu, continuum de services, etc.) (INESSS, 2015; SIGN, 2015; WHO, 2014).

2.1.3 DÉTERMINER LA MEILLEURE STRATÉGIE

Dans l'optique de répondre à la question décisionnelle et aux objectifs du guide de pratique, il y a trois stratégies possibles : 1) adopter en entier un guide de pratique déjà existant, 2) adapter un guide de pratique qui a besoin d'une mise à jour ou 3) créer un guide de pratique inédit (INESSS, 2012). Dans les faits, l'adaptation et la création de guides de pratique sont des processus

rigoureux qui mobilisent beaucoup de ressources humaines, financières, matérielles et temporelles. Par exemple, ces stratégies peuvent s'effectuer *en collaboration avec* des ressources externes ou *par* des ressources externes (WHO, 2014). Le choix de la stratégie nécessite donc d'évaluer préalablement la faisabilité et la pertinence de la demande formulée (AMC, 2007; HAS, 2007; INESSS, 2012, 2015). Dans un cas extrême, s'il n'existe pas assez de données probantes (tirées de la littérature, contextuelles et expérientielles) pour créer un guide de pratique, les parties prenantes peuvent proposer des recommandations pour la recherche en fonction de leurs hypothèses (NICE, 2008; SIGN, 2015).

2.1.3.1 ADOPTER OU ADAPTER UN GUIDE DE PRATIOUE DÉJÀ EXISTANT

Suite à leur collecte et analyse préliminaires de données, dans l'éventualité où le décideur, le producteur et le documentaliste ont mis la main sur un guide de pratique qui aborde le thème qu'ils ont ciblé, ils en font l'évaluation (HAS, 2007; INESSS, 2015). Dans ce contexte d'évaluation, la grille AGREE (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*) s'avère fort utile (AMC, 2007; INESSS, 2012). Cet outil peut être appliqué à toutes populations et à diverses thématiques. Il fournit un cadre systématique d'évaluation de la qualité des guides de pratique au niveau du processus de création des recommandations, de leur validité et de leur applicabilité dans le contexte prédéfini (AMC, 2007; HAS, 2007; INESSS, 2012, 2015).

Entre le guide de pratique existant de bonne qualité et le guide de pratique désiré, il peut y avoir de nombreuses variations nécessitant le recours à une démarche systématique d'adaptation (AMC, 2007). Par exemple, ces guides de pratique peuvent varier sur le plan de la langue, des utilisateurs et des bénéficiaires visés ou de l'organisation des services dans les milieux ciblés. Il

peut aussi y avoir une évolution du thème, des ressources et des pratiques depuis la diffusion du guide de pratique existant, d'où la nécessité de mettre à jour chaque guide de pratique ou de les adapter (AMC, 2007; HAS, 2007; INESSS, 2012, 2015).

Dans la littérature que j'ai recensée, c'est la méthode ADAPTE qui est recommandée pour l'adaptation d'un guide de pratique existant (AMC, 2007; INESSS, 2012). Celle-ci ne sera toutefois pas abordée en profondeur dans cet essai, puisqu'il porte davantage sur le processus de création de guides de pratique inédits. En résumé, suite à l'évaluation du guide de pratique, la méthode propose de :

- Rejeter complètement le guide de pratique et en créer un nouveau;
- Adopter le résumé des données contenues dans le guide de pratique;
- Adopter certaines recommandations;
- Modifier certaines recommandations;
- Adopter le guide de pratique dans son ensemble (AMC, 2007).

Par ailleurs, la méthode ADAPTE est fondée sur des principes qui, selon moi, sont également applicables au processus de création d'un guide de pratique inédit :

- L'élaboration d'un guide de pratique basé sur des données probantes;
- L'utilisation de méthodes fiables visant à assurer la qualité et la validité du guide de pratique;
- La considération du contexte afin d'assurer la faisabilité et la pertinence du guide de pratique quant à la pratique locale et aux politiques;
- L'utilisation d'une approche participative impliquant la collaboration des parties prenantes afin d'assurer l'utilisation du guide de pratique;

- Le recours à des méthodes explicites et transparentes afin de favoriser la crédibilité des recommandations du guide de pratique;
- Une présentation permettant de répondre à certains besoins ou situations particulières;
- Le respect des sources de données et la reconnaissance de leurs contributions (ADAPTE Collaboration, 2009 dans INESSS, 2012, 2015).

2.1.3.2 CRÉER UN GUIDE DE PRATIQUE INÉDIT

Lors de la collecte préliminaire de données et de leur analyse, si le décideur, le producteur et le documentaliste n'ont pas trouvé de guide de pratique pouvant être adopté ou adapté, ils se penchent alors sur la création d'un guide de pratique inédit. Celui-ci peut traiter d'approches, de services ou de programmes, de problématiques, de clientèles ou de milieux spécifiques, de pratiques générales ou d'activités professionnelles particulières (INESSS, 2012; WHO, 2014). Les parties prenantes déterminent si le guide de pratique aura une portée nationale, régionale ou locale, considérant le milieu visé et la disponibilité des ressources humaines, matérielles, financières et temporelles requises pour sa création et son utilisation (AMC, 2007; INESSS, 2015; WHO, 2014).

Dans une optique de planification, le décideur et le producteur adoptent une vision à long terme du projet. D'abord, en s'inspirant de la synthèse de l'analyse du thème, ils planifient l'échéancier et identifient les autres parties prenantes qui seront engagées autant dans la création que dans l'utilisation du guide de pratique et s'assurent de leur disponibilité et de leur intérêt à y prendre part (AMC, 2007; HAS, 2007; INESSS, 2015; NICE, 2013). Puis, les parties prenantes doivent anticiper les facteurs qui faciliteront ou, au contraire, contraindront la création et l'utilisation du

guide de pratique dans le but d'accentuer leurs effets ou de les atténuer (INESSS, 2012). Ces facteurs sont plus spécifiquement reliés à l'étape d'implantation du guide de pratique et sont donc explorés sous ce thème dans le présent essai. Enfin, le décideur et le producteur prévoient la propriété intellectuelle inhérente au guide de pratique ainsi que les moyens logistiques, tels que le matériel informatique et les salles de réunion et ils estiment les ressources financières nécessaires pour mener à bien le projet (HAS, 2007).

Par ailleurs, aucun document consulté pour le présent essai ne mentionne le moment où le producteur ou toute autre partie prenante soumet une demande de subvention à un financeur ni les circonstances où il est nécessaire d'obtenir l'approbation d'un comité d'éthique pour effectuer les collectes de données. Ces démarches devraient être entreprises selon les ressources financières disponibles, les types de collectes de données à effectuer et les rôles attribués aux parties prenantes. Par exemple, il se peut que le demandeur ou le producteur aient suffisamment de budget afin d'effectuer une recension préliminaire des écrits pour bonifier leur demande de subvention. Suite à l'obtention du financement, ils seront en mesure de préciser les modalités de collectes de données contextuelles et expérientielles, puis de déterminer le niveau d'engagement des experts, des utilisateurs ou des bénéficiaires visés. Dans l'éventualité où le producteur identifie le besoin de recourir à des participants aux collectes de données contextuelles et expérientielles, il devra formuler une demande au comité d'éthique afin de faire approuver la stratégie convenue à cet effet.

2.1.3.3 DÉTERMINER LES PARTIES PRENANTES DE LA CRÉATION ET DE L'UTILISATION DU GUIDE DE PRATIQUE

Tel qu'abordé précédemment, lors de la planification de la stratégie, le décideur et le producteur identifient d'autres parties prenantes qui seront mobilisées dans la création et l'utilisation du guide de pratique. Les critères de sélection de ces parties prenantes concernent la diversité de leurs compétences (connaissances et expériences) et de leurs milieux d'appartenance ainsi que leur crédibilité et leur disponibilité (HAS, 2010 dans INESSS, 2012, 2015). Par ailleurs, elles proviennent des réseaux public, privé ou communautaire et d'instances décisionnelles allant de celles responsables de la formation des praticiens aux décideurs politiques (NICE, 2013).

« La collaboration interdisciplinaire permet d'organiser le travail en misant sur la complémentarité des savoirs et la représentation de plusieurs points de vue » (INESSS, 2015 : 18).

Demandeur: Le demandeur est une personne physique ou morale qui soulève le besoin d'un nouveau guide de pratique au décideur ou au producteur, bien qu'il puisse se charger lui-même de le créer (INESSS, 2012). Il s'agit par exemple d'un potentiel utilisateur, un praticien, un gestionnaire, un superviseur clinique, un chercheur, un bénéficiaire, un proche du bénéficiaire, un organisme, un ordre professionnel, un centre spécialisé ou une association d'établissements (INESSS, 2012, 2015; Service de courtage et de transfert de connaissances et des pratiques de pointe du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2015).

Décideur: Le décideur agit en concertation avec des parties prenantes de divers niveaux décisionnels. Il s'agit par exemple d'un ministère, un chercheur, un ordre professionnel, un réseau, une association, une équipe d'intervention ou un regroupement de bénéficiaires (INESSS, 2015).

Producteur (groupe de travail ou comité de pilotage): Le producteur est celui à qui le demandeur et le décideur reconnaissent l'expertise nécessaire pour élaborer le guide de pratique. Il constitue la partie prenante la plus importante du processus de création du guide de pratique et participe à chacune des étapes de son élaboration et du processus d'utilisation (INESSS, 2012). Le producteur occupe différentes fonctions dans le processus de création et d'utilisation du guide de pratique : coordonnateur, animateur ou président, secrétaire, trésorier ou soutien administratif, expert de la méthodologie, rédacteur⁷. Il peut aussi solliciter divers collaborateurs, tels qu'un expert scientifique ou du transfert de connaissances, un praticien, un représentant de l'administration (gestionnaire), des utilisateurs, des bénéficiaires ou du syndicat, un éthicien, un graphiste ou un statisticien (AMC, 2007; INESSS, 2012; NICE, 2013; WHO, 2014).

Il peut s'agir d'une seule personne, ou d'une agence, un groupe de recherche, un ordre professionnel, un regroupement d'intervenants, de gestionnaires ou d'utilisateurs ou toute organisation sociale reconnue (INESSS, 2015). Dans l'éventualité où le producteur est en fait un groupe, celui-ci doit être assez nombreux pour inclure des personnes aux expertises variées, mais assez restreint pour que le processus soit efficace (SIGN, 2015; WHO, 2014). De plus, le groupe a tout avantage à se rencontrer en personnes plutôt que de communiquer par courrier seulement, puisque le contact en direct favorise la confiance entre les membres, davantage d'échange et d'engagement ainsi que de meilleurs résultats (AMC, 2007).

Documentaliste : Le documentaliste est un expert en recherche documentaire, donc un bibliothécaire, spécialiste de l'information, chercheur ou professionnel de recherche et peut être

⁷ Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2013) propose que la décision de créer un guide de pratique soit prise par un groupe de travail distinct : le « *scoping group* ». Dans le présent essai, ce groupe est plutôt représenté par la collaboration du demandeur, du décideur et du producteur.

ou ne pas être expert du thème promu par le guide de pratique (AMC, 2007; INESSS, 2015; NICE, 2013).

Groupe de révision (ou groupe de lecture): Entre l'élaboration des recommandations et la finalisation du guide de pratique, le producteur sollicite un groupe de révision externe, qui lui donnera un avis formalisé sur le contenu et la forme de la version initiale du guide de pratique. Il se penche entre autre sur son applicabilité, son acceptabilité et sa lisibilité (HAS, 2010, 2015). Les membres du groupe de révision sont experts du thème ou non et ne sont pas tenus de se rencontrer pour donner leur avis puisque celui-ci est rendu à titre individuel (HAS 2007).

Utilisateur: L'utilisateur est la personne ou le groupe à qui le guide de pratique est destiné. Idéalement, il est sollicité dès la première phase du processus de création du guide de pratique, puisque la coproduction de celui-ci par toutes les parties prenantes en favorise l'utilisation. Par exemple, l'utilisateur est un praticien, un bénévole, un gestionnaire, un bénéficiaire ou un proche du bénéficiaire (INESSS, 2012, 2015; WHO, 2014).

Bénéficiaire: Le bénéficiaire est la personne ou le groupe concerné par le thème du guide de pratique et par les effets des recommandations mises en pratique. Il s'agit principalement d'un usager du réseau de la santé et des services sociaux (WHO, 2014). Tout comme l'utilisateur, le bénéficiaire peut formuler une demande de guide de pratique et il est bénéfique pour le décideur et le producteur de recourir à son savoir expérientiel depuis la collecte préliminaire de données à la révision des recommandations initiales (INESSS, 2012, 2015).

En effet, l'utilisateur, le bénéficiaire ou leurs représentants peuvent renseigner le producteur, par exemple, sur leurs croyances, valeurs, intérêts et contextes culturels. Toutefois, lorsqu'ils sont consultés dans le cadre de la création ou de l'utilisation d'un guide de pratique, ils peuvent

rencontrer certains défis dans la communication avec d'autres parties prenantes dont le vocabulaire ou les intérêts sont différents (van de Bovenkamp et Trappenburg, 2009). De plus, les messages transmis par les utilisateurs, les bénéficiaires ou leurs représentants doivent refléter, dans la mesure du possible, les caractéristiques de l'ensemble de ces parties prenantes plutôt que leur expérience personnelle (NICE, 2013; WHO, 2014). En ce sens, le demandeur, le décideur et le producteur qui consultent les utilisateurs ou les bénéficiaires visés doivent les soutenir et les encadrer dans leur participation, afin de favoriser l'efficience de leurs échanges (SIGN, 2015; van de Bovenkamp et Trappenburg, 2009).

« [La] préoccupation de conserver la relation humaine et sociale qui caractérise les services sociaux demeure majeure dans l'élaboration des guides de pratique » (INESSS, 2012 : 32).

Au final de la première phase de création d'un guide de pratique, si le décideur, le demandeur et le producteur conviennent d'une stratégie réaliste, le projet va de l'avant. Autrement, ils redéfinissent la demande, étudient à nouveau la problématique et le contexte de pratique et déterminent de nouveaux objectifs (HAS, 2007).

2.2 PHASE 2 : COLLECTER ET ANALYSER LES DONNÉES

Durant la deuxième phase du processus, le producteur et le documentaliste effectuent une collecte de données systématique permettant de documenter le thème défini de façon plus étoffée que lors de la collecte préliminaire (NICE, 2013). Par la suite, l'analyse par triangulation des données est l'étape primordiale pour la formulation des recommandations initiales du guide de pratique.

Dans le secteur des services sociaux, puisque les interventions sont complexes, il est nécessaire de diversifier les sources de données pour saisir l'ensemble de la problématique identifiée et du contexte de pratique, donc des caractéristiques telles que les déterminants sociaux de la santé, les conditions de vie des bénéficiaires et l'efficacité d'une intervention (INESSS, 2012; NICE, 2013). Ainsi, la création d'un guide de pratique des plus pertinents pour la pratique repose sur une collecte systématique de données tirées de la littérature, en plus des données probantes provenant de la pratique et du savoir expérientiel des utilisateurs et des bénéficiaires du guide de pratique. Au cours de cette phase, le producteur et le documentaliste ont donc pour mission de :

- Déterminer les critères de sélection et d'exclusion des données tirées de la littérature, contextuelles et expérientielles;
- Réaliser une recherche systématique afin d'identifier et de sélectionner des données conformes aux critères établis;
- Réaliser une analyse critique et une synthèse des données retenues (HAS, 2010, 2015;
 NICE, 2013).

2.2.1 DÉTERMINER LA QUESTION DE PRATIQUE

Dans un premier temps, le producteur et le documentaliste conviennent de leur question de pratique. Suivant un cadre d'analyse précis, celle-ci traduit la question décisionnelle en une problématique scientifique permettant d'orienter la collecte et l'analyse des données et,

_

⁸ Les sources de données peuvent être de l'ordre des approches expérimentales et quasi expérimentales, approches émancipatrices ou axées sur l'usager, approches postmodernes et délibératives, recherches qualitatives et études de cas, recherches-actions, revues systématiques et méta-analyses, connaissances tacites, savoir-faire et apprentissages expérimentaux, consultations, mesures et évaluation, évaluations des processus, audits et inspections, ainsi que des dispositions légales et enquêtes publiques (Pawson et coll., 2003 dans INESSS, 2012).

ultérieurement, l'élaboration des recommandations (INESSS, 2015; NICE, 2013). La question de pratique est fréquemment divisée en plusieurs questions clés, afin d'établir les mots-clés de recherche ainsi que les critères de sélection et d'exclusion des données collectées (AMC, 2007; INESSS, 2015). Par ailleurs, le fait de retenir ou de rejeter des données constitue le début de leur analyse sur la base de l'évaluation de leur validité et d'un accord inter-juges (INESSS, 2015; NICE, 2013).

Ensuite, la stratégie de collecte systématique des données et d'analyse est établie en collaboration avec le documentaliste, puis, elle est validée, appliquée et suffisamment claire et explicite pour être ultérieurement reproduite si nécessaire (AMC, 2007; HAS, 2007, 2010, 2015, INESSS, 2015; NICE, 2013; WHO, 2014). Par ailleurs, il est suggéré de reprendre les éléments PICOTS qui ont servi à l'élaboration de la question décisionnelle et des objectifs du guide de pratique pour éclairer la préparation de la collecte de données et leur analyse (INESSS, 2015; NICE, 2013; WHO, 2014). Le producteur et le documentaliste peuvent établir l'ordre de collecte de l'information, tout en gardant en tête que cette étape constitue un processus itératif entre les sources de données tirées de la littérature, contextuelles et expérientielles (INESSS, 2012, 2015; NICE, 2013).

2.2.2 COLLECTER ET ANALYSER LES DONNÉES TIRÉES DE LA LITTÉRATURE

La collecte de données se base autant sur la littérature recensée dans les banques de données que celle qualifiée de grise découlant de sources telles que des sites Internet ou des groupes d'intérêts ou associations professionnelles, des textes de loi et règlements, des conventions collectives, des codes de déontologie, des politiques d'établissement ou des rapports de recherche (INESSS,

2015; NICE, 2013). Il est conseillé de consulter au minimum trois banques de données ou moteurs de recherche, selon une période adaptée au thème, minimalement en français et en anglais et d'utiliser des mots-clés tirés des thésaurus des banques de données ou selon une recherche en vocabulaire libre (HAS, 2007, 2015; INESSS, 2015; WHO, 2014).

2.2.2.1 SÉLECTIONNER ET ÉVALUER LES GUIDES DE PRATIQUE EXISTANTS

En fouillant dans la littérature, le documentaliste et le producteur effectuent une recherche systématique de guides de pratique existants sur le thème ciblé. Ils peuvent explorer les banques de données, mais dans le secteur des services sociaux, les guides de pratique sont généralement disponibles dans la littérature grise, par exemple sur les sites Internet des demandeurs, producteurs ou utilisateurs de guides de pratique (INESSS, 2012, 2015).

Contrairement à la collecte préliminaire qui cherche à répondre à la question décisionnelle, cette recherche vise à s'assurer qu'il n'existe aucun guide de pratique permettant de répondre à la question de pratique. Si tel est le cas, les parties prenantes évaluent les guides de pratique en fonction de leur contenu, de leur qualité méthodologique et de l'applicabilité des recommandations qu'on y retrouve (HAS, 2007). À cet effet, le documentaliste et le producteur retiennent les guides de pratique qui présentent une rigueur méthodologique dans leur élaboration (HAS, 2007; INESSS, 2012, 2015). Ils peuvent alors les adopter, les adapter ou s'inspirer de leur contenu ou de leur forme pour la création du guide de pratique inédit. Par exemple, les guides de pratique qui ont plus de cinq ans nécessitent généralement une mise à jour et peuvent être retenus à cette fin (INESSS, 2012, 2015).

DONNÉES 2.2.3 **COLLECTER** ET ANALYSER LES CONTEXTUELLES ET **EXPÉRIENTIELLES**

D'une part, les données contextuelles réfèrent aux situations concrètes dans lesquelles les recommandations seront implantées. Elles sont caractérisées par les ressources humaines, matérielles et financières, la culture organisationnelle, les codes éthiques, juridiques et réglementaires en vigueur, les mécanismes de formation, les valeurs, croyances, expériences et conditions de vie et de travail des utilisateurs visés. Elles réfèrent aussi à leurs champs d'intérêts, leur ouverture au changement et leur représentation, par exemple, des relations entre les gestionnaires, les praticiens et les bénéficiaires dans le milieu visé (INESSS, 2012, 2015; NICE, 2013).

D'autre part, les données contextuelles sont accessibles par l'étude de cas, l'observation sur le terrain et la consultation de dossiers d'usagers ou de la littérature grise. Elles sont aussi disponibles grâce aux connaissances et à l'expérience des experts sollicités, entre autres des utilisateurs et des bénéficiaires visés par le guide de pratique. Ces données expérientielles sont complémentaires à celles qui proviennent de la littérature ou des données contextuelles (INESSS, 2012, 2015). Elles sont colligées à l'aide de méthodes quantitatives ou qualitatives, donc suivant l'analyse du discours des parties prenantes, telles que par des entrevues individuelles, des groupes de discussion ou des questionnaires (INESSS, 2012, 2015; NICE, 2013).

Les avantages des données contextuelles et expérientielles sont qu'elles donnent vie aux données tirées de la littérature. Elles renseignent le producteur sur les facteurs qui facilitent ou font obstacle à la création et à l'utilisation du guide de pratique et lui permettent de s'assurer que celui-ci sera applicable et accepté par le milieu visé. De plus, elles fournissent de l'information

aussi valables scientifiquement que les données tirées d'une recension systématique des écrits.

⁹ Les données contextuelles et expérientielles sont collectées à l'aide d'une méthodologie rigoureuse, donc elles sont

sur les retombées potentielles du guide de pratique dans le secteur des services sociaux, ainsi que sur le bien-être et la qualité de vie des utilisateurs, des bénéficiaires et de leurs proches (INESSS, 2012, 2015; NICE, 2013).

2.2.4 FAIRE LA TRIANGULATION DES DONNÉES

Suite à la collecte des données tirées de la littérature, contextuelles et expérientielles, le documentaliste et le producteur effectuent la triangulation de celles-ci. Cette méthode d'analyse nécessite de combiner et de superposer plusieurs types de données afin d'en dégager les tendances, soit les convergences et les divergences (INESSS 2012, 2015). Elle permet de faire la synthèse des données, de réduire les risques de biais associés à l'un ou l'autre des types de données, d'accroître leur fiabilité et de mener à des conclusions valables, donc des recommandations crédibles (INESSS, 2012, 2015). En ce sens, la robustesse des recommandations dépend des résultats de la triangulation des données, donc de la tendance des données à converger vers une même conclusion (INESSS, 2012).

La triangulation des données est une tâche complexe qui fait appel à la subjectivité du documentaliste et du producteur. Ainsi, par soucis de transparence et d'évaluation de la qualité de leur démarche, les parties prenantes doivent exposer leur processus de collecte et d'analyse des données, ainsi que les décisions prises et leurs justifications dans un document tel qu'un rapport ou un tableau de synthèse (INESSS, 2015). Celui-ci est disponible au même titre que le guide de pratique final et décrit :

- Les objectifs du guide de pratique et la question de pratique;
- Les banques de données et les moteurs de recherche consultés;

- La période d'interrogation;
- Les langues sélectionnées;
- Les mots-clés et les combinaisons de mots-clés utilisés;
- Les références obtenues par l'interrogation des banques de données;
- Les références obtenues par la consultation de la littérature grise;
- Les critères de sélection et d'exclusion des références;
- Une évaluation de la qualité méthodologique des références retenues;
- Une validation des résultats;
- Une synthèse des résultats;
- La liste des références bibliographiques à utiliser pour l'élaboration des recommandations initiales (HAS, 2007, 2015; INESSS, 2015; NICE, 2013; SIGN, 2015; WHO, 2014).

2.3 PHASE 3: ÉLABORER LES RECOMMANDATIONS DU GUIDE DE PRATIQUE

Lors de la phase d'élaboration des recommandations du guide de pratique, le producteur s'inspire de la synthèse de la collecte et de l'analyse par triangulation des données pour formuler une ou des interventions qui répondent à la question de pratique déterminée durant la phase précédente (HAS, 2010, 2015). Cette partie du processus de création d'un guide de pratique se déroule en trois étapes : l'élaboration, l'évaluation et la révision externe des recommandations.

2.3.1 ÉLABORER LES RECOMMANDATIONS INITIALES DU GUIDE DE PRATIQUE

Avant de débuter officiellement l'élaboration des recommandations du guide de pratique, le producteur établit la terminologie qu'il emploiera, afin de garantir la clarté et l'uniformité

desdites recommandations et il s'assure de considérer les besoins des utilisateurs et des bénéficiaires visés (AMC, 2007), ainsi que tout autre résultat de la triangulation des données (INESSS, 2015). Puis, lors de l'élaboration comme telle, il rédige les recommandations avec des verbes d'action, évite les termes vagues et non spécifiques, respecte le vocabulaire connu des parties prenantes et formule des énoncés suffisamment limpides pour que l'utilisateur n'ait pas à se référer à d'autres sources pour obtenir l'information nécessaire à sa compréhension (NICE, 2013; Service de courtage et de transfert de connaissances et des pratiques de pointe du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2015; WHO, 2014).

Par ailleurs, le producteur s'efforce de nuancer les propos tenus dans le guide de pratique. En ce sens, il décrit les contextes de création et d'utilisation du guide de pratique et mentionne les conditions favorables à son applicabilité. Lorsqu'un enjeu éthique ou tout autre défi relatif à l'application des recommandations est soulevé, le producteur nomme les solutions possibles, par exemple d'autres approches ou options d'intervention (AMC, 2007; INESSS, 2015; WHO, 2014).

Enfin, si le producteur est en fait un groupe de personnes, l'INESSS suggère d'utiliser la méthode de délibération pour parvenir à l'élaboration des recommandations. Celle-ci vise à expliciter divers points de vue et à en dégager des convergences et des divergences d'opinions, entre autre dans le but d'assurer la pertinence, l'applicabilité et l'acceptabilité desdites recommandations par les parties prenantes et de favoriser un processus « ouvert, transparent, inclusif, éthique et démocratique » (2015 : 37). Cette approche de prise de décision est fortement liée à la méthode par consensus, puisque la délibération mène aussi parfois à un consensus, selon la dynamique du groupe de travail et le thème abordé (NICE, 2013).

2.3.2 DÉTERMINER LA FORCE DES RECOMMANDATIONS INITIALES

Lorsque le producteur a terminé une première version des recommandations qui constitueront le guide de pratique, il pose un regard critique sur les effets escomptés de leur application dans la pratique (INESSS, 2015; WHO, 2014). Il s'agit donc d'évaluer si les avantages sont plus importants que les risques prévus sur le plan des services sociaux ainsi que du bien-être et de la qualité de vie des utilisateurs, des bénéficiaires et de leur environnement (INESSS, 2015).

« Élaborer une recommandation est une tâche complexe qui n'est pas sans conséquence. C'est pourquoi les producteurs doivent tout mettre en œuvre pour réduire le doute quant aux avantages escomptés et aux risques prévisibles » (INESSS, 2015 : 40).

Encore une fois, les éléments PICOTS s'avèrent forts pertinents et permettront de répondre à la question de pratique, en plus d'établir les critères de comparaison des effets estimés et d'évaluer les résultats escomptés (INESSS, 2015). Évidemment, s'il y a lieu de s'ajuster, le producteur retourne à l'étape de l'élaboration des recommandations et révise le travail qu'il a effectué jusqu'à présent. Ce n'est que lorsqu'il ne doute plus du ratio bénéfices-risques qu'il peut poursuivre à l'étape de la révision des recommandations avec la collaboration d'un groupe d'experts externes¹⁰.

-

¹⁰ J'ai choisi de ne pas aborder la méthode GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), principalement utilisée dans le secteur de la santé, puisque comme l'INESSS (2015) le mentionne : elle se fonde sur un principe de hiérarchisation de la preuve, ce qui est fondamentalement incompatible avec le principe de diversification des types de données, tel que proposé par le présent processus de création d'un guide de pratique.

2.3.3 COLLABORER AVEC UN GROUPE EXTERNE POUR LA RÉVISION DES RECOMMANDATIONS

Après avoir évalué les recommandations et les avoir modifiées si nécessaire, le producteur sollicite un groupe externe pour réviser le contenu du guide de pratique. Chaque membre du groupe de révision rend un avis individuel sur le fond et la forme que le guide de pratique devrait prendre (HAS, 2010, 2015; SIGN, 2015). Ils peuvent être experts du thème ou non, mais pour chaque critique formulée, ils doivent être en mesure d'appuyer leurs propos par des sources fiables (HAS, 2007, 2010, 2015). Qui plus est, dans l'optique de faire une révision optimale des recommandations, le producteur et le groupe de révision peuvent se lancer dans un essai pilote, par voie de consultation, de la version initiale du guide de pratique. À cet effet, ils sont en mesure d'en évaluer la pertinence, l'applicabilité et l'acceptabilité par les utilisateurs visés (AMC, 2007). Le producteur collige ensuite les avis sur le guide de pratique et en fait une révision avant de se lancer dans la finalisation de l'outil.

2.4 PHASE 4 : FINALISER LE GUIDE DE PRATIQUE

La quatrième phase de création d'un guide de pratique, soit sa finalisation, établit le lien entre les processus de création et d'utilisation du guide de pratique, tel que le démontre la Figure 1 au début du présent chapitre. En effet, avant d'en arriver au produit final, le producteur s'assure que divers aspects de la diffusion, de l'implantation et de l'évaluation du guide de pratique ont été considérés durant le processus de sa création et corrigés si nécessaire afin d'en favoriser l'utilisation (INESSS, 2015).

Au besoin, le producteur collabore avec un expert du transfert de connaissances et fait appel à nouveau au groupe de révision, aux utilisateurs visés et au demandeur afin de recueillir leurs avis

sur le fond et la forme du guide de pratique (INESSS, 2015; WHO, 2014). À titre d'exemple, ces collaborateurs peuvent renseigner le producteur sur le niveau de langage à utiliser dans le guide de pratique, ainsi que sur la précision, la fonctionnalité, l'organisation et l'utilité des recommandations (INESSS, 2015).

À ce stade, le producteur finalise d'abord les recommandations du guide de pratique, donc le contenu, puis sa forme. Il peut opter pour un format standardisé ou faire preuve de créativité. Par exemple, le guide de pratique peut démontrer un aperçu des connaissances scientifiques sur la problématique abordée, puis détailler le contexte d'intervention et inclure un arbre décisionnel, des encadrés, des illustrations, des schémas, des tableaux ou des mises en situation (INESSS, 2012, 2015). De plus, le producteur détermine si le guide de pratique sera disponible en version papier ou numérique et dans quelles langues, en fonction des préférences des utilisateurs visés (HAS, 2010; INESSS, 2012, 2015; WHO, 2014).

Puis, par soucis de transparence, les parties prenantes finalisent aussi le rapport de leur démarche de création du guide de pratique. Le producteur offre en exclusivité au demandeur une copie du guide de pratique et de ce rapport (NICE, 2013). Celui-ci prend la forme d'un texte continu bonifié par des graphiques, des tableaux ou des listes et inclue entre autre :

- La synthèse de la collecte et analyse préliminaires des données et le choix du thème;
- Les critères de sélection des parties prenantes sollicitées;
- La liste des participants aux processus de création et d'utilisation du guide de pratique;
- La synthèse de la collecte systématique et analyse des données;
- La synthèse de la démarche de création du guide de pratique, comprenant par exemple les sources de financement, les commentaires des experts ou des sous-comités consultés et la

description de chaque rencontre de groupe (HAS, 2007, 2010, 2015; INESSS, 2012, 2015; NICE, 2008, 2013; SIGN, 2015).

2.5 COMPARAISON DU CONTENU DE LA LITTÉRATURE À DES EXPÉRIENCES PRATIQUES

Tel que mentionné précédemment, l'objectif du présent chapitre est de réfléchir sur les étapes du processus de création d'un guide de pratique, tout en faisant des liens entre les écrits sur ce sujet et des expériences de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées. Voici donc deux exemples concrets du déroulement de la création de guides de pratique adaptés aux services sociaux et à des secteurs de pratique connexes.

2.5.1 PROJET ARRIMAGE

À l'origine, le projet Arrimage avait pour but de documenter, de modéliser, d'implanter, d'évaluer les effets et de diffuser un modèle innovant de pratique intersectoielle de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées. Il s'est déroulé sous forme d'une recherche-action, donc la *Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées* ainsi que des praticiens montréalais ont travaillé en étroit partenariat à l'avancement des connaissances et des pratiques sur le thème identifié. Au fil du temps, ce but s'est articulé autour de la documentation, la modélisation et la diffusion d'un modèle de travail en duo composé d'un policier et d'un intervenant psychosocial.

PHASE 1 : DÉCIDER DE CRÉER UN GUIDE DE PRATIQUE

C'est en 2011 que des partenaires intersectoriels du Nord-est de Montréal engagés dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées ont formulé une demande à l'endroit de la Chaire de recherche pour débuter un projet de recherche-action. Avant d'entamer officiellement le projet, tous ces acteurs, y compris la Chaire de recherche, se sont rencontrés pour établir les besoins et les attentes de chacun et leur mode de fonctionnement. Ensuite, lors de l'élaboration de la demande de subvention pour le projet, ils ont effectué une recension préliminaire des écrits et clarifié le thème à aborder (la problématique et le contexte d'intervention).

Constatant l'absence de modèle québécois de travail intersectoriel dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées, les partenaires de la recherche et du terrain ont élaboré des objectifs et déterminé la meilleure stratégie à adopter pour y répondre. À cet effet, durant la première année du projet, il était prévu de poser un diagnostic terrain et de concevoir un modèle de travail intersectoriel, puis durant la deuxième année, d'implanter le modèle et d'en faire des ajustement. Pour ce faire, l'équipe devait créer du matériel de formation adapté au projet et un manuel guidant l'expérimentation ou la mise en œuvre du modèle. La dernière année du projet était donc destinée à l'évaluation des effets de l'implantation, à la finalisation du modèle et à ses directives de mise en œuvre et à la diffusion du modèle et des résultats à l'échelle provinciale. Cependant, tel qu'abordé prochainement dans le présent essai, cet échéancier a grandement évolué en court de route.

Lors de la planification du projet Arrimage, les partenaires ont constitué un comité de suivi composé de l'équipe de recherche, incluant la coordonnatrice du projet, et d'acteurs clé au soutien stratégique et à l'intervention, donc visant le lien entre les différentes ressources

humaines, financières et logistiques puis le lien avec les praticiens collés à la pratique intersectorielle. Les membres de ce comité se sont rencontrés de trois à quatre fois par année, ont pris les décisions en collectifs et ont participé jusqu'à la toute fin du projet.

PHASE 2 : COLLECTER ET ANALYSER LES DONNÉES

Le diagnostic du terrain s'est effectué sur une année à l'aide d'une recension des pratiques intersectorielles formelles et informelles en place dans les milieux ciblés, d'une revue des lois et règlements pour chacun des secteurs d'intervention, afin d'en dégager les convergences et les divergences, et d'une ébauche de modèle de pratique intersectorielle.

Lors de cette collecte de données, le comité de suivi a identifié la pratique en duo intersectorielle comme pratique innovante. Dans chacun des trois milieux ciblés par le projet, la pratique était déjà implantée, mais se déroulait de façons différentes. Il n'aurait donc pas été pertinent d'implanter un nouveau modèle, alors qu'il y avait déjà matière à évaluer le déroulement et les effets des pratiques en duo actuelles. Collectivement, les partenaires ont donc entrepris de créer un guide de pratique destiné à tous praticiens ou organismes qui désirent démarrer ou soutenir une pratique en duo adaptée à leur contexte (Beaulieu, Calvé, Loock, Diaz Duran, Lussier-Therrien et Garon, 2015 – voir l'Annexe 2).

La collecte de données contextuelles et expérientielles s'est donc poursuivie par des entrevues individuelles avec les membres des duos, des observations d'interventions en duo, la participation de la coordonnatrice du projet à trois tables de concertation intersectorielles et l'observation de l'intégration des duos au sein de ces tables. En parallèle, l'équipe de recherche a effectué une recension systématique des écrits sur l'intersectorialité dans la lutte contre la maltraitance envers

les personnes aînées, qui a mené à un rapport détaillé sur la littérature (Beaulieu et Diaz Duran, 2015).

PHASE 3: ÉLABORER LES RECOMMANDATIONS

Une fois la collecte de données terminées, l'équipe de recherche a élaboré une première version du guide de pratique à partir des données contextuelles et expérientielles provenant des études de cas et colligées dans le rapport de documentation, d'analyse et de suivi de pratique (Beaulieu, Loock, Calvé et Garon, 2015) ainsi que des données tirées de la recension interdisciplinaire des écrits (Beaulieu et Diaz Duran, 2015). Puis, elle a soumis une première version du guide de pratique à l'ensemble du comité de suivi et chacun des membres a été invité à en commenter autant le contenu que la forme. Cette étape a nécessité plusieurs relectures des deux rapports de recherche et de nombreux échanges entre l'équipe de recherche et les partenaires du soutien stratégique et à l'intervention afin de prendre en compte tous les aspects concernant l'applicabilité et l'acceptabilité du guide de pratique.

PHASE 4 : FINALISER LE GUIDE DE PRATIQUE

Après avoir bonifié les recommandations du guide de pratique selon l'avis des partenaires, l'équipe de recherche a d'abord finalisé son contenu, puis elle a proposé à un graphiste amateur en consultation externe un visuel coloré et dynamique, incluant des encadrés, des icônes, des citations et des schémas. Celui-ci a utilisé un logiciel spécialisé pour bonifier la proposition de l'équipe et effectuer la mise en page du guide de pratique. Ensuite, le comité de suivi du projet

Arrimage a pris la décision de rendre accessible sur le site internet de la *Chaire de recherche sur* la maltraitance envers les personnes aînées les rapports de recherche ainsi que le guide de pratique. Ces documents ont aussi été imprimés en plusieurs copies à même les fonds du projet pour être ultérieurement diffusés dans différents milieux.

2.5.2 STAGE DE MAÎTRISE

Lors de mon stage de maîtrise en service social, j'ai élaboré le *Guide de pratique sur l'intervention en contexte d'autonégligence chez la clientèle du soutien à domicile en déficience physique* (Calvé, 2015 – voir l'Annexe 3) dans le but de soutenir les intervenants psychosociaux dans leur pratique auprès d'adultes et de personnes aînées auto-négligentes. Le processus de création de ce guide de pratique s'est déroulé sur une courte période de temps et disposant de peu de ressources. Afin de respecter les délais prescrits par le cadre académique, les phases se sont donc chevauché les unes aux autres.

PHASE 1 : DÉCIDER DE CRÉER UN GUIDE DE PRATIQUE

C'est dans le cadre de mon emploi pour la *Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées* que j'ai entendu parler de l'autonégligence, par l'entremise d'une collègue qui a fait son projet de maîtrise sur ce sujet (Neesham-Grenon, 2012). À titre de collecte préliminaire de données, j'ai d'abord lu le mémoire qu'elle a écrit, puis je me suis inspirée de sa méthodologie pour effectuer une mise à jour de la recension de la littérature. Cette collecte était donc articulée autour d'informations amassées dans les écrits scientifiques et la littérature grise, que j'allais

bonifier avec une collecte de données contextuelles et expérientielles dans le milieu de stage choisi.

Suivant les recommandations comprises dans ce mémoire de maîtrise, j'ai entrepris de construire mon projet de stage autour du besoin nommé par des intervenants psychosociaux québécois d'être mieux outillés dans le cadre de leur pratique auprès de personnes aînées auto-négligentes. Ensuite, le projet fut réalisé au sein de l'équipe du secteur de soutien à domicile pour la clientèle en déficience physique du Centre de santé et de services sociaux de la région, qui a confirmé le besoin d'utiliser des outils de détection et d'intervention en contexte d'autonégligence.

PHASE 2 : COLLECTER ET ANALYSER LES DONNÉES

Lorsque j'ai débuté mon stage au sein de l'équipe du secteur de soutien à domicile pour la clientèle en déficience physique, j'avais déjà collecté et analysé les données tirées des écrits. Il me fallait donc entreprendre une collecte de données contextuelles et expérientielles auprès des utilisateurs visés, soit les intervenants psychosociaux de cette équipe. D'un côté, j'ai participé à trois rencontres de codéveloppement dans le milieu. L'une où j'ai présenté mon projet à l'équipe, l'autre où j'ai exposé aux intervenants psychosociaux l'évolution du guide de pratique et recueilli leurs commentaires à propos du contenu et du format proposés et la dernière rencontre où je leur ai distribué le guide de pratique final et les ai remerciés de leur participation au projet.

De l'autre côté, j'ai rencontré en individuel chaque membre de l'équipe afin d'explorer avec eux la définition de l'autonégligence et les recommandations d'intervention à inclure dans le guide de pratique. De plus, ils m'ont soumis des situations où, selon eux, des personnes étaient autonégligentes. J'ai lu les dossiers concernés, afin de cibler les caractéristiques de chaque contexte et

les interventions menées, qu'elles aient été bénéfiques ou non, pour en faire une synthèse intégrée au guide de pratique. Par ailleurs, j'ai observé deux intervenants psychosociaux en intervention dans deux contextes d'autonégligence distincts et assisté à une rencontre multidisciplinaire qui s'articulait autour de la situation d'une personne dont les comportements auto-négligents posaient de nombreux défis pour les intervenants.

Ces étapes de la collecte de données m'ont permis de comprendre que les intervenants psychosociaux portent un regard différent sur les situations d'autonégligence qu'ils rencontrent en fonction de leur personnalité, de leur formation initiale, de leurs expériences personnelles et professionnelles, de leur compréhension de chaque contexte et de la dynamique relationnelle qu'ils entretiennent avec les bénéficiaires. La synthèse des données tirées de la littérature, contextuelles et expérientielles se trouve dans des documents de travail menant à la création du guide de pratique.

PHASE 3: ÉLABORER LES RECOMMANDATIONS

Dans l'optique de favoriser l'utilisation du guide de pratique par les utilisateurs visés, soit les intervenants psychosociaux du secteur de soutien à domicile pour la clientèle en déficience physique, j'ai opté pour un processus de création du guide de pratique en collaboration avec eux. Les recommandations ont donc été élaborées simultanément à la collecte de données contextuelles et expérientielles. En ce sens, il y a eu beaucoup d'échanges avec les intervenants entre le moment où je leur ai expliqué mon projet de stage et le moment où ils ont reçu la version finale du guide de pratique. À plusieurs reprises, ils ont eu l'occasion de s'exprimer sur leur vision de l'autonégligence, leur contexte de pratique et les interventions qu'ils considèrent

optimales, puis sur leurs préférences en termes de contenu et de présentation du guide de pratique, en vue d'en favoriser leur utilisation.

PHASE 4 : FINALISER LE GUIDE DE PRATIQUE

Suite à la collecte de données auprès des utilisateurs visés et à l'élaboration des recommandations du guide de pratique, j'ai sollicité quelques personnes ressources à l'extérieur du milieu de stage pour la finalisation du guide. Entre autre, des professeurs d'université et des étudiants à la maîtrise en service social ont été rencontrés en individuel afin de recueillir leur rétroaction sur le contenu et la forme du guide de pratique et en réviser et bonifier la version initiale. Puis, j'ai finalisé le contenu et le format du guide de pratique. En accord avec les préférences des utilisateurs visés et des personnes ressources, le guide de pratique comprend des encadrés qui facilitent la recherche d'information et des schémas qui illustrent la matière de façon allégée.

Enfin, ces deux expériences de création de guides de pratique ont en commun une méthodologie axées sur l'intersectorialité, donc intégrant les approches et modèles de parties prenantes de divers secteurs d'activités, tous en lien de près ou de loin avec la lutte contre la maltraitance des personnes aînées. De plus, les processus de création de ces guides de pratique ne sont pas aussi systématiques ou formels que le processus décrit dans la littérature, ce qui confirme la nécessité pour le producteur de s'adapter aux utilisateurs et aux bénéficiaires visés.

CHAPITRE 3: UTILISER UN GUIDE DE PRATIQUE

L'objectif de ce chapitre est de cerner les étapes du processus d'utilisation d'un guide de pratique. Tel qu'illustré par la Figure 1 au début du chapitre précédent, ce processus est en continuité avec la finalisation du guide de pratique et comprend les phases de diffusion, d'implantation et d'évaluation de l'outil et de son utilisation. À chacune de ces étapes, le producteur peut avoir recours à un expert en transfert de connaissances ou en évaluation ou entreprendre les démarches par lui-même (AMC, 2007). En règle générale, les recommandations des guides de pratique sont peu appliquées lorsqu'elles sont simplement diffusées, d'où l'importance de procéder à l'implantation et à l'évaluation du guide de pratique auprès des milieux et des utilisateurs visés (INESSS, 2012, 2015). L'utilisation des guides de pratique se déroule selon diverses stratégies, les meilleures d'entre elles étant celles qui sont interactives et qui sollicitent la participation des utilisateurs visés (INESSS, 2012; Manuel, Mullen, Fang, Bellamy et Bledsoe, 2009; Service de courtage et de transfert de connaissances et des pratiques de pointe du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2015; SIGN, 2015).

3.1 PHASE 5 : DIFFUSER LE GUIDE DE PRATIQUE

La phase de diffusion du guide de pratique est transversale aux processus de création et d'utilisation dudit outil, depuis l'étape de collecte préliminaire de données jusqu'à son évaluation. En effet, dès le moment où ils ont participé à la collecte de données, les utilisateurs visés ont été sensibilisés à la venue du guide de pratique dans leur milieu. À ce stade, il s'agit donc de les informer de sa disponibilité. Si toutefois le producteur cible d'autres milieux pour l'implantation du guide de pratique, il doit procéder à une diffusion plus formelle de celui-ci, ce qui nécessite de sa part davantage d'adaptation aux nouveaux contextes et aux utilisateurs visés.

Les stratégies de diffusion du guide de pratique sont de l'ordre d'articles dans différentes revues, scientifiques ou populaires, d'outils de vulgarisation, de conférences scientifiques ou sur invitation, assurées par le producteur ou par d'autres experts, ou l'utilisation des médias de masse tels que l'Internet, la télévision, la radio, les journaux, des affiches, des lettres d'information ou des brochures (HAS, 2015; INESSS 2012, 2015; WHO, 2014). Ces stratégies s'adressent aux acteurs des domaines de la pratique, de la recherche et des politiques sociales, dans les secteurs de la santé et des services sociaux et autres secteurs connexes. Enfin, lors de la phase de diffusion, le producteur souligne la disponibilité du rapport de la démarche de création du guide de pratique, qu'il rend disponible à quiconque voudrait le consulter.

3.2 PHASE 6: IMPLANTER LE GUIDE DANS UN MILIEU DE PRATIQUE

Avant de procéder à l'implantation comme telle du guide de pratique, le producteur, ou toute partie prenante responsable de cette phase, procède à l'analyse du contexte d'implantation. Pour ce faire, il profite de la collecte de données contextuelles et expérientielles afin de considérer les facteurs facilitants ou faisant obstacle à l'adoption du guide de pratique dans le but d'augmenter ou de diminuer leurs effets (AMC, 2007; Brunet et Beaulieu, 2011; INESSS, 2012; SIGN, 2015; WHO, 2014). Ceux-ci peuvent être colligés, par exemple, à l'aide de sondages, de forums, de groupes de discussion, d'entrevues individuelles, d'observation ou d'études de cas (AMC, 2007; INESSS, 2015).

Les facteurs facilitants ou contraignants l'implantation du guide de pratique réfèrent aux ressources humaines, matérielles, financières et temporelles. Voici des exemples d'obstacles à l'implantation d'un guide de pratique :

- Caractéristiques du guide de pratique :
 - o Peu de données probantes disponibles ou exploitées;
 - Peu de lien avec les rôles, besoins, connaissances, perceptions, croyances, valeurs, attitudes, approches et attentes des utilisateurs et des bénéficiaires visés;
 - Davantage tourné vers les connaissances que vers les compétences inhérentes à la pratique;
 - Peu d'avantages ou de récompenses ou trop d'inconvénients associés à l'adoption des recommandations par les utilisateurs et les bénéficiaires.
- Caractéristiques des utilisateurs ou des bénéficiaires visés :
 - o Surcharge de travail des utilisateurs visés;
 - o Motivation au changement ou à l'apprentissage faible ou absente;
 - o Rôles, besoins, compétences, perceptions, croyances, valeurs, attitudes.
- Caractéristiques de l'environnement (des organismes, de la culture organisationnelle ou professionnelle ou des systèmes sociaux, économiques et politiques) :
 - Contexte de réorganisation;
 - o Motivation au changement ou à l'apprentissage faible ou absente;
 - o Absence de formation ou de soutien des utilisateurs visés;
 - Accessibilité ou disponibilité des ressources humaines, matérielles, financières et temporelles faibles ou absentes (AMC, 2007; Brunet et Beaulieu, 2011; INESSS, 2012, 2015; Lane, 2016; Manuel, Mullen, Fang, Bellamy et Bledsoe, 2009; SIGN, 2015).

Le principal facteur facilitant l'implantation du guide de pratique consiste à en prévoir la stratégie et à mettre en place des solutions aux contraintes identifiées. Cette stratégie doit avoir pour but de

laisser le guide de pratique vivre de lui-même, c'est-à-dire qu'une fois implanté dans le milieu, ce dernier ne nécessitera pas, ou peu, de soutien à long terme pour assurer la pérennité de son utilisation. En fait, la planification de l'implantation du guide de pratique s'effectue dès le début de sa création et prévoit la participation des utilisateurs visés tout au long de ce processus et de son utilisation (AMC, 2007; INESSS, 2012, 2015).

« Une condition fondamentale pour qu'une stratégie d'implantation soit efficace est que le guide de pratique doit être perçu comme une plus-value pour la pratique habituelle. Pour être utilisable, il doit aussi proposer des changements ou des ajustements compatibles avec la pratique courante afin que le niveau de rupture des habitudes d'intervention et le degré de complexité ne soient pas trop élevés » (INESSS, 2015 : 49)

Par ailleurs, la stratégie d'implantation doit être acceptée par le milieu visé, efficace et réaliste et prévoir l'évaluation de son implantation, de son utilisation et des effets sur la pratique. La partie prenante responsable de cette étape peut débuter par l'essai de la stratégie choisie auprès d'un échantillon du milieu visée et ajuster la démarche en fonction des facteurs facilitants et contraignants observés (AMC, 2007; INESSS, 2012, 2015).

L'implantation du guide de pratique s'effectue auprès d'individus, équipes et organismes à l'aide de stratégies telles que :

- L'utilisation de matériel éducatif (numérique, audiovisuel, etc.);
- De la formation passive (cours magistral, conférence, webinaire);
- De la formation interactive (forum, atelier, stage);
- De la sensibilisation ou transfert d'information par des contacts directs dans le milieu visé;

- Le réseautage ou la mobilisation de leaders locaux dans l'accompagnement ou le coaching des utilisateurs visés;
- Des rappels ou suivis verbaux ou écrits (AMC, 2007; INESSS, 2012, 2015; Service de courtage et de transfert de connaissances et des pratiques de pointe du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2015; SIGN, 2015; WHO, 2014).

Idéalement, ces stratégies ne sont pas que ponctuelles. En ce sens, le producteur ou l'expert en transfert de connaissances ou en évaluation accompagnent, soutiennent et font un suivi auprès des utilisateurs visés suite à une première démarche visant l'implantation du guide de pratique (Brunet et Beaulieu, 2011; Service de courtage et de transfert de connaissances et des pratiques de pointe du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2015)

3.3 PHASE 7 : ÉVALUER L'UTILISATION DU GUIDE DANS UN MILIEU DE PRATIQUE

Lorsque les parties prenantes ont implanté le guide de pratique, dans la mesure du possible, elles procèdent à une collecte de données continue sur l'évolution du thème, donc sur la problématique et les contextes de pratiques concernés ainsi que sur les recommandations proposées. À cet effet, le documentaliste ou un expert du thème peuvent être responsables d'une veille informationnelle et explorer régulièrement les nouvelles données nécessaires à la mise à jour du guide de pratique (INESSS, 2015).

Ensuite, selon les objectifs établis lors de la deuxième phase de création du guide de pratique, ainsi que suivant les retombées escomptées et les changements dans les données probantes sur les interventions et les ressources disponibles, l'évaluation du guide de pratique et de son utilisation est effectuée à court, moyen ou long terme suite à son implantation dans le milieu visé (AMC,

2007; INESSS, 2012, 2015; WHO, 2014). Cette évaluation porte sur les processus de création et d'utilisation du guide de pratique ou sur les retombées potentielles et actuelles et s'effectue à l'aide de méthodes qualitatives ou quantitatives, telles la rétroaction ou des audits (AMC, 2007; INESSS, 2012, 2015).

« Les retombées d'un guide de pratique renvoient aux effets prévus ou imprévus qui résultent directement ou indirectement de l'élaboration d'un guide de pratique et de son implantation » (INESSS, 2015 : 51).

Lors de l'évaluation du guide de pratique lui-même, les indicateurs à observer sont, par exemple, la qualité du processus de création de celui-ci et la crédibilité des données utilisées, alors que l'évaluation de son utilisation réfère à des indicateurs tels que l'application des recommandations ou des changements dans la pratique, les valeurs ou attitudes des utilisateurs (INESSS, 2015; WHO, 2014). À cet effet, les parties prenantes responsables de cette évaluation peuvent se référer aux données collectées préalablement afin de comparer la réalité antérieure à l'implantation du guide de pratique à celle qui est observée actuellement (INESSS, 2015).

Suite à l'évaluation du guide de pratique et de son utilisation, le producteur a la possibilité de modifier certains éléments qui pourraient l'enrichir. Il peut effectuer ces modifications à tout moment, mais selon la norme, un guide de pratique doit être mis à jour entre trois et cinq ans après la fin de la collecte de données tirées de la littérature, contextuelles et expérientielles, peu importe l'ampleur des changements, afin s'assurer sa crédibilité et son applicabilité continues (INESSS, 2015; NICE, 2008, 2013; SIGN, 2015). Pour ce faire, les parties prenantes effectuent les mêmes étapes que pour le processus de création d'un guide de pratique inédit, car selon les nouvelles données collectées, la question de pratique pourrait changer et influencer la mise à jour du guide de pratique (HAS, 2010, 2015; INESSS, 2015).

3.4 COMPARAISON DU CONTENU DE LA LITTÉRATURE À DES EXPÉRIENCES PRATIQUES

En théorie, les étapes de l'utilisation d'un guide de pratique se déroulent dans l'ordre décrit précédemment. Toutefois, dans la pratique, la diffusion et l'implantation d'un guide de pratique peuvent s'effectuer dans une logique inverse ou simultanément, tel que démontré par les deux exemples présentés dans cet essai.

3.4.1 PROJET ARRIMAGE

Tel qu'abordé dans le chapitre précédent, le projet Arrimage a grandement évolué en cours de route. Au tout début, les partenaires terrains et de recherche visaient à documenter, modéliser, implanter, évaluer et diffuser un modèle innovant de lutte contre la maltraitance. Suite à une première collecte de données, le but du projet a évolué vers la documentation, la modélisation et la diffusion de la pratique en duo intersectoriel, déjà implantée dans trois milieux du Nord-est de Montréal, et mené à la création du guide de pratique intitulé *Lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées : pratique en duo intersectoriel policier/intervenant du réseau public ou communautaire du secteur de la santé et des services sociaux* (Beaulieu, Calvé, Loock, Diaz Duran, Lussier-Therrien et Garon, 2015),

PHASE 5 : DIFFUSER LE GUIDE DE PRATIQUE

Suite à la finalisation du guide de pratique, autant l'équipe de recherche que les partenaires terrain se sont afférés à la diffusion de celui-ci. Ils ont participé à des présentations sur invitation ou dans des colloques, à l'échelle locale, provinciale, nationale et internationale, auprès de

collègues de tous horizons. L'équipe de recherche a mis sur pied un canevas de présentation visuelle distribué aux partenaires du projet, puis le guide ainsi que ce canevas ont été traduits du français à l'anglais, afin de rejoindre un maximum de praticiens, de gestionnaires et d'organismes intéressés par la pratique en duo intersectoriel de lutte contre la maltraitance. De plus, le guide de pratique, dans ses versions francophone et anglophone, ainsi que les rapports de recherche sont accessibles gratuitement sur le site internet de la *Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées*.

PHASE 6 : IMPLANTER LE GUIDE DANS UN MILIEU DE PRATIQUE et PHASE 7 : ÉVALUER L'UTILISATION DU GUIDE DANS LE MILIEU DE PRATIQUE

Considérant que les objectifs du projet Arrimage ont évolué en cour de route et que les recommandations promues par le guide de pratique étaient déjà implantées dans divers milieux, les partenaires de recherche et de terrain n'ont pas eu l'occasion d'implanter le guide de pratique dans d'autres organismes avant la fin du financement du projet. De ce fait, l'implantation et l'évaluation du guide de pratique et de son utilisation devaient faire l'objet d'une nouvelle demande de financement. Toutefois, les modalités du programme subventionnaire ont changé entre le début et la fin du projet Arrimage et la poursuite de celui-ci ne correspond pas aux nouveaux critères d'attribution du programme de financement initial. Si les partenaires désirent évaluer l'implantation et les effets de la pratique en duo telle que promue par le projet Arrimage, il leur faudrait donc déposer une demande de financement à un organisme autre que l'initial.

3.4.2 STAGE DE MAITRISE

À l'instar du projet Arrimage, certains éléments contextuels ont fait en sorte que les étapes de l'utilisation du guide de pratique sur l'autonégligence ont été précipitées ou impossibles à réaliser.

PHASE 5 : DIFFUSER LE GUIDE DE PRATIQUE

La diffusion du guide de pratique a débuté durant le processus de création de celui-ci, alors que j'expliquais le projet à divers praticiens et gestionnaires dans le milieu et que j'effectuais la collecte de données auprès de certains d'entre eux. Par la suite, le guide de pratique final a été distribué à tous les utilisateurs visés et il a été déposé sur le système informatique du milieu concerné. Puis, par l'entremise de *Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées*, des activités de transfert de connaissances sont accessibles à tout praticien, gestionnaire ou organisme concerné par les personnes aînées ou adultes auto-négligents. Enfin, les informations sur le processus de création du guide de pratique sont consignées dans le document de projet de stage ainsi que dans le rapport de stage, tous deux disponibles sur demande.

PHASE 6 : IMPLANTER LE GUIDE DANS UN MILIEU DE PRATIQUE et PHASE 7 : ÉVALUER L'UTILISATION DU GUIDE DANS LE MILIEU DE PRATIQUE

Considérant que le stage de maîtrise n'est que d'une durée de quatre mois à temps partiel et que le processus normal de création de guide de pratique peut prendre quelques années, il n'était pas réaliste que je vise à implanter et à évaluer le guide de pratique et son utilisation dans les délais

accordés. La diffusion effectuée constitue une stratégie d'implantation passive principalement dans le milieu visé, mais aussi dans d'autres contextes de pratique par l'entremise de la transmission d'information directe ou la mobilisation de leaders locaux. Quelques mois après la fin de mon stage, j'ai contacté la gestionnaire de l'équipe auprès de laquelle la collecte de données et la principale diffusion ont été faites afin de recueillir des informations sur l'utilisation du guide de pratique. Cependant, le contexte de pratique et de gestion ayant grandement évolué dans le milieu, elle n'a pas été en mesure de me fournir ces informations.

En somme, ces expériences d'utilisation de guides de pratique démontrent que les principales ressources nécessaires pour diffuser, implanter activement et évaluer un guide de pratique sont le financement et le temps. De plus, il n'est pas obligatoire pour les parties prenantes de suivre à la lettre le processus proposé dans la littérature. Dans l'optique de faire face à divers enjeux rencontrés et d'avoir un réel impact sur les connaissances et les pratiques, il faut savoir s'adapter!

CHAPITRE 4 : ENJEUX RENCONTRÉS DANS LA CRÉATION ET L'UTILISATION D'UN GUIDE DE PRATIQUE ET SOLUTIONS

La création et l'utilisation d'un guide de pratique sont des processus parsemés d'enjeux qui seront explorés dans ce dernier chapitre et pour lesquels des solutions seront proposées. Ces défis et solutions sont inspirés autant des informations provenant des écrits que des expériences pratiques abordées précédemment. De plus, si les parties prenantes engagées dans la création et l'utilisation d'un guide de pratique respectent les étapes proposées précédemment, qui se veulent en quelque sorte des solutions préventives, elles peuvent éviter certains enjeux potentiels.

4.1 ACCÈS AUX RESSOURCES NÉCESSAIRES

Bien entendu, la création et l'utilisation d'un guide de pratique demande du temps et des ressources humaines, matérielles et financières. Il importe donc, avant de débuter tout processus, que le producteur s'assure d'avoir tous les moyens nécessaires en sa possession (AMC, 2007). En termes de ressources humaines, on peut penser aux parties prenantes engagées à chacune des étapes de création ou d'utilisation du guide de pratique, qu'elles soient expertes du thème ou non, par exemple le décideur, le producteur et le documentaliste, pour ne nommer que celles-ci. Les ressources matérielles et financières ont donc trait au salaire de ces personnes, aux frais de déplacement (transport, hébergement, nourriture, participation à des activités de transfert de connaissances), à la location d'équipement tels que de l'électronique ou des locaux de rencontre et à l'achat de fournitures (classeurs, enregistreurs, ordinateurs, téléphonie, impression de documents).

Dès le début du processus de création du guide de pratique, le demandeur et le producteur élaborent un échéancier conforme aux objectifs du projet et aux ressources accessibles. Par exemple, ils s'adaptent aux conditions de travail inhérentes à chaque source de financement ou contexte de pratique. Par ailleurs, ils doivent prévoir des solutions dans l'éventualité où des imprévus surviennent, tels que le départ précipité d'un membre de l'équipe, le non renouvellement du mandat d'un collaborateur important ou tout changement dans la disponibilité des ressources envisagées. Les parties prenantes pourraient faire face à des enjeux technologiques, organisationnels, professionnels, réglementaires, éthiques ou sociaux (INESSS, 2014).

Dans le cadre du projet Arrimage, la disponibilité de ces ressources a été rendue possible grâce à une subvention de trois ans accordée par le programme SIRA (Soutien aux initiatives visant le respect des aînés). Le salaire des membres de l'équipe de recherche était assuré par ce financement, alors que les organisations respectives des partenaires du terrain les ont dégagés de leurs tâches habituelles pour participer au projet. Lors de mon stage de maîtrise, aucun financement n'a été demandé. Le projet a été réalisé grâce à la disponibilité des utilisateurs visés et des installations informatiques propres au milieu de stage.

4.2 COORDINATION DES PARTIES PRENANTES

La collaboration ou le partenariat avec d'autres ressources humaines, quelles que soient leurs caractéristiques, comporte les risques de conflits d'intérêts ou de bris dans l'engagement à la confidentialité pouvant miner la crédibilité du guide de pratique. Lors de l'élaboration de l'échéancier, le demandeur, le décideur et le producteur prévoient donc des stratégies pour diminuer ces risques.

4.2.1 CONFLITS D'INTÉRÊTS

La création d'un guide de pratique vise essentiellement la mobilisation de connaissances, sans toutefois en faire bénéficier injustement une organisation, une personne, un groupe ou leurs proches, dans le cadre de relations actuelles, passées ou potentielles (Gervais et Chagnon, 2010; INESSS, 2014; WHO, 2014). Les conflits d'intérêts inhérents aux parties prenantes engagées dans la création d'un guide de pratique peuvent être d'ordre financier, commercial, professionnel, personnel ou académique, être potentiels ou réels et doivent être anticipés dès le début du processus (INESSS, 2015; NICE, 2008).

« Un conflit d'intérêts survient lorsqu'une personne se trouve dans une situation où, objectivement, son jugement professionnel dans l'exercice d'une fonction est susceptible d'être ou de paraître tributaire d'autres considérations, qu'elles soient de nature personnelle, financière ou associées à ses activités professionnelles » (INESSS, 2015: 19)

Généralement, les conflits d'intérêts financiers sont les plus surveillés (AMC, 2007). Il ne faut toutefois pas confondre l'obtention d'une subvention, qui dans un sens est incontournable, avec l'acquisition de profits non justifiés par l'engagement des parties prenantes dans la création d'un guide de pratique. En ce sens, le financement obtenu justifie l'apport des parties prenantes et la méthodologie employée pour l'avancement des connaissances et des pratiques en faveur des utilisateurs visés et des bénéficiaires du guide de pratique (INESSS, 2015).

Pour éviter les conséquences de potentiels conflits d'intérêts, le demandeur et le producteur doivent mettre en place un processus de gestion de ceux-ci (WHO, 2014). En l'occurrence, chaque partie prenante du processus de création du guide de pratique complète une déclaration d'exemption de conflit d'intérêts et s'engagent dans un processus transparent. À cet effet, les déclarations doivent être disponibles pour quiconque voudrait les consulter et s'assurer de la

crédibilité du processus de création du guide de pratique (AMC, 2007; HAS, 2010, 2015; INESSS, 2015; NICE, 2013).

4.2.2 CONFIDENTIALITÉ

Dans le cadre d'un travail intersectoriel, tel que le suggère la création d'un guide de pratique, la confidentialité des informations à partager est un enjeu majeur. Nul ne peut divulguer d'information permettant d'identifier une tierce personne sans son consentement ou ne respectant pas la propriété intellectuelle d'un ouvrage inédit (NICE, 2013). Plusieurs solutions sont envisageables, telles que la signature d'un formulaire d'engagement à la confidentialité ou d'un formulaire de consentement par toutes les parties prenantes engagées dans la collecte, l'analyse et le partage des données (HAS, 2010, 2015; NICE, 2013). Les parties prenantes doivent donc établir des balises de communication entre elles et filtrer les données contextuelles et expérientielles qu'elles s'échangent.

Au tout début du projet Arrimage, les organisations engagées dans le processus ont établi des ententes entre elles et tous les partenaires de la recherche et du terrain ont signé un formulaire de déclaration de conflit d'intérêts ainsi qu'un engagement à la confidentialité. Les participants aux collectes de données ont aussi signé un formulaire de consentement pour leur contribution au projet, en conformité avec les normes de divers comités d'éthique et de la recherche. Pour ce qui est de mon stage de maîtrise, ces formalités se sont plutôt effectuées entre moi, à titre d'étudiante, l'institution académique à laquelle j'étais rattachée et le milieu de stage. Pour alléger leur processus de participation au projet, les utilisateurs visés par le guide de pratique m'ont donné leur consentement verbal et n'ont pas eu à signer de formulaire pour les conflits d'intérêts.

4.3 CONTENU ET FORME DU GUIDE DE PRATIQUE

Élaborer le contenu et choisir la configuration du guide de pratique sont parmi les étapes les plus importantes du processus de création de celui-ci et auront un impact majeur sur son utilisation. Le producteur doit donc accorder beaucoup d'importance à l'équité des recommandations, au vocabulaire et à la forme du guide de pratique, ce qui occasionne certains défis.

4.3.1 PRINCIPE D'ÉQUITÉ

Lors des processus de création et d'utilisation du guide de pratique, le demandeur, le décideur et le producteur prennent soin d'appliquer le principe d'équité au sein de toutes leurs interactions avec les autres parties prenantes, par exemple avec les utilisateurs et les bénéficiaires visés ainsi que tout autre membre d'un groupe de travail (HAS, 2007; INESSS, 2012; NICE, 2013; SIGN, 2015). Bien qu'en fonction du thème choisi, le guide de pratique puisse concerner un groupe de la population en particulier, par exemple les personnes aînées maltraitées et les praticiens qui les côtoient, l'application des recommandations doit honorer les principes de respect de l'autonomie, autant des utilisateurs que des bénéficiaires du guide de pratique, de non-malfaisance ou de bienfaisante et de justice distributive ou d'égalité au sein des services (NICE, 2008; WHO, 2014). De plus, le contenu du guide de pratique ne peut discriminer une personne ou un groupe en raison de l'origine culturelle, la couleur de la peau, la religion, l'âge, le genre, l'orientation sexuelle, le lieu de résidence, l'état civil, l'occupation, le niveau d'éducation, le handicap, les croyances, le statut socioéconomique ou tout autre caractéristique (INESSS, 2012, 2015; NICE, 2013; SIGN, 2015).

4.3.2 VOCABULAIRE

Autant dans ses échanges avec les utilisateurs ou les bénéficiaires visés que lors de l'étape de l'élaboration des recommandations, le producteur doit utiliser un vocabulaire accessible à ces parties prenantes, afin de favoriser leur acceptabilité et leur compréhension des processus de création et d'utilisation du guide de pratique (NICE, 2013). Sur ce plan, l'un des défis importants est, si le producteur est un chercheur ou tout autre expert, de vulgariser le thème pour le rendre accessible à un public cible qui a sa propre façon de jongler avec les concepts de la problématique et du contexte de pratique inhérents au guide de pratique. En ce sens, la consultation de parties prenantes diversifiées et le recours à des stratégies d'adaptation par le producteur demeurent des atouts majeurs dans le processus de création du guide de pratique (INESSS, 2014).

Sous un autre angle, autant pour les livrables du projet Arrimage que dans le cadre de mon stage de maîtrise, les appellations choisies permettent à tout praticien, gestionnaire ou organisme qui pourrait se sentir interpellé par les thèmes des guides de pratique créés, de s'y identifier et d'appliquer les recommandations proposées. Par exemple, les praticiens, outre les policiers, sont identifiés par le terme « intervenant psychosocial », désignant autant les travailleurs sociaux que les travailleurs de milieu, techniciens en assistance sociale, psychoéducateurs, techniciens en éducation spécialisée et ergothérapeutes, membres d'un ordre professionnel ou non.

Dans le cadre de mon stage de maîtrise, j'ai rapidement compris qu'il y avait une différence entre le vocabulaire utilisé dans la littérature et celui que les intervenants psychosociaux et les gestionnaires utilisent dans leur pratique. La définition de l'autonégligence adoptée dans le cadre du projet est très théorique, alors que la réflexion des praticiens est plutôt centrée sur l'action en intervention. À cet effet, nous avons longuement discuté de la signification de cette

problématique sociale selon leur perception, afin que je puisse adapter le vocabulaire du guide de pratique et en favoriser son appropriation par les utilisateurs visés.

4.3.3 FORMAT DE PRÉSENTATION

Les ressources nécessaires constituent le principal défi sur le plan du choix de format de présentation du guide de pratique. Leur disponibilité, ou non-disponibilité, influence la réponse aux attentes des utilisateurs visés et la possibilité de faire preuve de créativité dans la finalisation du guide de pratique. Par exemple, durant le projet Arrimage, les partenaires ont fait appel à un graphiste amateur pour la mise en page du guide de pratique. Celui-ci a utilisé un logiciel spécialisé dont lui seul, au sein de l'équipe du projet Arrimage, a les compétences pour le maîtriser. L'équipe de recherche ou les partenaires terrain ne peuvent donc pas modifier le guide de pratique sans avoir recours à ses services, ce qui demande du temps ainsi que du financement. Par ailleurs, dans le milieu où j'ai effectué mon stage de maîtrise, ce ne sont pas tous les postes informatiques des praticiens ou gestionnaires qui disposent du programme que j'ai utilisé pour créer le guide de pratique. Je me suis donc adaptée à leur réalité en trouvant un moyen de le rendre accessible à tous les utilisateurs actuels ou potentiels par le biais d'une deuxième version imprimable, toutefois non lisible à l'écran.

En sommes, la consultation ¹¹ des parties prenantes, suivant certaines balises (transparence, ouverture, encadrement, etc.), s'avère être une méthode de prévention ou une solution à plusieurs défis, autant pour le processus de création que pour l'utilisation des guides de pratique (INESSS,

¹¹ La consultation des parties prenantes peut s'effectuer, par exemple, à l'aide d'outils de communication et de transfert de connaissances tels que des dépliants, séances d'informations et webinaires, ou d'entrevues semi-dirigées, en groupe ou individuelles, de questionnaires standardisés ou de table de concertation ou comités consultatifs (INESSS, 2014).

2014). En effet, la consultation permet de favoriser l'utilité, la faisabilité, la pertinence, la crédibilité, l'acceptabilité, la diffusion, l'implantation et l'efficience des recommandations du guide de pratique par les parties prenantes, puis d'assurer la qualité et la rigueur de leur évaluation (INESSS, 2014). Cependant, lorsque le décideur ou le producteur effectuent une consultation, ils doivent tenir compte du contexte inhérent aux parties prenantes, par exemple des contraintes de temps, leurs intérêts, leurs rôles, leur représentativité et les potentiels biais psychosociaux, professionnels, stratégiques ou politiques (INESSS, 2014; van de Bovenkamp et Trappenburg, 2009).

CONCLUSION

Les contextes de maltraitance par autrui et d'autonégligence sont complexes et peuvent présenter des éléments de dangerosité, tant pour les personnes aînées que pour les intervenants psychosociaux. Dans ces circonstances, les travailleurs sociaux rencontrent divers défis éthiques, cliniques ou légaux dans le cadre de leur pratique de lutte contre la maltraitance des aînés. Ils réclament davantage de soutien à la prévention, la détection, l'intervention et le suivi de situations de maltraitance, d'où l'importance de répondre à leurs besoins à l'aide de documents d'aide à la prise de décision, tels que les guides de pratique.

Cet essai révèle ma réflexion sur les processus de création et d'utilisation de guides de pratique dans le secteur des services sociaux en comparant les écrits sur ce sujet à deux expériences spécifiques à la lutte contre la maltraitance des aînés. D'une part, la recension de la littérature que j'ai effectuée démontre que les normes sur les processus de création et d'utilisation des guides de pratique proviennent essentiellement du domaine de la santé. Toutefois, d'autres secteurs de pratique tels que les services sociaux, l'administration, les communications ou la sécurité publique auraient avantage à proposer de telles normes spécifiques à leurs contextes. Par exemple, la lutte contre la maltraitance des aînés nécessite un travail en intersectorialité qui serait facilité par l'intégration de guides de pratique provenant de ces secteurs d'activités.

D'autre part, j'ai comparé le contenu des écrits recensés au déroulement du projet Arrimage, auquel j'ai participé et qui a mené à la création d'un guide de pratique sur l'intervention en duo intersectoriel pour la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées, ainsi qu'à mon expérience de stage de maîtrise sur l'intervention en contexte d'autonégligence des adultes et personnes aînées. Ces deux projets démontrent les liens entre la théorie sur les guides de pratique

et la réalisation des processus de création et d'utilisation dans divers milieux, la diversité des scénarios possibles ainsi que la pertinence de la collaboration entre diverses parties prenantes.

Bref, les phases que j'expose pour la création d'un guide de pratique sont la décision, la collecte et l'analyse de données, l'élaboration des recommandations ainsi que la finalisation du guide de pratique. Puis, les phases que je présente pour l'utilisation d'un guide de pratique sont la diffusion, l'implantation et l'évaluation de celui-ci et de son utilisation. Ces phases constituent un processus itératif où différentes parties prenantes, entre autre le producteur, le documentaliste, les utilisateurs et les bénéficiaires, doivent collaborer pour créer et encourager une utilisation optimale d'un guide de pratique inédit. Il n'est pas sans dire que ces processus comportent certains défis pour lesquelles il existe plusieurs solutions. Ces défis concernent l'accès aux ressources nécessaires, la coordination des parties prenantes, ainsi que le contenu et la forme du guide de pratique.

Sur le plan des défis, je remarque que l'exercice réflexif que constitue cet essai m'a amenée au même cheminement que pour la réalisation de mon stage de maîtrise. En ce sens, lorsque j'ai construit mon projet de stage, j'ai fait le choix de me distancer de l'approche médicale promue par plusieurs écrits et d'adopter une approche biopsychosociale, beaucoup plus près de la réalité du travail social. De ce fait, le principal défi pour la réalisation de mon stage et de cet essai aura été de faire le pont entre les écrits provenant essentiellement du domaine de la santé et la réalité des travailleurs sociaux qui exercent autant dans la pratique que dans la recherche.

Par ailleurs, tel que la définition que j'adopte le suggère, un guide de pratique propose des recommandations appuyées sur des données tirées de la littérature ainsi que sur des données contextuelles et expérientielles et il vise à mobiliser des connaissances, à soutenir la prise de

décision et à orienter la pratique des intervenants psychosociaux, des gestionnaires et des organismes de divers secteurs d'activité. Par la mobilisation de données probantes, un guide de pratique permet ainsi d'identifier les lacunes aux plans des connaissances et de la pratique dans le but d'attribuer des priorités aux activités de recherche. De ce fait, il est tout indiqué de stimuler les liens de collaboration entre les praticiens et les chercheurs.

Premièrement, afin d'encourager les travailleurs sociaux à participer à la mobilisation des connaissances, à la création et à l'utilisation de guides de pratique, ils devraient se familiariser avec ces processus dès leur formation initiale. Par exemple, celle-ci devrait porter sur les méthodes de collecte et d'analyse des données probantes, l'élaboration de recommandations, l'évaluation de guides de pratique ainsi que sur les autres étapes d'une démarche de recherche afin d'en saisir le déroulement, les enjeux et les bienfaits. De leur côté, les futurs chercheurs devraient être formés selon une approche de complémentarité entre les méthodes quantitatives et qualitatives, ainsi que sur les diverses modalités des recherches partenariales, y compris de recherche-action, afin d'appliquer ces stratégies lors de leur pratique en recherche.

Mon expérience personnelle démontre les bénéfices de la sensibilisation des futurs travailleurs sociaux aux démarches possibles de mobilisation des connaissances. En effet, bien que ma formation initiale soit davantage clinique, j'ai développé des compétences complémentaires par mon expérience d'auxiliaire de recherche. Durant ma carrière professionnelle, si j'opte pour une pratique clinique, je serai davantage critique face aux outils qui me seront proposés pour soutenir ma prise de décision et je saurai accorder de la crédibilité aux outils pertinents, par exemple des guides de pratique. À l'inverse, si je poursuis ma route en recherche, je vais accorder une grande importance à la collaboration avec les utilisateurs des résultats de recherche, du début à la fin d'un projet, telle que le veut l'approche de recherche-action.

Deuxièmement, suite à l'arrivée des intervenants psychosociaux dans la pratique clinique, les organisations ont aussi leur part de responsabilité pour favoriser et soutenir le lien des travailleurs sociaux avec le secteur de la recherche, puis leur appropriation d'outils tels que les guides de pratique. En ce sens, les travailleurs sociaux devraient recevoir de la formation continue sur les processus de création et d'utilisation des guides de pratique, en plus d'être accompagnés dans ces démarches, par des rencontres individuelles ou de groupe, et bénéficier de temps pour se familiariser avec les recommandations proposées (Brunet et Beaulieu, 2011). De plus, les organisations devraient assigner une personne responsable à la veille informationnelle et à la mobilisation des données probantes au sein de chaque équipe de praticiens, afin d'adapter ou de créer des guides de pratique. Cette initiative peut se réaliser par la participation de stagiaires universitaires dans les milieux de pratique, tel que le démontre mon stage de maîtrise, ou par le maintien de la collaboration entre les milieux de pratique et ceux de la recherche, à la manière des partenaires du projet Arrimage (Manuel, Mullen, Fang, Bellamy et Bledsoe, 2009).

Finalement, le réseau québécois de la santé et des services sociaux étant en réorganisation majeure depuis le début de l'année 2015, j'y vois deux opportunités de changement de culture au bénéfice de l'ensemble de la population. En premier lieu, tant que les secteurs de la santé et des services sociaux seront sous une même gouverne, je suis d'avis que les praticiens, gestionnaires, chercheurs et organismes pourraient profiter de la réorganisation actuelle pour créer de nouvelles occasions de collaboration. À cet effet, les Centres intégrés de santé et de services sociaux ainsi que les Centres intégrés *universitaires* de santé et de services sociaux pourraient contribuer à la naissance de nouvelles normes de travail en intersectorialité, autant sur les plans de la recherche que de la clinique, et de ce fait, mettre à profit des approches intégrées par exemple pour la création et l'utilisation d'outils, tels que les guides de pratique.

Enfin, si nous pouvions assister à une révolution et voir le ministère de la Santé et des Services sociaux se scinder en deux, cela donnerait davantage de visibilité au domaine du travail social. Tel que démontré précédemment, le secteur de la santé prend beaucoup de place dans la littérature et dans la pratique, autant en ce qui concerne la création et l'utilisation de guides de pratique que la lutte contre la maltraitance des aînés. De ce fait, une gouvernance spécifique au secteur des services sociaux serait bénéfique pour l'émancipation du travail social, tant en recherche qu'en pratique. Toutefois, il ne faudrait pas perdre de vue l'importance des collaborations entre les réseaux public, privé et communautaire, entre les secteurs de la santé, des services sociaux et autres secteurs connexes, puis entre les divers paliers gouvernementaux.

RÉFÉRENCES

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE (AMC, 2007). Manuel sur les guides de pratique clinique, rédigé par Dave Davis, Joanne Goldman et Valerie A. Palda, Ottawa, 45 pages. Disponible à l'adresse: https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/clinical-resources/CPGhandbook-f.pdf

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

BARKER, Robert L. (2003). *The Social Work Dictionnary, 5^e edition*, National Association of Social Workers Press, Washington, 493 pages.

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

BEAULIEU, Marie (2012). Contrer la maltraitance envers les personnes aînées au Québec. Bilan historique des politiques publiques et inventaire des principales actions, *Risques & Qualité*, *9*(4), 59-65.

BEAULIEU, Marie, Jessica CALVÉ, Joséphine LOOCK, Luisa DIAZ DURAN, Marika LUSSIER-THERRIEN et Suzanne GARON (2015). Lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées: pratique en duo intersectoriel policier/intervenant du réseau public ou communautaire du secteur de la santé et des services sociaux. Guide de pratique. Édition mars 2015, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, 30 pages. Disponible à l'adresse: http://www.maltraitancedesaines.com/images/Arrimage_Guide_de_pratique_mars2015.pdf

BEAULIEU, Marie et Luisa DIAZ DURAN (2015). Projet Arrimage: modèle de travail intersectoriel pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées. Les pratiques intersectorielles de la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées. Recension interdisciplinaire des écrits, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, 175 pages. Disponible à

l'adresse:

http://www.maltraitancedesaines.com/images/Arrimage_Recension_Intersectorielle.pdf

BEAULIEU, Marie, Joséphine LOOCK, Jessica CALVÉ et Suzanne GARON (2015). La pratique en duo intersectoriel policier/intervenant psychosocial pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées : études de cas dans trois contextes dans le Nord-est de Montréal. Rapport de documentation, analyse et suivi de pratique, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, 134 pages. Disponible à l'adresse : http://maltraitancedesaines.com/images/Arrimage_Rapport_de_recherche.pdf

BRUNET, Cynthia et Marie BEAULIEU (2011). Bonifier les changements de pratique à la suite d'une formation continue en milieu de travail : réflexion tirée de l'expérience d'implantation du guide de pratique *En Mains*, *Vie et vieillissement*, 9(2), 52-58.

BOZINOVSKI, Susanna D. (2000). Older self-neglecters: Interpersonal problems and the maintenance of self-continuity, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, *12*(1), 37-56.

CALVÉ, Jessica (2015). Guide de pratique sur l'intervention en contexte d'autonégligence chez la clientèle du soutien à domicile en déficience physique, Centre de santé et de services sociaux Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Sherbrooke, 28 pages.

CIUSSS DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL; LIGNE AIDE ABUS AÎNÉS; CHAIRE DE RECHERCHE SUR LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES AÎNÉES; MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET SECRÉTARIAT AUX AÎNÉS (2015). Terminologie sur la maltraitance envers les personnes aînées, Gouvernement du Québec, 2 pages. Disponible à l'adresse: http://www.aideabusaines.ca/wp-content/uploads/2016/03/Terminologie-sur-la-maltraitance-envers-les-personnes-a%C3%AEn%C3%A9es-2015-FINAL.pdf

DAVIES, Martin (2000). *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work*, Blackwell Publishers, Oxford, 412 pages.

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

DONOVAN, Kirsten et Cheryl REGEHR (2010). Elder abuse: Clinical, ethical, and legal considerations in social work practice, *Clinical Social Work Journal*, 38, 174-182.

DYER, Carmel Bitondo, et al. (2006). The key elements of elder neglect: A survey of adult protective services workers, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 17(4), 1-10.

GERVAIS, Marie-Joëlle et François CHAGNON (2010). Modélisation des déterminants et des retombées de l'application des connaissances issues de la recherche psychosociale, Fonds de recherche sur la société et la culture, Chaire d'étude CJM-IU-UQAM sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté, 99 pages. Disponible à l'adresse : https://chairecjmiu.uqam.ca/upload/files/Rapport_Gervais__Chagnon_2010.pdf

GIASSON, Milène et Marie BEAULIEU (2004). Le respect de l'autonomie : un enjeu éthique dans l'intervention psychosociale auprès des aînés maltraités, *Revue Intervention*, 120, 98-109.

GIBBONS, Susanne W. (2009). Theory synthesis for self-neglect: A health and social phenomenon, *Nursing Research*, 58(3), 194-200.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS, 2007). Guide méthodologique. Méthode et processus d'adaptation des recommandations pour la pratique clinique existantes, Service des recommandations professionnelles, France, 50 pages. Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/method_process_adaptation_rpc_2.pdf

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS, 2010). Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandations par consensus formalisé », Service des bonnes pratiques professionnelles, France, 40 pages. Disponible à l'adresse: http://www.has-

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_methodologique_cf_40_pages_2011-11-03_15-40-2_278.pdf

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS, 2015). Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandations pour la pratique clinique », Service des bonnes pratiques professionnelles, France, 24 pages. Disponible à l'adresse: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-

01/guide_methodologique_recommandations_pour_la_pratique_clinique.pdf

IMBODY, Bethany et Etty VANDSBURGER (2011). Elder abuse and neglect: Assessment tools, interventions, and recommendations for effective service provision, *Educational Gerontology*, 37, 634-650.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ, 2015). *Démographie. Le bilan démographique du Québec. Édition 2015*. Gouvernement du Québec, 168 pages. Disponible à l'adresse : http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2015.pdf

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS, 2015). Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux, rédigé par Sylvie Beauchamp, Martin Drapeau, Carmen Dionne et Jean-Pierre Duplantie, 95 pages. Disponible à l'adresse: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Cadre_elaboration_guides_pratique_servicessociaux.pdf

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS, 2014). Consultation des parties prenantes. Document de référence, rédigé par Monique fournier et Pierre Dagenais, 36 pages. Disponible à l'adresse: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS Consultation Parties Prenantes.pdf

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS, 2012). Vers une méthode d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux. Position du Comité sur les guides de pratique en services sociaux de l'INESSS, rédigé par Sylvie Beauchamp et Jean-Pierre Duplantie, 85 pages. Disponible à l'adresse : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/ServicesSociaux/Guide-pratique/GuidePratique-ServicesSociaux.pdf

LANE, Julie (2016). Accompagner l'implantation des innovations et des bonnes pratiques cliniques et de gestion : du pourquoi ou comment? Webinaire présenté par Réseau-1 Québec, 15 avril 2016, 44 diapositives.

LAUDER, William, M. ROXBURGH, J. HARRIS ET J. LAW (2009). Developping self-neglect theory: Analysis of related and atypical cases of people identified as self-neglecting, *Journal of Psychiatrie and Mental Health Nursing*, *16*, 447-454.

MANUEL, Jennifer, I., Edward J. MULLEN, Lin FANG, Jennifer L. BELLAMY ET Sarah E. BLEDSOE (2009). Preparing social work practitioners to use evidence-based practice: A comparison of experiences form an implementation project, *Research on Social Work Practice*, 19(5), 613-627.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AINÉS (MFA, 2010). Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015, Gouvernement du Québec, Québec, 82 pages. Disponible à l'adresse : http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/Plan action maltraitance.pdf

MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AINÉS (MFA, 2008). *Préparons l'avenir avec nos aînés. Rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés*, rédigé par Lucie Gagnon et Annie Savoie, Gouvernement du Québec, 168 pages. Disponible à l'adresse : https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/rapport_consultation_aines.pdf

MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AINÉS et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MFA et MSSS, 2012) Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté, Au Québec, Gouvernement du Québec, 204 pages. Disponible à l'adresse : https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/politique-vieillir-et-vivre-ensemble.pdf

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

NATIONAL COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF ELDER ABUSE (NCPEA, 2008). Symposium on Self-Neglect. Building a Coordinated Response. A report of the Education Committee, États-Unis, 40 pages. Disponible à l'adresse: http://www.preventelderabuse.org/elderabuse/neglect.html

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE, 2016). *Process and methods guides. Developing NICE guidelines: The manual*, Londres, 247 pages. Disponible à l'adresse: https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/NICE-guidelines/developing-nice-guidelines-manual-prev-draft.pdf

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE, 2013). *Process and methods guides. The social care guidance manual*, Londres, 205 pages. Disponible à l'adresse: https://www.nice.org.uk/article/pmg10/resources/non-guidance-the-social-care-guidance-manual-pdf

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE, 2008). Social value judgements. Principles for the development of NICE guidance, Second edition, Londres, 36 pages. Disponible à l'adresse: https://www.nice.org.uk/media/default/about/what-we-do/research-and-development/social-value-judgements-principles-for-the-development-of-nice-guidance.pdf

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

NEESHAM-GRENON, Fiona et Marie BEAULIEU (2011). La réponse sociale aux situations d'autonégligence chez les aînés. Les enjeux d'une pratique complexe du travail social, *Forum*, 134, 66-73.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES (ONU, 2002) Rapport de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement. Madrid, 8-12 avril 2002, Publication des Nations Unies, New York, 84 pages. Disponible à l'adresse: http://www.monitoringris.org/documents/norm_glob/mipaa_french.pdf

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS, 2015). *Maltraitance des personnes âgées*. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/fr/

PELLETIER, Caroline et Marie BEAULIEU (2015). Personnes aînées itinérantes, maltraitées ou autonégligentes : nouveaux défis pour l'intervention psychosociale gérontologique, *Vie et vieillissement*, *12*(3), 11-17.

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN, 2015). *SIGN 50. A guideline developer's handbook*, Healthcare Improvement Scotland, Edimbourg, 63 pages. Disponible à l'adresse : http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf

SERVICE DE COURTAGE ET DE TRANSFERT DE CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES DE POINTE DU CIUSSS DE L'ESTRIE-CHUS (2015). *Guide pour accompagner l'implantation de bonnes pratiques*, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie-CHUS), Sherbrooke, 46 pages.

VADA-QUÉBEC (2014). Municipalité amie des aînés. Guide d'accompagnement pour la réalisation de la démarche Municipalité amie des aînés, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, Québec, 40 pages. Disponible à l'adresse : http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/guide_mada.pdf

VAN DE BOVENKAMP, Hester, M. et Margo, J. TRAPPENBURG (2009). Reconsidering patient participation in guideline development, *Health Care Analysis*, 17, 198-216.

WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO, 2014). WHO Handbook for Guideline Development, 2nd edition, Genève, 179 pages. Disponible à l'adresse: http://www.who.int/kms/handbook_2nd_ed.pdf

WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO, 2002). *The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse*, Genève, 4 pages. Disponible à l'adresse: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf

ANNEXE 1 RÉSULTATS DE LA RECENSION DANS LES BANQUES DE DONNÉES

PREMIÈRE RECHERCHE: 10 MARS 2015

Depuis 2000, Boolean, articles

RECHERCHE DOCUMENTAIRE CHAPITRE 2 : PROCESSUS DE CRÉATION D'UN GUIDE DE PRATIQUE							
Banque de données	Maltraitance	Pers. aînées	Guide	Création	Total docs	Docs retenus	
AGELINE (Par thesaurus)	Abuse Neglect	Older adults	Guideline* Guidance* «Practice guide*» «Practice recommendation*» Standard*	Develop* Creat* Construct* Elaborat* Produc* Mak*	67	1, mais parle du rôle du travail social	
ABSTRACTS IN SOCIAL GERONTOLOGY (Par index)	Abuse Neglect Mistreatment	Older people Old age Older Elder Senior	Guideline* Guidance* «Practice guide*» «Practice recommendation*» Standard*	Develop* Creat* Construct* Elaborat* Produc* Mak*	92	0	
SOCIAL WORK ABSTRACTS (Par index)	Abuse Neglect	Aged Elder* Older Senior*	Guideline* Guidance* «Practice guide*» «Practice recommendation*» Standard*	Develop* Creat* Construct* Elaborat* Produc* Mak*	11	1, mais parle de « child abuse in a pediatric hospital setting»	

RECHERCHE DOCUMENTAIRE CHAPITRE 3 : PROCESSUS D'UTILISATION D'UN GUIDE DE PRATIQUE								
Banque de données	Maltraitance	Pers. aînées	Guide	Utilisation	Total docs	Docs retenus		
AGELINE (Par thesaurus)	Abuse Neglect	Older adults	Guideline* Guidance* «Practice guide*» «Practice recommendation*» Standard*	Implement* Diffus* Promot* Transfer* Disseminat* Utilizat* Utilisat* Applicat* Adopt*	21	1, mais parle des troubles mentaux gériatriques		
ABSTRACTS IN SOCIAL GERONTO- LOGY (Par index)	Abuse Neglect Mistreatment	Older people Old age Older Elder Senior	Guideline* Guidance* «Practice guide*» «Practice recommendation*» Standard*	Implement* Diffus* Promot* Transfer* Disseminat* Utilizat* Utilisat* Applicat* Adopt*	53	0		
SOCIAL WORK ABSTRACTS (Par index)	Abuse Neglect	Aged Elder* Older Senior*	Guideline* Guidance* «Practice guide*» «Practice recommendation*» Standard*	Implement* Diffus* Promot* Transfer* Disseminat* Utilizat* Utilisat* Applicat* Adopt*	4	0		

Note: Au fil de mon expérience d'auxiliaire de recherche au sein de la *Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées*, j'ai développé des compétences sur la collecte de données tirées des écrits dans les banques de données. Les recherches que j'ai effectuées au début du processus de réalisation de cet essai sont donc moins rigoureuses que celles que j'ai effectuées à la fin du processus. Toutefois, les derniers résultats ne diffèrent pas énormément des premiers.

DEUXIÈME RECHERCHE: 2 MARS 2016

Depuis 2005

RECHERCHE DOCUMENTAIRE CHAPITRE 1 : GUIDES DE PRATIQUE SUR LA MALTRAITANCE								
Banque de données	Maltraitance	Pers. aînées	Guide	Résultats bruts	Motifs du rejet	Docs retenus		
1. AGELINE (Sans utiliser le thesaurus)	Mistreatment Abuse Neglect Violence	Elder* «Old* people» «Older adult*» Senior*	Guid* «Practice guide*» «Practice recommend*» Standard* «Evidence- based practice»	203	Ne concernent pas les guides de pratique Ne concernent pas la maltraitance (démence)	3 résultats secondaires 1 livre en commande = 4		
2. ABSTRACTS IN SOCIAL GERONTO- LOGY (Pas de thesaurus)	Mistreatment Abuse Neglect Violence	Elder* «Old* people» «Older adult*» Senior*	Guid* «Practice guide*» «Practice recommend*» Standard* «Evidence- based practice»	254	Ne concernent pas les guides de pratique Ne concernent pas la maltraitance (démence)	0		
3. SOCIAL WORK ABSTRACTS (Pas de thesaurus)	Mistreatment Abuse Neglect Violence	Elder* «Old* people» «Older adult*» Senior*	Guid* «Practice guide*» «Practice recommend*» Standard* «Evidence- based practice»	19	Ne concernent pas les guides de pratique Ne concernent pas la maltraitance	0		

Note: L'absence de résultat de recherche par mots-clés dans des banques de données ciblées démontre, d'une part, le faible nombre de guides de pratique dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes ainées, d'autre part, les enjeux dans la diffusion de pareils outils dans la littérature.

RECHERCHE DOCUMENTAIRE CHAPITRE 2 : PROCESSUS DE CRÉATION D'UN GUIDE DE PRATIQUE							
Banque de données	Service social	Guide	Création	Résultats bruts	Motifs du rejet	Docs retenus	
AGELINE (Sans utiliser le thesaurus)	«Social service*» «Social work»	Guid* «Practice guide*» «Practice recommend*» Standard* «Evidence- based practice»	Develop* Creat* Construct* Elaborat* Produc* Mak*	147	Ne concernent pas les guides de pratique Ne concernent pas le travail social (LGBT)	3 résultats secondaires 1 livre en commande = 4	
ABSTRACTS IN SOCIAL GERONTO- LOGY (Pas de thesaurus)	«Social service*» «Social work»	Guid* «Practice guide*» «Practice recommend*» Standard* «Evidence- based practice»	Develop* Creat* Construct* Elaborat* Produc* Mak*	250	Ne concernent pas les guides de pratique (end-of- life) Ne concernent pas le travail social	1 pertinent 1 résultat secondaire = 2	
SOCIAL WORK ABSTRACTS (Pas de thesaurus)	«Social service*» «Social work»	Guid* «Practice guide*» «Practice recommend*» Standard* «Evidence- based practice»	Develop* Creat* Construct* Elaborat* Produc* Mak*	420	Ne concernent pas les guides de pratique Langue autre que français ou anglais	pertinents 11 résultats secondaires 17 en commande = 31	

Note: En 2012, lors de ses recherches dans la littérature, l'équipe de l'INESSS n'a retenu que des synthèses ou des revues de la littérature et en 2015, l'équipe a cherché dans d'autres banques de données que celles que j'ai sélectionnées, soit PsycINFO, MEDLINE et CINAHL. Ces deux constats expliqueraient le peu de résultats qu'ils ont obtenus comparativement aux recherches que j'ai lancées dans les banques de données Ageline, Abstracts in social gerontology et Social work abstracts.

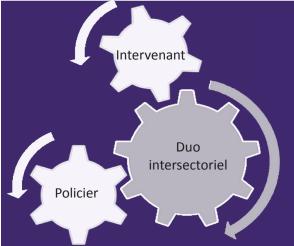
RECHERCHE DOCUMENTAIRE CHAPITRE 3 : PROCESSUS D'UTILISATION D'UN GUIDE DE PRATIQUE							
Banque de données	Service social	Guide	Utilisation	Résultats bruts	Motifs du rejet	Docs retenus	
AGELINE	«Social service*» «Social work»	Guid* «Practice guide*» «Practice recommend*» Standard* «Evidence- based practice»	Implement* Diffus* Promot* Transfer* Disseminat* Utilizat* Utilisat* Applicat* Adopt*	85	Ne concernent pas les guides de pratique Ne concernent pas le travail social	1 pertinent	
ABSTRACTS IN SOCIAL GERONTO- LOGY	«Social service*» «Social work»	Guid* «Practice guide*» «Practice recommend*» Standard* «Evidence- based practice»	Implement* Diffus* Promot* Transfer* Disseminat* Utilizat* Utilisat* Applicat* Adopt*	134	Ne concernent pas les guides de pratique Ne concernent pas le travail social	3 pertinents 1 résultat secondaire 1 en commande = 5	
SOCIAL WORK ABSTRACTS	«Social service*» «Social work»	Guid* «Practice guide*» «Practice recommend*» Standard* «Evidence- based practice»	Implement* Diffus* Promot* Transfer* Disseminat* Utilizat* Utilisat* Applicat* Adopt*	270 (831 avant d'entre la limite de date)	Ne concernent pas les guides de pratique Langue autre que français ou anglais	5 pertinents 8 en commande 5 résultats secondaires = 18	

Note: Entre les recherches sur la création de guides de pratique et les recherches sur leur utilisation, on remarque qu'il y a beaucoup moins de résultats pour le deuxième thème. Ce constat est le même pour les documents tirés de la littérature grise, où on retrouve moins d'informations spécifiques sur la diffusion, l'implantation et l'évaluation des guides de pratique que sur le processus de leur création.

ANNEXE 2
GUIDE DE PRATIQUE SUR LE TRAVAIL EN DUO INTERSECTORIEL
POLICIER/INTERVENANT

LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES AÎNÉES : PRATIQUE EN DUO INTERSECTORIEL POLICIER/INTERVENANT DU RÉSEAU PUBLIC OU COMMUNAUTAIRE DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX





GUIDE DE PRATIQUE Édition mars 2015

RÉDACTION

Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées

Jessica Calvé, auxiliaire de recherche
Joséphine Loock, professionnelle de recherche
Luisa Fernanda Diaz, auxiliaire de recherche
Marika Lussier-Therrien, auxiliaire de recherche
Sous la direction de Marie Beaulieu, chercheure
et de Suzanne Garon, cochercheure

GRAPHISME

Étienne Fouquet, auxiliaire de recherche

PARTENAIRES

Jean-François Brodeur, CSSS Ahuntsic-Montréal Nord;

Comité des aînés sans abus d'Ahuntsic et Montréal-Nord

Jacques Brosseau, Carrefour Montrose

Louise Buzit-Beaulieu, coordonnatrice provinciale du Plan d'action gouvernemental pour contrer

la maltraitance envers les aînés des communautés culturelles;

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Marie Cantin, coordonnatrice régionale du Plan d'action pour contrer la maltraitance envers les aînés;

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal,

Diane Charrette, Yvon Cléroux et Anne-Marie Gauthier, projet Intervention-SAVA

Sylvie Desilets, CSSS Cœur-de-l'Île; Table intersectorielle Abus-Maltraitance-Isolement des aînés

Jo-Anne Laforge, CSSS Lucille-Teasdale; Table Vivre et Vieillir à Rosemont

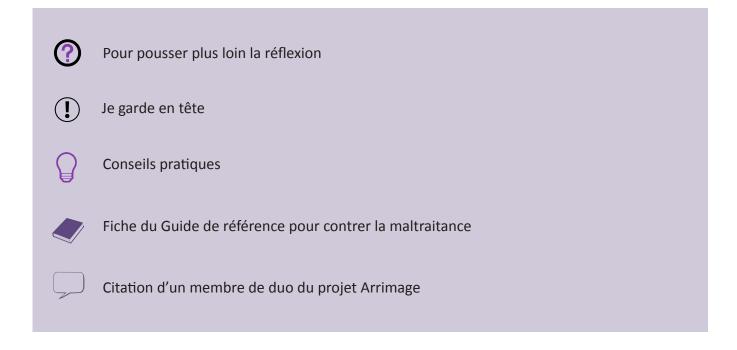
Nathalie Lavoie, Service de Police de la Ville de Montréal

Maryse Leclair, Table de concertation des aînés de l'île de Montréal

Maxine Lithwick, chercheure clinicienne consultante sur le projet; Hôpital général juif de Montréal

Jocelyne St-Pierre, CSSS Lucille-Teasdale

Photo de la couverture : Merci au Journal RueMasson.com, en particulier à Cécile Gladel, journaliste









Le genre masculin est employé dans le but d'alléger le texte et désigne autant les hommes que les femmes.

Ce projet a été rendu possible grâce au financement du Gouvernement du Québec, programme SIRA 2012 (Soutien aux initiatives visant le respect des aînés)



Dépôt légal

ISBN: 978-2-9815178-0-7

© Marie Beaulieu, 2015

Table des matières

1.	Introduction	6
	1.1 Pourquoi mettre sur pied un duo?	7
	1.2 Composition d'un duo	7
	1.3 Quel est l'objet de ce guide de pratique?	8
	1.4 À qui s'adresse ce guide de pratique?	8
	1.5 Comment utiliser ce guide de pratique?	8
2.	Maltraitance envers les personnes aînées	9
3.	Intersectorialité dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées	10
4.	Émergence et mise en place de la pratique en duo	11
5.	Rôles et responsabilités spécifiques à chacun des membres du duo	12
	5.1 Policier	12
	5.2 Intervenant du réseau public du secteur de la santé et des services sociaux	12
	5.3 Intervenant du réseau communautaire du secteur de la santé et des services sociaux	12
6.	Étapes de pratique en duo dans un continuum de services	13
	6.1 Prévenir et sensibiliser sur les situations de maltraitance	14
	6.2 Repérer des situations de maltraitance	15
	6.3 Intervenir et faire des suivis en situation maltraitance	15
	6.3.1 Initier l'intervention en duo	16
	6.3.2 Obtenir le consentement de la personne aînée pour une intervention en duo	16
	6.3.3 Planifier le premier contact du duo avec la personne aînée	17
	6.3.4 Effectuer une première action en duo	17
	6.3.5 Contacter d'autres ressources si nécessaire	19
	6.3.6 Accompagner la personne aînée et faire un suivi de la situation	20
	6.4 Transférer des compétences	21

7.	Bénéfices de la pratique en duo	22
	7.1 Pour la lutte contre la maltraitance	22
	7.1.1 Présence d'un policier	22
	7.1.2 Présence d'un intervenant	23
	7.2 Pour les organismes	23
	7.3 Pour les personnes aînées	23
8.	Défis de la pratique en duo et solutions	24
	8.1 Respect de la confidentialité	25
	8.2 Options d'intervention limitées pour répondre aux besoins des personnes aînées	25
	8.3 Méconnaissance des mandats rôles et responsabilités de chaque ressource	26
	8.4 Danger pour la personne aînée ou pour les membres du duo	26
	8.5 Charge de travail et manque de temps	27
	Réseautage	28
9.	Conditions pour faire vivre ou pour soutenir un duo	29
	9.1 Organismes	29
	9.2 Policier et intervenant	29
Мо	dèle Arrimage : la pratique intersectorielle de lutte contre la maltraitance	
env	vers les personnes aînées dans le Nord-est de Montréal	30

1. Introduction

Le présent Guide de pratique découle du projet Arrimage, une recherche-action sur la pratique intersectrielle de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées qui a permis de réaliser trois études de cas dans le Nord-Est de l'Île de Montréal entre 2012 et 2015.

En 2012-2013, les partenaires montréalais du projet Arrimage, tous issus de différents secteurs d'activités (sécurité publique; santé et services sociaux, du réseau tant public que communautaire), ont explicité leur modèle de pratique intersectorielle de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées (voir en quatrième de couverture du présent guide).

En 2013, ces partenaires ont identifié une pratique particulièrement innovante, celle du travail en duo intersectoriel (à l'avenir désigné simplement par duo) composé d'un policier¹ et d'un intervenant². Considérant les avantages de cette pratique, ils ont souhaité documenter, modéliser et diffuser cette dernière. Trois duos ont fait l'objet d'un suivi : un duo établi qui est à l'étape du transfert de compétences avec d'autres duos, un duo récent en déploiement de sa pratique et un duo en genèse. Les membres de chacun des duos étudiés proviennent de différents organismes³, mais pour des questions pratiques, ils sont représentés indistinctement dans le présent guide.

Pour de plus amples renseignements sur le projet Arrimage : Beaulieu, M., Loock, J., Calvé, J et Garon, S. (2015) La pratique en duo intersectoriel policier/intervenant psychosocial pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées : études de cas dans trois contextes dans le nord-est de Montréal. Rapport de documentation, analyse et suivi de pratique, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, 134 pages. Disponible à l'adresse : http://maltraitancedesaines.com/images/Arrimage_Rapport_de_recherche. pdf

¹ Dans le projet Arrimage, ce sont des agents sociocommunautaires du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) qui ont participé, mais pour le présent guide, le terme « policier » est retenu pour sa visée plus générale, car un policier occupant une autre fonction pourrait adopter la pratique en duo intersectoriel.

² Le terme générique « intervenant » désigne à la fois des intervenants du réseau public du secteur de la santé et des services sociaux (travailleurs sociaux, techniciens en assistance sociale, ergothérapeutes, infirmiers, etc.) que des intervenants du réseau communautaire du secteur de la santé et des services sociaux (travailleurs de milieu, de quartier, etc.).

³ Le terme « organisme » réfère à différentes institutions, organisations, associations privées, publiques ou communautaires. Ce terme a été préféré à celui d' « organisation », dont la définition est plus restrictive, soit « Association qui se propose des buts déterminés », selon la définition du dictionnaire Petit Robert.

1.1 Pourquoi mettre sur pied un duo?

Un duo est mis sur pied quand les limites de l'intervention individuelle de chacun des secteurs sont constatées et que la nécessité de combiner les forces se fait sentir. Ces constats ou besoins émanent non seulement du policier et de l'intervenant eux-mêmes, mais aussi de leurs organismes respectifs et des tables de concertation ou comités intersectoriels locaux ou régionaux. La pratique en duo est souhaitable, afin de :

- Répondre à des situations de maltraitance rencontrées autant par un policier qu'un intervenant;
- Rejoindre les personnes aînées isolées;
- Répondre à un besoin exprimé par différents organismes d'un même territoire;
- Répondre à un besoin exprimé par un policier ou un intervenant. Par exemple :
 - Un policier a besoin d'un intervenant pour assurer l'accompagnement de la personne aînée maltraitée vers différentes ressources ou à travers le processus judiciaire;
 - Un intervenant a besoin d'un policier lorsqu'il est question d'un acte criminel ou dans le but d'assurer sa sécurité lorsque le niveau de danger dans l'intervention est élevé.

« Au début, on avait des dossiers où on travaillait chacun de nos côtés, ça ne donnait pas grand-chose et on ne voyait pas de résultat. [...] C'était des dossiers qui s'accumulaient, alors c'est comme ça [...] que j'ai commencé à essayer de faire des liens. » - Policière

« Pourquoi l'intérêt [pour le] policier ? [...] [II] était ouvert et avait le goût d'essayer quelque chose de différent. [...] [Le policier du duo], me demandait : " Qu'est-ce que tu fais ? Comment est-ce qu'on peut travailler ensemble pour aider ces clients-là ? Moi, ça me chicote, je ne sais pas exactement ce que tu fais ". J'étais ouvert aussi et j'avais une idée de ce que la police faisait, mais pas plus que ça. On a réalisé tranquillement qu'il y avait une complémentarité qui pouvait fonctionner là-dedans. » - Intervenant

1.2 Composition d'un duo

La pratique en duo regroupe les secteurs de la sécurité publique (un policier) et de la santé et des services sociaux (un intervenant du réseau public ou communautaire), à l'avenir désigné par Réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS), tel qu'illustré par la figure ci-dessous :

Figure 1 : Composition d'un duo intersectoriel

Secteur de la sécurité publique

Secteur de la santé et des services sociaux

Réseau public + Réseau communautaire

= Réseau local de santé et de services sociaux (RLS)

1.3 Quel est l'objet de ce guide de pratique?

La pratique intersectorielle de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées, en particulier le travail fait en duo entre praticiens d'organismes ayant des missions fort différentes, est largement souhaité par plusieurs, tout en étant relativement méconnu dans ses détails pratiques et stratégiques. Ce guide de pratique comprend des indications claires et pratiques sur chacune des étapes du travail en duo.

1.4 À qui s'adresse ce guide de pratique?

Ce guide s'adresse à tout policier ou intervenant, ou à tout organisme, qui désire entreprendre ou soutenir une démarche de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées par un travail en duo entre un policier et un intervenant.

1.5 Comment utiliser ce guide de pratique?

Le guide de pratique se veut le plus appliqué possible pour tout policier, intervenant ou organisme. Il fournit des exemples concrets pour mener à bien chacune des étapes du travail en duo, allant de la planification du travail en duo aux conditions permettant de le faire vivre. Les connaissances plus générales sur la maltraitance, tout comme les interventions usuelles pour la contrer ne sont pas décrites, car il est pris pour acquis que les praticiens ou organismes attirés par le travail en duo ont déjà acquis ces bagages de connaissances et de compétênces. Ces informations plus générales sont incluses dans divers documents publiés au Québec. Ainsi, ce guide de pratique se concentre exclusivement sur le travail du duo composé d'un policier et d'un intervenant.

Ce Guide de pratique est écrit pour être utilisé en complémentarité avec un ouvrage clinique québécois de grande envergure, le Guide de référence, paru en 2013 et revu et corrigé en 2015. Afin d'éviter de répéter les informations qui s'y trouvent, certaines sections du Guide de référence seront mises de l'avant tout au long du Guide de pratique.

⁴ Nous proposons quelques références :

Beaulieu, M., & Bergeron-Patenaude, J. (2012). La maltraitance envers les aînés. Changer le regard, Québec, Presses de l'Université Laval, 148 pages.

Ministère de la Famille et des Aînés (MFA) (2010). Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015, Gouvernement du Québec, 82 pages. Disponible à l'adresse : http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/documents/plan_action_maltraitance.pdf

Et la référence en note 5.

⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Québec. (2013) Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées, Gouvernement du Québec, 471 pages. Disponible à l'adresse : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-830-10F.pdf

2. Maltraitance envers les personnes aînées

La définition de la maltraitance retenue dans le projet Arrimage est celle qui est promue par le gouvernement du Québec dans le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015, soit une traduction libre de la Déclaration de Toronto sur la prévention globale des mauvais traitements envers les aînés⁶, de l'Organisation mondiale de la Santé, publiée en 2002 : « 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 chez une personne aînée » . Il est alors question de maltraitance physique, psychologique ou émotionnelle, sexuelle, matérielle ou financière, de violation des droits de la personne et de négligence⁷.

(!) Quelques particularités des situations de maltraitance

- La maltraitance comprend autant de la violence que de la négligence;
- La relation de confiance ne se limite pas à la sphère intrafamiliale. Elle inclue aussi les proches et les dispensateurs de service;
- Bien que ce ne soit pas toujours visible, la maltraitance affecte la santé physique, mentale et sociale de la personne aînée;
- La maltraitance se déroule partout où se trouve une personne aînée, par exemple à son domicile, en institution, dans un commerce ou dans un espace public;
- Les personnes aînées forment un groupe hétérogène. On observe toutefois quelques points communs en situation de maltraitance : difficulté à reconnaitre la situation de maltraitance ou à la signaler et peur de l'hébergement, de représailles ou de la judiciarisation de la personne maltraitante;
- Une personne est maltraitante de façon intentionnelle ou non-intentionnelle;
- Les situations de maltraitance sont complexes, car elles peuvent comporter de multiples problématiques concurrentes : plusieurs types de maltraitance, troubles cognitifs, troubles de santé mentale ou physique, isolement, interdépendance, etc.;
- Certaines situations de maltraitance présentent un haut niveau de dangerosité pour la personne aînée et peuvent aussi compromettre la sécurité d'un policier ou d'un intervenant.



Différents types de maltraitance envers les personnes aînées : Section 1.

⁶ Ministère de la Famille et des Aînés (MFA) (2010). Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015, Gouvernement du Québec, page 17. Disponible à l'adresse : http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/documents/plan_action_maltraitance.pdf

⁷ Mise à part la négligence par autrui, il existe aussi des situations de négligence par soi. L'autonégligence se résume en l'échec à répondre à ses propres besoins ou à se procurer des soins. Tiré de Neesham-Grenon, F. (2012) L'intervention en travail social dans les situations d'autonégligence chez les personnes aînées, Mémoire (M.S.S.), Université de Sherbrooke, 203 pages.

3. Intersectorialité dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées

La pratique intersectorielle fait appel à la rencontre de praticiens issus de différents secteurs (notamment la santé, les services sociaux, la justice et la sécurité publique) qui travaillent ensemble à l'atteinte d'un but commun : mettre en place des actions complémentaires afin d'agir sur une situation complexe et de satisfaire, d'un commun accord, les besoins identifiés⁸.

La complexité des situations de maltraitance envers les personnes aînées, tout comme leurs divers impacts tant sur la sphère physique, psychologique que sociale de la personne aînée maltraitée, nécessite souvent un large éventail de services et l'action de divers praticiens. Aucune discipline ni aucun organisme ou secteur ne dispose de l'ensemble des ressources, des services ou de l'expertise nécessaire pour répondre à un problème multifactoriel si complexe. Le travail entre divers praticiens d'un même ou de plusieurs secteurs, au cours d'une ou de plusieurs étapes du continuum de services, est l'un des moyens les plus efficaces pour répondre aux défis auxquels ils font face sans pouvoir y apporter de solution de façon individuelle⁹.

La pratique intersectorielle en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées comprend notamment les tables de concertation, les tables de discussion de cas clinique, des duos diversifiés, telle la rencontre de praticiens de services de protection des adultes et de praticiens de la société Alzheimer aux États-Unis, etc.

« Tout seul chacun sur notre bord, on n'y arrivera pas. Tout le monde va se décourager et on va retourner à la case départ. Il faut continuer à penser, à réfléchir comment on pourrait faire ça, comment on pourrait bonifier chacun nos structures et travailler ensemble. » - Policière

La pratique intersectorielle offre des bénéfices en matière de la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées, à la fois pour les organismes concernés, les praticiens engagés et les personnes aînées, bénéfices qui sont repris dans la section 7 du présent guide, en lien direct avec la pratique en duo policier et intervenant. Par ailleurs, elle pose certains défis, qui sont abordés avec leurs solutions dans la section 8.

Pour de plus amples connaissances sur les pratiques intersectorielles de lutte contre la maltraitance: Beaulieu, M. et Diaz Duran, L. (2015) Projet Arrimage: modèle de travail intersectoriel pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées. Les pratiques intersectorielles de la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées. Recension interdisciplinaire des écrits, Sherbrooke, Québec, Université de Sherbrooke, 175 pages. Disponible à l'adresse: http://maltraitancedesaines.com/images/Arrimage_Recension_Intersectorielle.pdf

⁸ Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière (2013). L'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être : quelques balises conceptuelles et contextuelles, 59 pages. Disponible à l'adresse : http://www.agence lanaudiere.qc.ca/ASSS/Publications/Action%20intersectorielle%20-%20Fascicule%201%20version%20finale.pdf

⁹ Beaulieu, M. & Leclerc, N. (2006). Ethical and psychosocial issues raised by the practice in cases of mistreatment of older adults. Journal of Gerontological Social Work, 46(3/4), 161-186.

4. Émergence et mise en place de la pratique en duo

Il existe plusieurs façons de faire émerger une pratique en duo. En voici quelques exemples :

- Tisser des liens entre :
 - Policier et intervenant membres d'une même table de concertation ou comité intersectoriel;
 - Policier et intervenant responsables, dans leur organisme respectif, des dossiers de maltraitance ou des dossiers concernant les personnes aînées et souhaitant mettre en place une pratique intersectorielle.
- Intégrer la pratique en duo d'abord dans un projet commun, pour possiblement mener à une entente informelle, un protocole, voire un plan d'action conjoint entre organismes.

« À la table de concertation, quand on a débuté le projet pour contrer l'isolement social des aînés, on avait une petite base sur la maltraitance. Le but principal du projet était d'informer les gens isolés. On s'est vite rendu compte qu'il y en avait bien plus qu'on pensait de la maltraitance. » - Policière

Quelques conseils pratiques sur l'émergence d'un duo au sein des organismes

- Il ne s'agit pas seulement d'une volonté individuelle d'un policier et d'un intervenant, mais aussi d'un désir de travail intersectoriel porté par leur organisme respectif;
- Lors de l'émergence d'un nouveau duo, il est préférable qu'un policier et un intervenant débutent de façon informelle et réalisent une première activité en duo avant de consolider cette pratique :
 - Ceci a pour but de les amener à échanger sur leurs perceptions de la maltraitance et à connaître les rôles et responsabilités de chacun, les limites de leur travail respectif, puis leurs valeurs, objectifs et logiques d'intervention;
 - Il peut s'agir d'une activité de prévention/sensibilisation, de repérage ou d'intervention/suivi de situations (voir section 6 du présent guide);
 - C'est en expérimentant que le duo trouve les méthodes de travail qui lui conviennent;
- Le duo laisse la confiance s'installer graduellement entre le policier et l'intervenant;
- Ce n'est que lorsque les principaux concernés par la pratique en duo se connaissent et apprécient leur travail respectif puis leur travail collectif qu'un(e) entente, protocole ou plan d'action entre organismes peut être formalisé(e);
- Une fois la pratique en duo mise en place, advenant la nécessité de remplacer le policier ou l'intervenant, il importe de bien préparer l'intégration du nouveau membre par : une initiation par le membre du duo qui quitte, la possibilité d'accompagner le duo pour observer son travail, une rencontre préparatoire avec l'autre membre du duo, etc.

I Sur chaque territoire de RLS, il existe plusieurs tables de concertation ou comités intersectoriels, à vocation générale pour les personnes aînées ou spécifiques pour la lutte contre la maltraitance. Ces tables de concertation ou comités intersectoriels contribuent à l'émergence d'un duo et soutiennent sa pratique intersectorielle, initient ou soutiennent différentes démarches entreprises par le duo. Le duo bénéficie de l'expertise des membres de ces tables ou comités, alors que ceux-ci étendent aussi leur savoir grâce au retour sur l'expérience du duo.

¹⁰ L'entente informelle, le protocole ou le plan d'action entre organismes peuvent aborder les rôles, responsabilités et attentes de tout un chacun, les buts communs à atteindre par la pratique intersectorielle, la priorisation de dossiers et les modes de communication (confidentialité).

La pratique en duo se concrétise de différentes façons :

- Il peut s'agir d'une pratique en duo régulière, alors qu'un policier et un intervenant en particulier sont désignés au sein de leur organisme respectif pour former un duo fixe;
- Il peut s'agir d'une pratique en duo occasionnelle, alors que ce sont de multiples policiers et intervenants qui, selon les situations, peuvent être désignés au sein de leur organisme respectif pour former un duo ponctuel.

Le duo adapte sa pratique (régulière ou occasionnelle), les rôles et responsabilités du policier et de l'intervenant, ainsi que les étapes du continuum de services à privilégier (voir section 6 du présent guide) selon sa composition, les caractéristiques démographiques de son territoire, la clientèle visée, les situations rencontrées, son contexte organisationnel et les ressources disponibles.

5. Rôles et responsabilités spécifiques à chacun des membres du duo

Dans une perspective de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées, le policier et l'intervenant ont des rôles et responsabilités complémentaires. Ceux-ci sont répartis de façon naturelle, selon les fonctions et compétences de chacun et la pratique mise en œuvre par le duo. Il est toutefois possible de tirer des grandes lignes de cette répartition des rôles et responsabilités.

5.1 Policier

Le policier assure la sécurité de la personne aînée et d'autrui et aborde les aspects criminels ou légaux des situations de maltraitance. Il effectue des activités de prévention et de sensibilisation, reçoit les références de ses collègues patrouilleurs et réalise des suivis de dossiers. Cela demande au policier d'adopter une approche d'aide ou d'accompagnement plutôt que répressive. Cela n'exclut pas qu'une plainte pourra éventuellement être déposée, mais c'est rarement le but premier de la pratique en duo.

5.2 Intervenant du réseau *public* du secteur de la santé et des services sociaux

L'intervenant du réseau public du secteur de la santé et des services sociaux intervient et fait des suivis de situation auprès de personnes aînées qui reçoivent ou non les services de ce réseau. Il s'assure que l'évaluation des besoins et peut-être même l'évaluation globale de la personne aînée soient réalisées, par lui ou par l'un de ses collègues, et fait appel directement aux autres professionnels de son RLS pour intervenir ou faire des suivis auprès des personnes aînées.

5.3 Intervenant du réseau *communautaire* du secteur de la santé et des services sociaux

L'intervenant du réseau communautaire du secteur de la santé et des services sociaux agit davantage en première ligne, pour repérer des personnes aînées qui ne reçoivent pas les services du réseau public, qui sont isolées et potentiellement maltraitées. Il intervient ponctuellement auprès des personnes aînées et lorsque nécessaire, effectue des suivis ou, avec l'accord de la personne aînée, prend contact avec les professionnels du RLS du territoire afin de les informer de la situation et d'entamer un suivi psychosocial ou autre démarche pertinente.

« [L'intervenant communautaire du duo] vient combler les trous que tout le monde n'est pas capable de combler. Sa job c'est de faire tous les petits bouts que la [travailleuse sociale] n'a pas le temps de faire et que je ne peux pas faire. Ce n'était pas vraiment ma job ni celle de la T.S. Le milieu communautaire n'avait pas ce genre d'intervenant avant. Maintenant qu'il y en a un, il a un rôle d'agent de liaison. » - Policière

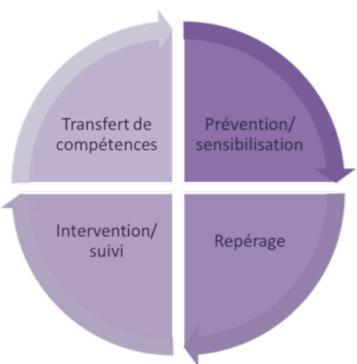
Chacun des membres du duo est tenu de documenter la situation, soit les conditions de vie de la personne aînée, les indices de maltraitance, les éléments nouveaux à la situation – si la personne est déjà connue des services-, les interventions réalisées, ainsi que les autres ressources engagées dans le continuum de services. Cette documentation s'effectue selon les normes établies par l'organisme de chacun des membres du duo.

6. Étapes de pratique en duo dans un continuum de services

Le duo peut participer à différentes étapes du continuum de services (prévention/sensibilisation, repérage, intervention/suivi de situations et transfert de compétences) qui, tel qu'illustré à la figure 2, sont interreliées. Le duo n'est pas tenu de participer à chacune de ces étapes, dépendamment des besoins de chaque situation. De plus, dans une même situation, le travail en duo n'appelle pas toujours une présence simultanée du policier et de l'intervenant.

Par exemple, dans le cadre du projet Arrimage, deux des duos étudiés ont une pratique régulière, ce qui leur permet de participer à chacune des étapes du continuum de service, alors que l'autre duo a une pratique occasionnelle, ce qui l'amène à faire majoritairement du repérage et de l'intervention lors de situations précises. « Il y a eu des dossiers ouverts à cause [des séances d'information données en duo], mais beaucoup d'interventions ponctuelles, beaucoup d'interventions que [le policier] et moi on n'a jamais travaillées ensemble par la suite. Soit ça se résorbait chez nous ou soit ça se réglait chez lui, mais on en discutait régulièrement. » - Intervenant

Figure 2 : Étapes du continuum de services dans la pratique en duo



De plus amples informations sur les différentes étapes du continuum de services de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées sont disponibles dans l'ensemble du Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées.

6.1 Prévenir et sensibiliser sur les situartions de maltraitance

La pratique de prévention vise à réduire l'incidence de la maltraitance. La sensibilisation, la stratégie de prévention la plus utilisée, consiste à informer les personnes aînées, la population générale et différents praticiens ou travailleurs à propos de la maltraitance, au sujet des indices pour la repérer et des ressources existantes. La sensibilisation peut aussi être faite sous forme de conseils plus généraux de prévention et d'adoption de saines habitudes de vie.

Voici quelques activités possibles :

Activités pour rejoindre la **population aînée générale** :

 Kiosques ou séances d'information : lors de fêtes locales, de la Journée mondiale de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées du 15 juin ou dans des centres commerciaux ou d'alimentation. Activités pour rejoindre des groupes de personnes aînées dans des regroupements d'aînés ou des milieux de vie collectifs (résidences, habitations à loyer modique (HLM) ou autres) :

- Séances d'information sur la maltraitance;
- Visionnement de vidéos ou de pièces de théâtre;
- Séances de sensibilisation « Aînés-Avisés » co-animées par un bénévole et un policier.

Activités pour rejoindre des personnes **aînées** vivant seules :

- Porte-à-porte;
- Dîner communautaire.

Activités de sensibilisation et de promotion de bonnes pratiques auprès d'intervenants et de travailleurs :

- Dans des organismes tels que des centres communautaires, des institutions financières, des commerces, des salons de coiffure, des pharmacies, etc.;
- Kiosques ou séances d'information.

« On a commencé avec des documents qui venaient d'un peu partout sur la maltraitance, la Ligne Abus Aînés, etc. On est allés en parler, juste pour voir si la clientèle était réceptive à ça [...] Donc on a commencé tranquillement à parler au monde [par l'entremise d'un kiosque dans un centre commercial]. On voyait que l'intérêt était là, le monde posait des questions. » - Intervenant



Prévenir la maltraitance envers les personnes aînées : Section 2.

6.2 Repérer des situations de maltraitance

La pratique de repérage vise à identifier des personnes aînées potentiellement maltraitées et à observer et valider les indices de maltraitance.

L'observation et la validation d'indices de maltraitance peuvent se faire autant par le policier que par l'intervenant, en solo ou en duo.

« À chaque fois qu'on fait [des

conférences], c'est toujours

qu'on a des appels, des fois ça

peut être une semaine après,

deux semaines, des fois ça peut

être un mois après, les gens

nous rappellent pour des situa-

tions d'abus. » - Policier

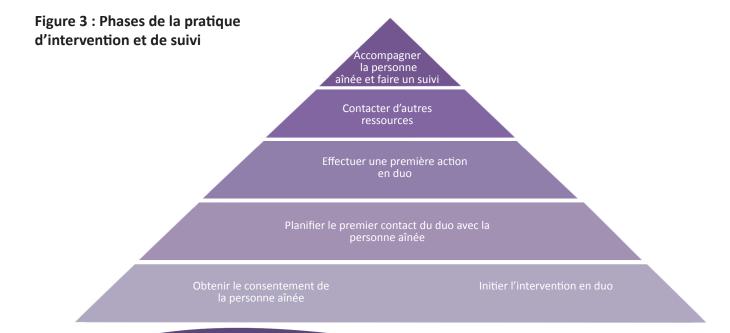
Le duo profite de certaines occasions pour repérer des situations de maltraitance:

- Les activités de prévention sur la maltraitance sont l'occasion pour les personnes aînées ou leurs proches de se confier sur des situations de maltraitance au duo ou à d'autres ressources;
- Le contact du policier ou de l'intervenant du duo avec une personne aînée, dans le cadre de ses fonctions, par exemple au domicile de la personne aînée;
- La référence d'une situation de maltraitance au duo par :
 - Un collègue du même organisme;
 - o Un membre d'une table de concertation ou d'un comité intersectoriel:
 - Un praticien d'un autre organisme;
 - Une personne ou un service de la communauté (Ligne Aide Abus Aînés, inspecteur en bâtiment de la ville ou municipalité, institution financière, pharmacie, commerce d'alimentation, service de coiffure, etc.).

Indices et outils de repérage de la maltraitance envers les personnes aînées : Section 3.

6.3 Intervenir et faire des suivis en situation maltraitance

La pratique d'intervention et de suivi amène le duo à respecter différentes phases, telles qu'illustrées par la figure 3 ci-dessus.



6.3.1 Initier l'intervention en duo

Lorsqu'une situation de maltraitance est repérée, le policier ou l'intervenant évalue la nécessité de faire appel à l'autre membre du duo. Certaines situations requièrent une intervention en duo, alors que d'autres non.

Pour quel(s) motif(s) le policier ou l'intervenant pense-t-il contacter l'autre membre du duo ?

- Il a développé le réflexe de travailler en duo ou il ressent le besoin d'une collaboration ponctuelle;
- Dans le but d'obtenir un conseil;
- Pour donner ou recueillir de l'information, de manière générale ou spécifique sur une situation;
- Afin d'orienter une intervention future;
- Pour faire le suivi d'une situation;
- Dans une visée d'efficience ou de résultat optimal pour une pratique de lutte contre la maltraitance.

Lorsque le policier ou l'intervenant estime qu'une intervention en duo est nécessaire, il doit obtenir le consentement de la personne aînée avant de contacter l'autre membre du duo.

6.3.2 Obtenir le consentement de la personne aînée pour une intervention en duo

À moins que le premier contact avec la personne aînée ait eu lieu en duo, avant toute intervention en duo, le policier ou l'intervenant s'assure que la personne aînée consente de façon libre et éclairée à ce que :

- Les membres du duo se partagent de l'information à son sujet;
- Le policier et l'intervenant interviennent ensemble;
- Le duo contacte éventuellement une ou d'autres ressources qui pourraient assurer une intervention ou le suivi de la situation.

La proposition d'introduire l'autre membre du duo se fait de façon douce, en exposant à la personne aînée comment les compétences de l'autre membre du duo pourront aider à combler ses besoins.

« Regarde, j'ai quelqu'un (un policier), je travaille avec lui, il est de confiance » - Intervenant à une personne aînée

L'obtention du consentement de la personne aînée se fait autant par le policier que par l'intervenant, soit celui qui est en contact avec la personne aînée en premier.

Ce consentement de la personne aînée est obligatoire, sauf si la situation nécessite que le duo applique des mesures d'urgence telles que l'hospitalisation d'urgence, la relocalisation ou l'évaluation psychiatrique¹¹ de la personne aînée.

¹¹ En l'occurrence, l'application de la loi P-38 : Éditeur Officiel du Québec (dernière mise à jour le 1 mars 2015) Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, Disponible à l'adresse : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P_38_001/P38_001.html

Quelques conseils sur l'obtention du consentement de la personne aînée

Si la personne aînée ne consent pas d'emblée à une intervention en duo, cela n'entraine pas nécessairement la fin de la démarche. Dans cette optique, le policier ou l'intervenant :

- Écoute le point de vue de la personne aînée à la base du refus;
- Diversifie ses moyens d'obtenir le consentement de la personne aînée, par exemple :
 - o En utilisant un formulaire de consentement;
 - Dans la mesure du possible, en tentant d'impliquer un proche de la personne aînée dans l'intervention;
- Entreprend en solo la suite de l'intervention selon son champ de compétences. La personne aînée acceptera peut-être ultérieurement l'engagement de l'autre membre du duo.

(2) La section 8.1 du présent guide de pratique explore le respect de la confidentialité lorsque la personne aînée ne consent pas du tout à l'intervention intersectorielle.

6.3.3 Planifier le premier contact du duo avec la personne aînée

Le duo planifie son premier contact avec la personne aînée et, afin de se préparer en conséquence, évalue s'il sera amené à :

- Intervenir dans une situation potentiellement dangereuse pour la personne aînée, pour le policier ou l'intervenant;
- Intervenir dans une situation comportant un haut niveau d'urgence;
- Exécuter une ordonnance de cour ou médicale.

« Il y a des échanges pour préparer la façon d'intervenir, la méthode à appliquer. Autant ça peut être utile de voir arriver un [policier] en uniforme, ça peut calmer les choses, autant ça peut mettre le feu aux poudres. C'est le besoin de discuter avant pour savoir à qui on fait affaire et chez qui on se déplace. » - Intervenante

6.3.4 Effectuer une première action en duo

Cette phase comprend trois types d'actions : développer le lien de confiance avec la personne aînée, évaluer la situation rencontrée et favoriser la fin de l'agir ou la dénonciation.

Développer le lien de confiance avec la personne aînée

Le premier gage de réussite d'une intervention passe par le développement d'un lien de confiance avec la personne aînée. Il s'agit de faire preuve d'ouverture, d'écoute et de souplesse, puis de créer un climat qui encourage le signalement et le changement de la situation de maltraitance. Le lien de confiance avec la personne aînée et le duo se développe avec le policier ou l'intervenant ou les deux à la fois.

Évaluer la situation

Dès son premier contact avec la personne aînée, et ce, jusqu'à la fin du processus d'intervention, le duo évalue la situation de maltraitance, l'aptitude et les besoins de la personne aînée.

Sur le plan de la **situation de maltraitance**, le duo évalue la dynamique relationnelle entre la personne aînée et la personne maltraitante, ainsi que les niveaux de dangerosité et d'urgence de la situation.

Sur le plan de l'aptitude de la personne aînée, le duo évalue la cohérence des propos de la personne aînée et la façon dont elle s'oriente dans le temps et dans l'espace. Il évalue aussi l'aptitude de la personne aînée à gérer ses biens ou à prendre soin de sa personne. Ne pas perdre de vue qu'une inaptitude peut être totale ou partielle, temporaire ou permanente. Le duo vérifie si la personne aînée est sous régime de protection. Si tel est le cas, il contacte son mandataire, curateur ou tuteur – en autant que cette personne ne soit pas la personne maltraitante – ou le Bureau du Curateur public.

Sur le plan des **besoins de la personne aînée**, le duo évalue ses conditions de vie (logement, alimentation, hygiène personnelle, réseau de soutien) et les services à mettre en place ou ressources à mobiliser. Au besoin, le duo réfère la personne aînée au réseau public du secteur de la santé et des services sociaux afin qu'une évaluation psychosociale formelle soit réalisée.

Favoriser la fin de l'agir ou encourager la dénonciation

Afin de favoriser la fin de la situation de maltraitance, il est important que la personne aînée et, lorsque possible, la personne maltraitante reconnaissent la situation telle qu'elle est.

Suivant le type de maltraitance rencontrée, le duo peut accompagner la personne aînée pour modifier une procuration bancaire, faire changer les serrures de son domicile, changer son numéro de téléphone, etc. Le duo peut aussi rencontrer la personne maltraitante, l'informer et prendre entente avec elle pour que la situation cesse.

« La solution ce n'est pas toujours de judiciariser. Le but c'est d'arriver à ce que la personne soit bien, de faire arrêter la situation de maltraitance. » - Policier

Dans certaines situations, il est pertinent d'encourager la personne aînée à déposer une plainte, notamment au ou à la :

- Service de police/système judiciaire;
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ);
- Commissaire local ou régional aux plaintes et à la qualité des services;
- Comité des usagers du réseau public du secteur de la santé et des services sociaux;
- Bureau du Curateur public;
- Autorité des marchés financiers;
- Office de protection du consommateur;
- Régie du logement.

L'outil En Mains¹² propose trois avenues à l'intervention en contexte de maltraitance envers une personne aînée, soit la suspension de suivi, l'accompagnement ou le recours à des mesures de protection : Sections 4

¹²Beaulieu, M. (2010) En Mains: Arbre décisionnel « ENjeux éthiques, Maltraitance, Aînés, INtervention, Scénarios », publié par National Initiative for the Care of the Elderly (NICE), Toronto, 24 pages.

Autres démarches possibles

Finalement, compte tenu de la grande diversité des situations de maltraitance rencontrées, plusieurs démarches ponctuelles peuvent s'avérer bénéfiques :

- Informer la personne aînée sur les ressources disponibles;
- Défendre les droits de la personne aînée : l'informer, l'accompagner;
- Poser un filet de sécurité autour de la personne aînée : mettre en place des mesures pour assurer sa sécurité et son bien-être;
- Briser l'isolement de la personne aînée;
- Diminuer les risques : limiter les conséquences de la maltraitance.

6.3.5 Contacter d'autres ressources si nécessaire

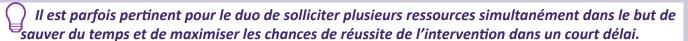
Dans certaines situations, le duo effectue une référence ou fait appel à une autre ressource, afin de :

- Obtenir de l'information sur une situation;
- Bénéficier d'une plus grande expertise en maltraitance ou sur un autre sujet précis;
- Maintenir son lien de confiance avec la personne aînée lorsqu'il s'agit de réaliser une intervention délicate;
- Réaliser une intervention complète ou assurer le suivi d'une situation.

! Quelques ressources potentielles

Voici une liste non exhaustive des ressources disponibles pour soutenir le duo dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées. Ces ressources peuvent être contactées à tout moment, tant pas le policier que par l'intervenant :

- Réseau public du secteur de la santé et des services sociaux : équipe de soutien à domicile, ressource en hébergement, centre de jour, hôpital, clinique médicale, pharmacie, Ligne Aide Abus Aînés, etc.;
- Réseau communautaire du secteur de la santé et des services sociaux : centre communautaire pour aînés, organisme de services aux aînés (employés et bénévoles), entreprise d'économie sociale en aide domestique (entretien ménager, repas, etc.), associations de personnes aînées, organismes représentant les personnes aînées, tables de concertation ou comités intersectoriels, etc.;
- Réseau social de la personne aînée : mettre en place des mesures pour assurer sa sécurité et son bien-être
- Secteur de la sécurité publique : service de police (autre fonction que celle du policier du duo), service d'incendie, cour municipale, etc.;
- Secteur juridique : bureau d'aide juridique, clinique juridique, directeur aux poursuites criminelles et pénales, notaire, etc.;
- Ressources spécialisées : aide aux victimes d'actes criminels ou d'agressions à caractère sexuel, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, Curateur public, protection du consommateur, institution financière, résidence privée pour personnes aînées, etc.



Lorsqu'il contacte d'autres ressources, le duo est amené à effectuer de la coordination de ressources. Ce rôle est tenu autant par le policier que par l'intervenant, selon leur connaissance des ressources et leurs mandats. Coordonner organisations et intervenants : Sections 6 et 7.

6.3.6 Accompagner la personne aînée et faire un suivi de la situation

Selon la situation, le duo accompagne la personne aînée dans des démarches auprès de différentes instances:

- RLS;
- Processus judiciaire;
- Régie du logement;
- Institutions financières;
- Mesures de protection : mise en place d'une curatelle, tutelle ou protection du majeur ou homologation du mandat donné en prévision de l'inaptitude.

« Nos dossiers où c'est un fils ou une fille qui est le suspect, le parent, son cœur de parent, il va toujours être cœur de parent jusqu'à la fin. Pour arriver à une plainte, c'est vraiment difficile. Nous-autres on ne tord jamais le bras à personne, mais on va les accompagner. » - Policière



Mesures légales et juridiques : Section 7.

Pistes de solutions selon différentes ressources et types de maltraitance : Section 9.

Le suivi de la situation par le duo se fait de façon régulière ou ponctuelle. Il s'agit de :

- Évaluer l'évolution de la situation, si elle s'améliore ou se dégrade;
- Évaluer le nombre et la nature des événements nouveaux;
- Établir les mesures à prendre et les interventions à poursuivre;
- Donner de la rétroaction, qu'elle soit positive ou négative, sur les démarches de chacune des ressources engagées dans la situation de maltraitance.

Dans certaines situations, seul le policier ou l'intervenant du duo entreprend le suivi, mais il maintient la communication avec l'autre membre du duo, ainsi qu'avec les autres ressources mobilisées.

Quelques conseils pratiques sur les interventions et le suivi en duo en contexte de maltraitance

- Être à l'écoute des besoins de la personne aînée, de ses désirs et de ses limites. L'accompagner et respecter son rythme, ses choix et ses valeurs :
 - Éviter d'être en mode recherche de solution avant d'avoir entendu le propos de la personne aînée;
 - Éviter de mettre de la pression sur la personne aînée pour porter plainte ou pour participer aux étapes d'un processus judiciaire;
 - Toutefois, certaines situations sont critiques et nécessitent l'usage de mesures de protection;
- Normaliser l'expérience de la personne aînée, soit la rassurer sur ses réactions;
- Réfléchir à l'impact de son intervention sur la personne aînée;
- Adopter une attitude et un vocabulaire qui conviennent à la personne aînée, mais aussi à la personne maltraitante, s'il y a lieu de la rencontrer;
- Adopter une bonne communication au sein du duo et avec d'autres ressources tout au long du processus d'intervention : expliciter sa perception de la situation et son point de vue sur l'intervention.

igl(!)Autodétermination ou interventions visant à assurer plus de protection ?

Au Québec, il est généralement admis que les principes d'autonomie et d'autodétermination de la personne aînée priment sur les principes de protection et de sécurité.

Par ailleurs, dans une situation où la personne aînée est incapable de s'autodéterminer, qu'elle ne comprend pas l'ampleur des dangers présents, pour elle ou pour autrui, il peut s'avérer nécessaire de recourir à des interventions visant à apporter plus de protection.

6.4 Transférer des compétences

Plus le duo est expérimenté, plus il peut transférer ses compétences à diverses ressources.

En termes de compétences, il est entendu que le duo transfert ses connaissances et son expertise à propos de :

- La maltraitance envers les personnes aînées;
- Les différentes pratiques de lutte contre la maltraitance;
- La pratique intersectorielle, que ce soit en duo ou avec d'autres ressources.

Au cours de sa pratique, le duo est amené à faire du transfert de compétences, ce qui lui permet de :

- Alléger sa charge de travail;
- Assurer une relève à la pratique en duo intersectoriel;
- Enrichir l'organisation des services destinés aux personnes aînées en général ou à celles qui sont en situation de maltraitance.

À qui le duo transfère-t-il ses compétences?

- Aux collègues du policier et de l'intervenant du duo : au sein de leur organisme respectif ou des tables de concertation ou comités intersectoriels auxquels le duo participe ou avec lesquels il entretient des liens;
- Aux autres ressources que le duo rencontre dans sa pratique, qui sollicitent son expertise ou qui sont susceptibles d'être interpellées dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées.

Par quels moyens le duo fait-il du transfert de compétences?

- En solo ou en duo intersectoriel;
- En s'adressant à un policier, un intervenant ou une ressource à la fois ou en s'adressant à un groupe;
- Par des stratégies formelles ou informelles de sensibilisation, d'information, de formation, de conseils ou le coaching, tout en favorisant l'autonomie des ressources concernées;
- Selon un plan préétabli ou de manière ponctuelle ou informelle.

7. Bénéfices de la pratique en duo

7.1 Pour la lutte contre la maltraitance

Le travail en duo permet de bonifier et de faciliter les différentes pratiques de lutte contre la maltraitance et ainsi de répondre à davantage de situations de maltraitance que si le policier et l'intervenant travaillaient seuls, grâce à :

- L'addition et la complémentarité des fonctions, approches et compétences du policier et de l'intervenant : leurs connaissances sur différentes problématiques et ressources à mobiliser, leurs expériences personnelles et professionnelles, leurs intérêts, leur maitrise de différentes langues, etc.;
- Au partage des tâches au sein du duo, ce qui permet au policier et à l'intervenant de compléter des interventions de façon efficace et rapide, sans que l'un ou l'autre ne déborde de ses mandats initiaux;
- L'augmentation de la créativité du policier et de l'intervenant dans les démarches entreprises;
- La capacité de surmonter les défis liés au respect de la confidentialité dans l'échange d'informations lorsque le policier et l'intervenant travaillent ensemble auprès d'une personne aînée.

« Le fait que nous venons de deux réalités complètement différentes fait qu'on a deux approches différentes, on a deux façons de travailler. C'est clair que ça me donne une ouverture et une porte que je n'avais pas avant. » - Intervenant

7.1.1 Présence d'un policier

- Le policier connaît le Code criminel du Canada, le Code civil du Québec et les règlements municipaux et peut appliquer la loi P-38;
- Il peut prendre connaissance des historiques d'appel au service de police pour une même adresse;
- Il a accès à des ressources spécialisées différentes de celles auxquelles a accès l'intervenant, ce qui aide à orienter l'intervention¹²
- La présence policière est dissuasive pour la personne maltraitante. Parfois, une simple rencontre suffit pour faire cesser la situation de maltraitance;
- La présence policière assure la sécurité de l'intervenant lorsque celui-ci doit agir dans une situation potentiellement dangereuse.

https://www.csssjeannemance.ca/fileadmin/csss_jmance/Menu/ZoneProfessionnelle/Pharmaciens/UPSJ.pdf

¹² Certains services de police, par exemple à Montréal, ont accès à des services tels qu'UPS-Justice, soit une « équipe multidisciplinaire du CSSS Jeanne-Mance est prête à intervenir en tout temps lorsqu'un événement implique une personne dont l'état mental est altéré et que la situation peut s'avérer dangereuse pour cette personne ou son environnement » : CSSS Jeanne-Mance. (s.d.) Urgence psychosociale-justice (UPS-J), 2 pages. Disponible à l'adresse :

7.1.2 Présence d'un intervenant

- L'intervenant maintient une vigilance sur la situation et fait un suivi psychosocial quand les policiers ne peuvent intervenir sans outrepasser leurs mandats, par exemple lorsqu'il y a un manque de preuves ou qu'il n'y a pas de plainte officielle;
- Il peut aider à une première évaluation de l'état mental d'une personne en vue d'initier les démarches juridiques, par exemple lors d'une ordonnance d'évaluation psychiatrique, ce qui facilite le travail policier;
- Il réfère et accompagne la personne aînée vers les ressources adéquates, ce que le policier ne peut pas faire seul, faute de temps et parfois de connaissances du milieu.

7.2 Pour les organismes

Puisque le travail en duo implique les organismes respectifs du policier et de l'intervenant, ceux-ci en retirent aussi des bénéfices :

- La pratique en duo augmente la visibilité des organismes impliqués dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées;
- L'accès et la communication entre les organismes respectifs du policier et de l'intervenant sont facilités;
- Le contact avec un policier ou avec un intervenant aide les collègues de l'un à démystifier les rôles de l'autre et à améliorer la perception de leur travail;
- Autant pour le policier ou l'intervenant que pour leurs collègues, la pratique en duo favorise le développement des compétences dans son propre secteur d'expertise, ainsi que dans l'autre secteur interpelé.

7.3 Pour la personne aînée maltraitée

La personne aînée maltraitée bénéficie aussi des forces de la pratique en duo :

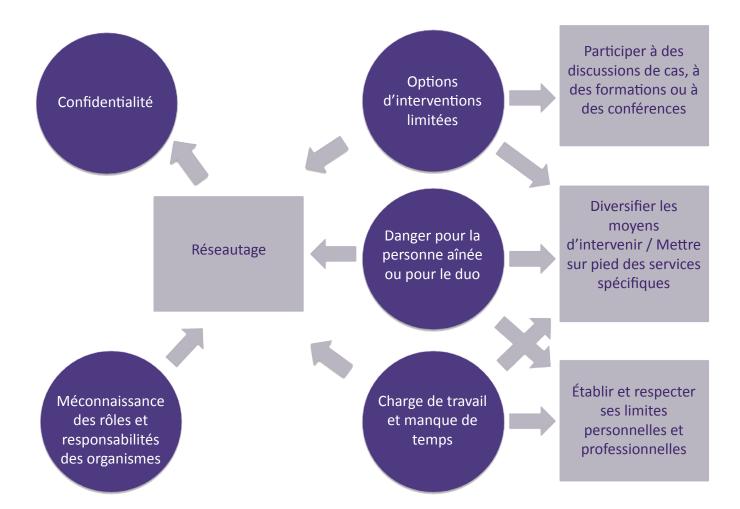
- Il y a une probabilité que la personne aînée ait déjà eu accès ou même un dossier dans l'un ou l'autre des organismes;
- La personne aînée a l'occasion de créer un lien de confiance avec un policier ou un intervenant :
 - Cette confiance l'encourage à signaler la maltraitance, à recourir aux services du RLS ou à déposer une plainte au service de police;
 - Par ailleurs, le temps passé en duo permet au policier et à l'intervenant de développer leur connaissance de l'autre, leur aisance et leur complicité, ce qui rend leurs démarches fluides et augmente l'aisance de la personne aînée et la confiance qu'elle leur accorde;
- La présence du policier et de l'intervenant aide la personne aînée à démystifier les mandats, rôles et responsabilités de chacun ainsi que l'organisation des services au sein du RLS et du service de police;
- La présence policière facilite l'accès et la prise de contact avec les personnes aînées isolées, particulièrement celles qui ne reçoivent pas de services du RLS;
- La présence du duo augmente le sentiment de sécurité de la personne aînée.

Il est important de considérer l'origine ethnoculturelle d'une personne aînée, car son expérience migratoire, ses croyances et ses valeurs influencent sa perception du policier et de l'intervenant.

8. Défis de la pratique en duo et solutions

La pratique en duo, comme pour toute pratique, comporte certains défis. La figure 4 ci-dessous démontre le lien entre chacun des défis et solutions explorés dans la présente section du guide.

Figure 4 : Défis et solutions de la pratique en duo



8.1 Respect de la confidentialité

Le respect de la confidentialité des informations personnelles est un enjeu majeur lorsque la personne aînée ne consent pas à une intervention en duo ou à ce que le duo contacte d'autres ressources. Dans ce contexte, le respect des codes d'éthique de chaque organisme et ordre professionnel concerné par les interventions du policier ou de l'intervenant est important, mais délicat, ce qui complexifie :

- L'échange d'informations entre le policier et l'intervenant du duo;
- L'échange d'informations entre le duo et d'autres ressources.

Solutions

Outre les conseils présentés à la section 6.3.2 du présent guide pour obtenir le consentement de la personne aînée, certaines solutions sont envisageables par le duo :

- Comprendre et respecter les limites liées à la confidentialité de chaque ressource engagée dans l'échange d'informations;
- Échanger de l'information à titre général, soit l'information essentielle sur la situation, sans discuter des données spécifiques qui permettraient d'identifier la personne aînée;
- Encourager l'organisme du policier ou de l'intervenant à établir une entente, un protocole ou un plan d'action balisant le partage d'information entre eux;

« La confidentialité, ça nous bloque à tous les niveaux. Ça a toujours été. Je comprends que oui, c'est un problème, mais on souhaite un jour être capables de se consulter comme on le fait pour des dossiers de victimes de violence conjugale. Donc le policier patrouilleur prend le rapport, il obtient immédiatement le consentement de la présumée victime, il nous achemine la demande et c'est déjà une autorisation officielle pour que je puisse communiquer avec la victime. »

- Intervenant
- En cas de danger grave et immédiat, le duo a recours à des mesures de protection qui impliquent la capacité de communiquer sans l'autorisation de la personne aînée.

Les habiletés de communication et la confiance entre les membres du duo ou les praticiens d'autres ressources, sont nécessaires afin de mener les interventions sans outrepasser les normes de la confidentialité.

8.2 Options d'intervention limitées pour répondre aux besoins des personnes aînées

Durant une intervention en contexte de maltraitance, plusieurs obstacles se présentent au duo. Le policier et l'intervenant doivent composer avec :

- Un manque de connaissances sur certaines problématiques;
- Les caractéristiques spécifiques aux ressources sollicitées : listes d'attente, manque de ressources (humaines, matérielles, financières ou en temps), roulement de personnel, priorités établies ou incapacité de rejoindre les personnes aînées isolées;
- Une réticence de la part de la personne aînée à dénoncer la maltraitance;
- Un risque de briser lien de confiance entre la personne aînée et les membres du duo;
- Un manque de preuves dans une situation de maltraitance, par exemple pour assurer une intervention policière ou judiciaire.

Solutions

Dans le but de maximiser leurs options d'intervention, le policier et l'intervenant peuvent :

- Participer à des discussions de cas, à des formations ou à des conférences, afin d'aller chercher des nouvelles connaissances et pistes de réflexion ou de pratique;
- Diversifier leurs moyens d'intervenir ou mettre sur pied des services spécifiques;
- Faire du réseautage afin d'arrimer les ressources disponibles pour lutter contre la maltraitance envers les personnes aînées.

8.3 Méconnaissance des mandats rôles et responsabilités de chaque ressource

Dans la pratique intersectorielle, il est normal de moins bien connaître les mandats, rôles et responsabilités de chaque ressource disponible pour répondre aux besoins des personnes aînées en général ou de celles qui sont en situation de maltraitance. Cette méconnaissance présente certains risques d'incompréhension, de conflits, de rivalité ou de compétition.

Solutions

Le duo profite d'occasions de réseautage afin de tisser des liens avec d'autres ressources, d'échanger sur leurs mandats, rôles et responsabilités et d'apprendre à se connaître et à se respecter.

8.4 Danger pour la personne aînée ou pour les membres du duo

Certaines situations de maltraitance présentent un haut niveau de danger pour la personne aînée, pour le policier ou pour l'intervenant, par exemple lorsque :

- La situation est grave au point tel que la vie de la personne aînée est en danger;
- La personne maltraitante est sur les lieux de l'intervention;
- L'une des personnes présentes sur les lieux de l'intervention ou impliquée dans la situation de maltraitance a un trouble de santé mentale.

« Si [les intervenantes psychosociales ont peur d'y aller] seules, puis que c'est planifié, elles peuvent nous appeler avant, puis on s'entend, on va y aller. Parce que nous-mêmes, on est seuls. Quand c'est une intervention qui est urgente, il faut être deux. Exécuter une ordonnance, une P-38, on ne fera pas ça seul. » - Policière

Solutions

Lorsque le duo intervient dans une situation potentiellement ou avérée dangereuse, il :

- Diversifie ses moyens d'intervenir ou met sur pied des services spécifiques, afin de recueillir de l'information sur la situation et pour assurer sa sécurité et celle de la personne aînée;
- Établit et respecte les limites personnelles et professionnelles du policier et de l'intervenant, notamment leur niveau de tolérance au risque et les mesures de protection à entreprendre;
- Fait du réseautage afin de mobiliser les ressources adéquates dans ce genre de situations.

8.5 Charge de travail et manque de temps

Les interventions en contexte de maltraitance présentent certaines particularités qui augmentent la charge de cas du duo et qui font en sorte qu'il ait l'impression de manquer de temps pour intervenir de façon optimale :

- Ces interventions sont de longue haleine et s'ajoutent aux autres situations rencontrées par le policier et l'intervenant dans le cadre de leurs mandats initiaux;
- Les niveaux d'urgence et de dangerosité des situations rencontrées par le duo sont souvent élevés, ce qui demande d'accélérer le processus d'intervention;
- Le duo rencontre parfois un décalage d'investissement vis-à-vis d'autres organismes, par exemple dans la participation à une démarche intersectorielle et au respect des engagements.

La charge de travail et le manque de temps ressentis par le policier ou l'intervenant les exposent à des risques de surinvestissement personnel, de sentiment de solitude, de souffrance psychologique ou d'épuisement professionnel.

Solutions

Afin d'éviter les conséquences d'un trop grande charge de travail et de manque de temps, le duo :

- Diversifie ses moyens d'intervenir ou met sur pied des services spécifiques, par exemple en sollicitant différentes ressources ou en respectant une entente informelle, un protocole ou un plan d'action pour des situations particulières;
- Comprend, établit et respecte ses propres limites personnelles et profesionnelles et celles des autres, par exemple en limitant le nombre de situations dans lesquelles intervenir, en favorisant la reconnaissance et le soutien du travail individuel du policier et de l'intervenant;
- Fait du réseautage afin de partager ses rôles et responsabilités avec des collègues ou d'autres ressources.

« Actuellement, j'ai à peu près 5 dossiers sur 40 qui sont des situations de maltraitance. J'en ai déjà eu jusqu'à 10. J'ai dit à la direction que je n'étais plus capable parce que ce sont des gros dossiers de maltraitance, surtout quand sont impliqués le Curateur public, les avocats ou les notaires.»

- Intervenant

Réseautage

La pratique en duo est l'une des réponses possibles à la maltraitance envers les personnes aînées, mais elle n'est pas la seule. Il est important de développer des liens avec d'autres organismes ou personnes ressources, afin de :

- Bonifier l'offre de services en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées;
- Encourager la compréhension et le respect des rôles de chaque ressource, dans l'éventualité où elles auraient à effectuer une intervention conjointe.

« À force d'avoir besoin des autres pour nous aider à traiter des dossiers et de travailler avec des partenaires qu'on est allés chercher à l'extérieur de la table de concertation, on [a beaucoup appris]. » - Policière

Pour répondre aux défis mentionnés précédemment, le duo a recours à diverses stratégies de réseautage :

- Rencontrer de futurs partenaires au sein de tables de concertation ou de comités intersectoriels;
- Rencontrer en personne les futurs partenaires : prendre rendez-vous avec l'ensemble du personnel de l'organisme;
- Insister sur le fait que le travail intersectoriel est une occasion de s'entraider et non de déléguer des tâches aux autres ressources. Le travail en intersectorialité est davantage une question de coordination des ressources que d'ajout de services ou de tâches;
- Expliquer les buts, les avantages et les limites du travail en intersectorialité;
- Compiler les coordonnées de différentes ressources, par exemple par la création d'un organigramme.

Un certain temps est nécessaire pour que le duo connaisse les différentes ressources impliquées dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées.

9. Conditions pour faire vivre ou pour soutenir un duo

Une fois la pratique en duo mise en place, plusieurs ressources ont un rôle à jouer afin de faire perdurer l'action du duo dans le temps.

9.1 Organismes

Un duo requière une reconnaissance et un soutien continu de la part des organismes respectifs du policier et de l'intervenant (y compris leurs collègues immédiats et leurs supérieurs), ainsi que des tables de concertation et comités intersectoriels auxquels le duo participe ou avec lesquels il entretient des liens. Ces organismes, tables ou comités devraient être en mesure de :

- Comprendre les rôles des membres du duo;
- Communiquer sur la pratique en duo et ses apports;
- Encourager l'acquisition et le transfert de compétences du duo vers d'autres ressources, par exemple par l'entremise de formations;
- Organiser les ressources destinées aux personnes aînées ou à la maltraitance, par exemple par un processus de priorisation des dossiers;
- Apporter, notamment, un soutien clinique aux membres du duo et une meilleure gestion des charges de cas, ainsi qu'une diminution du roulement de personnel au sein des organismes;
- Assurer la pérennité des tables de concertation et comités intersectoriels sur les personnes aînées ou la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées.

« Avant tout, assurez-vous d'avoir la collaboration totale de vos employeurs. Première chose, chacun de son bord! Ça prend vraiment la conviction et la croyance de notre établissement pour nous permettre de faire ce gu'on fait. »

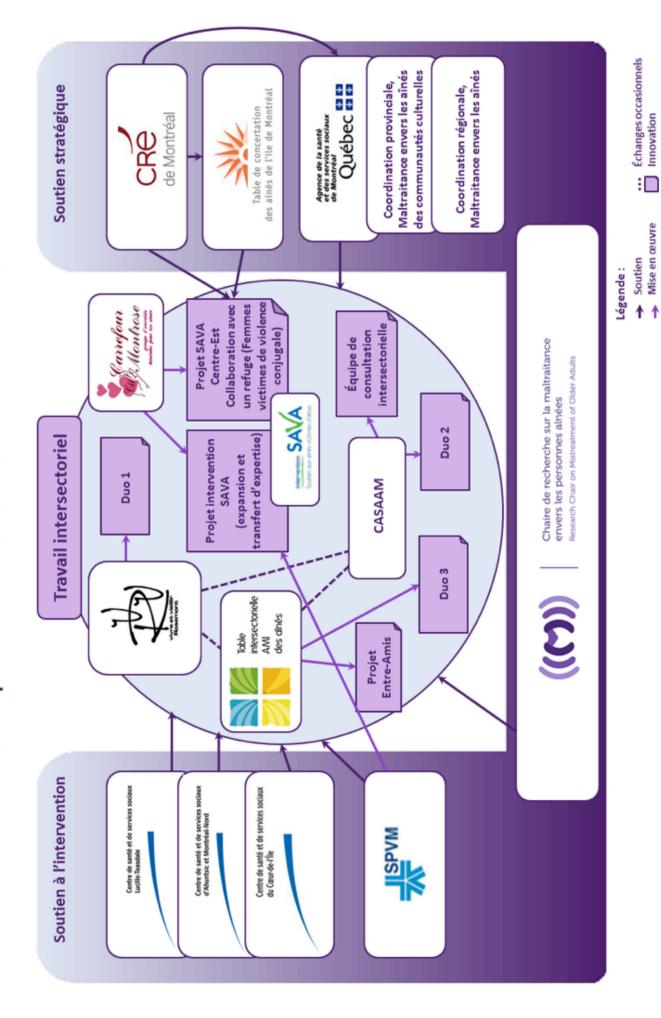
- Intervenant

9.2 Policier et intervenant

Le policier et l'intervenant du duo ont eux-mêmes un rôle à jouer dans la pérennité de leur pratique. Voici des exemples de traits de personnalité, de compétences et d'expériences personnelles et professionnelles qui sont bénéfiques au maintien de la pratique en duo :

- Intérêt pour la clientèle, la problématique, le travail en intersectorialité, l'apprentissage;
- Ouverture d'esprit, sensibilité, humanisme, empathie;
- Leadership, entregent, capacité à créer des liens de confiance avec les personnes aînées ainsi qu'avec les autres ressources;
- Débrouillardise, souplesse et habiletés d'adaptation, surtout pour faire face à la complexité des situations et aux enjeux organisationnels;
- Capacité à mettre de l'avant les retombées positives de la pratique en duo;
- Formations formelles sur les personnes aînées ou sur la maltraitance;
- Connaissances acquises de façon informelle, via le contact avec d'autres ressources et le transfert de compétences.

Modèle Arrimage: la pratique intersectorielle de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées dans le Nord-est de Montréal



→ Mise en œuvre

ANNEXE 3
GUIDE DE PRATIQUE SUR L'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE EN CONTEXTE
D'AUTONÉGLIGENCE

Guide de pratique

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

Par Jessica Calvé

Étudiante à la maîtrise en service social concentration gérontologie de l'Université de Sherbrooke Stagiaire au CSSS-IUGS, au soutien à domicile pour la clientèle en déficience physique, Automne 2014

En collaboration avec :

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

Centre de santé et de services sociaux linstitut universitaire de gériatrie de Sherbrooke



Table des matières

Introduction
Conceptualisation de l'autonégligence
Situations rencontrées dans la pratique 6
Schéma conceptuel de l'autonégligence
Intervenir en contexte d'autonégligence 10
Schéma de l'intervention en contexte d'autonégligence 14
Références bibliographiques
Remerciements
Notes

Introduction

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

Le secteur du soutien à domicile pour la clientèle en déficience physique répond aux besoins d'adultes (18-100 ans) ayant une déficience physique ou un handicap et vivant à Sherbrooke, ainsi que de leurs proches aidants. Il est question de déficiences motrices, visuelles, auditives ou du langage, mais aussi de diverses réalités auxquels les personnes et les intervenants psychosociaux doivent faire face. ②ntre autres, il y a beaucoup de comorbidité, diagnostiquée ou non, et de situations d'AN. Par exemple, parmi plus de 800 dossiers actifs durant l'élaboration du guide, 39 d'entre eux ont été ciblés pour des comportements auto-négligents. Ces dossiers ont été étudiés afin de cibler des pistes de réflexion et d'intervention venant bonifier le présent guide.

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

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

Conceptualisation de l'autonégligence

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

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

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

1- Environnement physique de la personne

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

2- Hygiène personnelle

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

3- Facteurs reliés à la santé

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

4- Perte d'autonomie fonctionnelle au plan des :

- O activités de la vie quotidienne
- O activités de la vie domestique

5- Négligence au plan de :

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

6- Autres aspects

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

Mais surtout:

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

Situations rencontrées dans la pratique

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

1 – Caractéristiques personnelles des personnes auto-négligentes

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

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

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

2- Caractéristiques contextuelles de l'AN

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

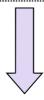
- Histoire de vie (patterns)
- · Normes culturelles
- Manque de ressources financières
- Manque de soutien social (réseau familial, isolement)
- Manque d'éducation, de sensibilisation, méconnaissance des réalités sociales et des ressources disponibles
- Manque d'accessibilité aux ressources en santé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

Schéma conceptuel

Caractéristiques personnelles :

Perte d'autonomie
Trouble cognitif
Trouble /traits de personnalité
Trouble de l'humeur
Déficience intellectuelle
Consommation
Croyances, valeurs, perceptions

Jugement altéré / stratégies d'adaptation inadéquates



Comportements

(volontaires

Invironnement physique Hygiène personnelle SantéAutonomie fonctionnelle Gestion financière Protection patrimoine Sécurité



de l'autonégligence

Caractéristiques contextuelles :

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



auto-négligents:

ou non)

Ë

Bien-être Marginalité

Isolement Reconnaissance de l'AN Routine de vie Adhérence aux services

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

Situations rencontrées dans la pratique (suite)

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

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

Intervenir en contexte d'autonégligence

②n contexte d'AN, les interventions psychosociales sont essentiellement centrées sur la mise en place d'un filet de sécurité, la réduction des méfaits, la recherche de solutions, l'économie d'énergie ou l'approche par les capacités, l'enseignement ou le « coaching » et l'accompagnement ou le soutien.

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

1. A- Prendre contact avec la personne

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

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

B- Créer un lien de transparence...

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

... ou un lien de confiance thérapeutique

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

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

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

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

2- Amorcer la cueillette de données

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

A- Évaluer les besoins de la personne

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

B- Évaluer les niveaux d'urgence et de dangerosité de la situation

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

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

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

- Détérioration de la santé

- Confinement à domicile

- Hospitalisation

- Hébergement à long terme

- Désorganisation

- Encombrement

- Insalubrité

- Infestation

- Expulsion du domicile

- Incendie

- Chute

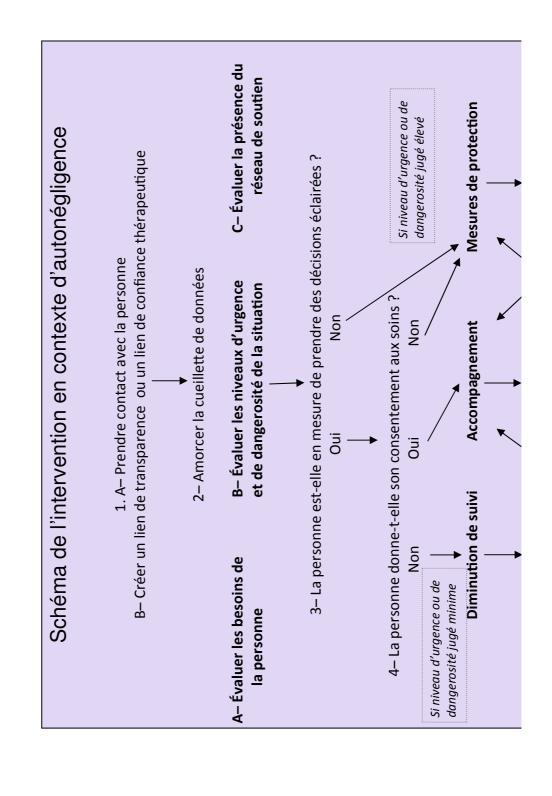
- Itinérance

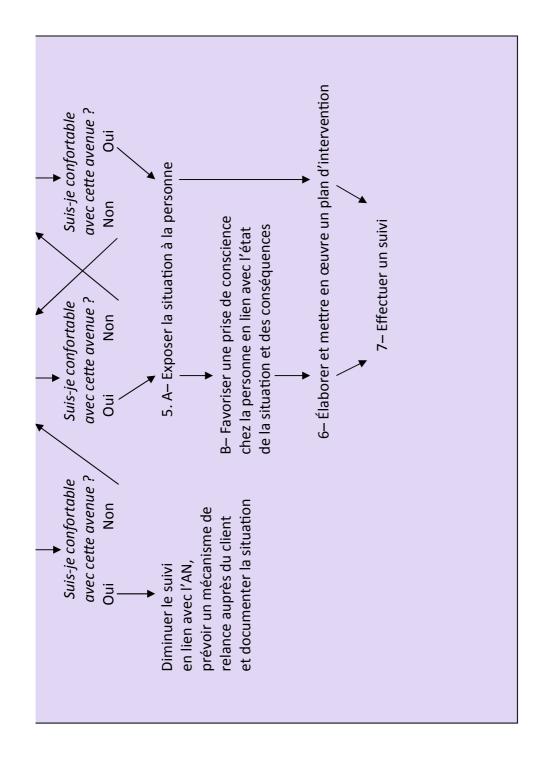
- Intoxication

- Maltraitance

- Endettement

- Isolement social, etc.





C- Évaluer la présence d'un réseau de soutien pour la personne

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Autodétermination ou mesures de protection?

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

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

Diminution de l'intensité du suivi

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

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

Accompagnement

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

Suis-je confortable avec l'avenue envisagée ?

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

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

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

- valeurs personnelles et sociales → de la personne
- valeurs personnelles et sociales
- valeurs professionnelles

valeurs organisationnelles

de l'intervenant

Mesures de protection

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

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

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

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

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

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

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

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

5. A- Exposer la situation à la personne

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

B- Favoriser une prise de conscience chez la personne

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

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

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

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

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

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

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

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

7- Iffectuer un suivi

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

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

Travailler avec d'autres ressources

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

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

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

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

- ②u niveau de la confidentialité: à qui puis-je m'adresser, dans quel contexte et de quelle manière? (Certaines exceptions s'appliquent dans des situations où il y a un niveau d'urgence ou de dangerosité élevé)
- Quel secteur est le plus adéquat pour la personne ? Quels sont les mandats propres à chaque programme ? Qui devrait être son intervenant psychosocial principal ? (Intervenant pivot ou pivot réseau, déficience physique, perte d'autonomie liée au vieillissement, santé mentale, Centre de réadaptation, etc.)
- Quelles sont les ressources disponibles pour m'appuyer? (en fonction de leurs listes d'attentes, critères d'admission, disponibilités de services, etc.)
- Y a-t-il une possibilité de choc de cultures entre services ? (approche privilégiée, intensité des services, etc.)

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

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

Références bibliographiques

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

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

BEAULIEU, Marie. (2010) En Mains: ②rbre décisionnel « ENjeux éthiques, Maltraitance, ②înés, INtervention, Scénarios », publié par National Initiative for the Care of the Elderly (NICE), Toronto, 24 pages.

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

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

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

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

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

Références bibliographiques (suite)

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

Remerciements

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

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

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

Notes

Dernière mise à jour : 12 janvier 2015

Impression du document en PDF : Ficher/Imprimer/ Propriétés/Orientation : Paysage // Recto verso

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

Jessica Calvé, 2015, jessica.calve@usherbrooke.ca