Quelques défis pour la pratique du travail social dans la lutte contre la maltraitance envers les ainés en Wallonie

par
Louise Belzile, M.A. en gérontologie
Doctorante au Centre universitaire de formation en gérontologie, Université de Sherbrooke
Boursière, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes ainées
Assistante de recherche, Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS
Courriel : louise.belzile@usherbrooke.ca

Marie Beaulieu, Ph. D.
Titulaire, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes ainées
Professeure titulaire, École de travail social, Université de Sherbrooke
Chercheure, Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS

Nicolas Berg, M.D., gériatre
Centre hospitalier la Citadelle, Liège, Belgique
Président, Respect Seniors

Pour Respect Seniors :
Pascale Broché, intervenante psychosociale
Amélie Denis, intervenante psychosociale
Pascale Van Uffel, intervenante psychosociale
Christine Weber, intervenante psychosociale
Marie-Pierre Willame, intervenante psychosociale
Dominique Langhendries, directeur, Respect Seniors

Contexte sociopolitique de la maltraitance à l'égard des personnes âgées en Wallonie (Belgique), dont l'agence Respect Seniors. Analyse de la pratique d'intervenants psychosociaux wallons par une équipe québécoise.

Social and political context of elder abuse in Wallonia (Belgium), including the *Respect Seniors* agency. Analysis of the practice of clinicians from Wallonia by a Quebec research team.

***Intervention*, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**
Numéro 137 (2012.2) : 57-67.

Le concept de maltraitance envers les personnes ainées a fait l'objet de nombreux exercices de définition. Sans être parfaite, la définition consensuelle proposée par l'Organisation mondiale de la santé est largement admise :

> « 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 âgée. Cela peut prendre de multiples formes : physique, psychologique/émotionnel, sexuel, financier ou refléter des formes intentionnelles ou non de négligence. » (Traduction libre tirée de : World Health Organization, *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse*, 17 novembre 2002).

En matière de politiques publiques, d'organisation des services et de reconnaissance du problème social de la maltraitance envers les personnes ainées, le Plan d'action international sur le vieillissement – communément appelé le Plan de Madrid – adopté en 2002, a posé des défis importants aux pays signataires en désignant deux objectifs considérables, soit l'élimination de toutes les formes de maltraitance et la « mise en place de services de soutien permettant de faire face aux cas de mauvais traitements des personnes âgées » (sans auteur, 2006 : 714). Dans de nombreux États et pays, ce sont les travailleurs sociaux qui sont sollicités, voire centraux, dans l'atteinte de ces objectifs. C'est notamment le cas au Québec, tout comme en Wallonie (Belgique), où les pratiques existantes depuis moult années furent récemment à la fois enchâssées et transformées par de nouveaux cadres d'orientation, soit par l'adoption d'un Décret en Wallonie en 2008 créant l'Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et d'un Plan d'action pour contrer la maltraitance envers les personnes ainées 2010-2015 en juin 2010 au Québec.

La maltraitance envers les ainés, problème social reconnu pour sa complexité (Spencer, 2010) pose des défis psychosociaux, cliniques et éthiques aux intervenants engagés à la prévenir,

la reconnaître (la détecter) et à assurer le suivi de situations avérées. Bien que ces dimensions de l'intervention aient été largement étudiées (Yaffe, Wolson et Lithwick, 2009; Nahmiash et Reis, 2000; Ash, 2010) seuls quelques travaux posent les enjeux spécifiques à l'exercice du travail social et encore plus précisément de la pratique interprofessionnelle engagée par les travailleurs sociaux. De surcroît, le passage d'une politique publique, aussi rigoureuse soit-elle, à une pratique effective soulève de nombreux défis pour les travailleurs sociaux. À cet effet, les travaux d'Ash (2010, 2011) posent clairement les difficiles transformations organisationnelles qui déterminent les pratiques de lutte contre la maltraitance. Souvent, les succès ou les échecs des interventions sont attribués aux seuls professionnels en réduisant, voire en faisant fi, du cadre organisationnel dans lequel ils prennent leurs décisions.

Selon les pays, la lutte contre la maltraitance est influencée par divers cadres juridiques et structurels de pratiques, que ce soit l'obligation de dénoncer les situations de maltraitance, la protection des ainés inaptes, l'organisation des services de santé et sociaux destinés aux personnes âgées vivant ou non de la maltraitance, la formation professionnelle spécifique en matière de lutte contre la maltraitance y compris son instrumentation, la criminalisation ou la pénalisation de certaines formes de maltraitance, l'accessibilité aux services juridiques, la provenance des mandats organisationnels, etc. Il importe donc de révéler les principaux déterminants des pratiques selon le contexte à l'étude de même que de mettre en lumière les négociations permanentes que doivent mener les intervenants pour articuler ces diverses dimensions dans le quotidien des rencontres entre la personne qui a besoin d'aide et le professionnel mandaté pour lui venir en aide (Berg, 1992).

C'est dans le cadre du mouvement international de lutte contre la maltraitance envers les ainés qui convie les pratiques à se renouveler que la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes ainées (Université de Sherbrooke) et l'association sans but lucratif Respect Seniors (Wallonie) ont obtenu une subvention de la VII[e] Commission mixte permanente Québec/Wallonie-Bruxelles 2011-2013 afin de développer des outils ou des mécanismes d'intervention auprès des personnes ainées maltraitées et de mettre en œuvre des mécanismes de complémentarité réciproques en gage d'une pérennisation des acquis mutuels.

Tout en considérant les réponses étatiques originales au problème de la maltraitance, la formation des travailleurs sociaux qui diffère selon les pays et le rôle crucial que ces professionnels jouent dans la lutte contre la maltraitance, cet article s'intéresse à la pratique du travail social dans la francophonie[1], plus particulièrement sous les angles de la réponse aux besoins identifiés et des questions que se posent les intervenants face à ce qui est pertinent et essentiel tant pour les personnes auprès de qui ils travaillent que pour eux-mêmes.

Cet article pose d'abord les principaux déterminants juridiques et structurels de la pratique en Wallonie. Suivra un bref exposé méthodologique, puis les résultats et la discussion permettront d'apprécier quelques enjeux de la pratique du travail social dans des situations de maltraitance envers les personnes ainées.

1. Mise en contexte sociopolitique de la Wallonie

La Wallonie est l'une des trois régions de la Belgique avec Bruxelles et la Flandre. Elle compte environ le tiers[2] de la population du pays répartie dans cinq provinces (Brabant wallon, Hainaut, Liège, Luxembourg, Namur). Les personnes âgées de 65 ans et plus y représentent 16,4 % de la population.

Le système sociopolitique de la Belgique repose sur un modèle bismarckien qui est bâti sur l'accès aux droits plutôt que sur le modèle beveridgien qui promeut l'universalité dans un État providence. La répartition des pouvoirs s'effectue à plusieurs niveaux, fédéral, régional, provincial, communal, sans oublier les services offerts par les secteurs publics, privés et associatifs. Le nombre d'acteurs en présence et leurs collaborations possibles influencent leur manière de travailler avec les usagers-clients, les réponses possibles à donner et, peut-être surtout, la variété d'interlocuteurs possibles à convier et à coordonner.

En Belgique, la maltraitance a fait l'objet de plusieurs mesures et pratiques structurées sur

une base territorialisée depuis 1996. En 2008, le Parlement de la Région wallonne adopte un Décret créant l'Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des personnes âgées, mieux connu de la population sous la dénomination de Respect Seniors[3]. La création juridique de cette organisation exclusivement dédiée à la lutte contre la maltraitance est venue consacrer et rassembler les efforts et les initiatives passés et présents. Selon l'article 7 du Décret relatif à la lutte contre la maltraitance des personnes âgées publié dans le *Moniteur belge*[4] du 16 juillet 2008, l'intervention de l'organisme s'articule autour de quatre missions :

> **Art. 7.** Les missions de l'agence consistent à assurer
>
> 1° une assistance au bénéfice des personnes âgées en matière de maltraitance, notamment par la mise sur pied, la gestion et le suivi d'un numéro d'appel téléphonique gratuit;
>
> 2° l'organisation d'actions, d'information et de sensibilisation de la maltraitance à destination du public, notamment via la création d'un site Internet;
>
> 3° l'organisation de formations au bénéfice de professions susceptibles d'être confrontées à des cas de maltraitance;
>
> 4° l'échange d'informations, de statistiques ou de bonnes pratiques avec des associations ou organisations similaires dans les Régions ou Communautés limitrophes ou dans d'autres pays.
>
> L'agence doit veiller à assurer ces quatre missions par une couverture de tout le territoire de la région de langue française avec au moins une antenne par province, selon les modalités que le gouvernement détermine. (p. 37203)

Pour répondre au mandat qui lui a été confié, Respect Seniors compte six antennes, couvrant les cinq provinces de la Wallonie, où opère un tandem de travailleur social et de psychologue ou de travailleurs sociaux. Bien que ce ne soit pas l'objet de notre propos, il est intéressant de constater que la pratique du travail de collaboration interprofessionnelle est à la base même de l'organisation des services à Respect Seniors. À ces intervenants de terrain se joignent un directeur, un juriste, un agent de bureau et un coordonnateur clinique. L'organisation a aussi mis en place des dispositifs permettant de faire appel à des personnes-ressources pour la soutenir dans les réflexions au cours des situations rencontrées.

L'organisme répond à plusieurs types de demandes en lien avec ses mandats. Cinq modalités d'intervention ont été définies pour baliser le travail des intervenants : l'écoute active, l'information, l'orientation, l'accompagnement et la coordination. En plus des interventions individuelles (par téléphone ou en face à face), les intervenants ont le mandat d'effectuer des activités d'information et de formation auprès de différents publics.

La plus grande partie du travail des intervenants se fait par téléphone dans le cadre de la mission d'assistance. Les contacts, de nature variée (rencontre, appel téléphonique, télécopieur, courriel ou courrier) sont répertoriés selon qu'il s'agit d'une situation de maltraitance suspectée ou d'une demande d'information générale (ex. : demande de séances d'information ou demande de documentations). Ainsi, en 2011, 1 126 dossiers relatifs à une situation de maltraitance suspectée ont été ouverts[5] et 277 visites à domicile, au bureau ou en institution ont été effectuées. Après une analyse de la demande et des besoins relevés selon la situation et ceux énoncés par l'appelant, la première démarche est de recueillir la perception de l'ainé et d'envisager avec lui les démarches à effectuer. Pour le suivi des dossiers, Respect Seniors compte aussi sur des pratiques de collaboration intersectorielles, notamment avec les policiers et les responsables des différentes mutuelles[6] qui, par l'entremise de leurs services, sont au cœur des échanges relatifs aux besoins de leurs prestataires.

2. Méthodologie

2.1 Approche et dispositif

Notre étude descriptive et exploratoire a été menée en début d'année 2012 à Respect Seniors en Wallonie après avoir reçu la certification requise par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke. La méthode privilégiée fut l'étude de cas sous l'angle de l'analyse de l'activité. Généralement, le cas est un objet,

un évènement, une situation constituant une unité d'analyse. Cette unité est découpée dans la réalité et s'inscrit donc dans un contexte qui doit être considéré. Ce point a été souligné par Hamel (1997) :

> « L'étude de cas consiste donc à rapporter un événement à son contexte et à le considérer sous cet aspect pour voir comment il s'y manifeste et s'y développe. En d'autres mots, il s'agit, par son moyen, de saisir comment un contexte donne acte à l'évènement que l'on veut aborder » (p. 10).

C'est en ce sens que l'on peut dire que le cas est un évènement situé. La notion d'activité peut se concevoir comme une spécification de celle de cas (Leplat, 2002). Le cas à l'étude est celui de l'intervention en maltraitance.

L'activité comporte de nombreux aspects, à la fois internalisés, tels la compétence, la motivation, l'âge, le stress, etc., et d'autres externalisés. Nous nous sommes particulièrement intéressés au deuxième pôle, dans lequel on retrouve les conditions physiques, techniques, organisationnelles comme les conditions de travail, l'environnement social, les échanges d'informations, la complexité des tâches, l'autonomie professionnelle, etc. (Leplat, 2008).

2.2 Échantillon

Étant donné la petite taille de l'organisme, l'étude a été menée auprès d'intervenants ayant pu se présenter aux séances de groupes de discussion. Ainsi furent rencontrés, dans un premier temps, deux membres de la direction de l'organisme, puis huit intervenants qui se répartissent également dans les professions du travail social et de la psychologie, à l'image de la politique interne de travail en tandem professionnel (n = 10). Les participants sont majoritairement des femmes (8/10), dont l'âge varie de 26 à 55 ans, pour une moyenne de 39 ans. Le nombre d'années d'expérience de travail auprès des personnes ainées varie de 2 à 32 ans (M = 9,5 ans), tandis que le nombre d'années d'expérience spécifique en maltraitance va de 2 à 14 ans (M = 5 ans).

2.3 Outils et démarche de collectes

Des guides d'entretiens semi-directifs ont été construits en vue de répondre aux objectifs spécifiques de cette mission, à savoir : 1- faire le portrait de l'organisme Respect Seniors et situer son action dans le contexte wallon; 2- se familiariser avec les orientations de pratique et les outils de travail utilisés par les intervenants de Respect Seniors; 3- caractériser les orientations de pratique et les usages des outils actuels; 4- cerner les attentes vis-à-vis de la conduite du changement pour situer le rôle de la Chaire de recherche. Nous avons effectué deux groupes de discussion que nous avons enregistrés avec le consentement des participants.

2.4 Analyse des données

L'analyse des données recueillies a été menée par l'équipe de recherche du Québec suivant la démarche de thématisation ouverte (Paillé, 1996; Paillé et Mucchielli, 2008 : 9), sans recours à un logiciel spécialisé.

3. Résultats

3.1 Quelques ajustements de vocabulaire et de concepts

Cette section met en dialogue l'usage et le sens de certains mots et concepts, du point de vue des Wallons[7], puis de celui qui a communément cours au Québec et montre comment ces nuances modulent la pratique de chacun.

Pour décrire leurs pratiques, les Wallons font d'abord référence à ce qu'ils désignent comme leur méthodologie, c'est-à-dire leurs valeurs, leurs procédures, leurs manières d'aborder la problématique, la considération qu'ils ont pour la personne, les outils qu'ils développent, etc. Cette méthodologie se caractérise par une intervention de type *accompagnement* plutôt que de type *évaluation* ou encore par la mise en place de mesures de protection. D'ailleurs, les agents n'utilisent jamais le mot évaluation pour décrire leurs tâches. Au Québec, l'intervention des travailleurs sociaux couvre le continuum de services allant de la prévention au dépistage et à l'intervention directe, ce qui engage les travailleurs sociaux à considérer toutes les déclinaisons de l'intervention.

Un autre élément qui a dû être considéré pour l'interprétation des résultats concerne l'usage et le sens des mots. Attardons-nous plus spécifiquement au sens des mots outils d'intervention, autonomie et aptitude.

a) Outils d'intervention

Il est clairement apparu que la signification et la valeur de l'expression *outil d'intervention* ne sont pas la même dans les contextes wallons et québécois. En préparant la collecte de données, nous entendions par outils les instruments techniques comme les formulaires, les grilles d'évaluations, etc.; les intervenants wallons y ont donné une résonnance plus large, incluant les dispositifs sociotechnologiques (Couturier, Gagnon, Salles et Belzile, 2011) comme les approches (orientation systémique, thérapie brève), les techniques (écoute active, écoute téléphonique), voire les appareils (le téléphone), puis les formulaires (comme les outils qui ont été spécifiquement conçus pour la collecte et l'analyse des données cliniques et administratives). D'ailleurs, ils ne désignent jamais leurs outils cliniques comme des outils d'évaluation. Les professionnels wallons se considèrent personnellement comme un outil important « On est nous-mêmes un outil que les personnes âgées utilisent » (Intervenant). Ainsi, si les deux contextes valorisent une intervention instrumentée en contexte de lutte contre la maltraitance, l'étendue semble plus large en Wallonie et, par conséquent, peut-être un peu moins focalisée sur la seule dimension clinique.

b) Autonomie

L'évocation de l'autonomie, au sein de Respect Seniors, renvoie le plus souvent à la capacité de décider pour soi-même; on parle plus précisément d'autonomie décisionnelle. On peut y voir un lien explicite avec l'un des principes de l'approche principiste[8] (Beauchamp et Childress, 1999) soit le respect de l'autonomie dans le sens de la valorisation de l'autodétermination. Au Québec, le mot autonomie a deux sens. L'autonomie s'entend d'abord comme autonomie fonctionnelle qui, bien qu'elle n'exclut pas l'autonomie décisionnelle, recouvre des dimensions plus larges, a priori cliniques, qui découlent vraisemblablement de l'utilisation obligatoire du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), intégrée dans l'Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC). Mais, parmi les praticiens de l'intervention psychosociale, elle s'entend aussi dans le même sens que les Wallons, soit une valeur qui est souvent mise en équilibration avec la nécessité de protéger les personnes maltraitées (Giasson et Beaulieu, 2004; Beaulieu et Leclerc, 2006).

c) Aptitude

Enfin, au Québec, la notion d'aptitude est liée à une procédure juridique, soit la déclaration de l'inaptitude, à laquelle participent les travailleurs sociaux. Ceux-ci ont donc une aisance avec les tenants et les aboutissants de ce concept. En Wallonie, cette notion existe, sans être inscrite dans l'intervention quotidienne de l'agent de Respect Seniors, montrant ainsi une dissociation relative de la problématique de l'inaptitude avec celle de la maltraitance. Au Québec, la question de la capacité de la personne constitue la première investigation clinique orientant l'intervention, sans compter qu'une action de protection par le cadre juridique de la détermination de l'inaptitude peut se révéler un moyen d'intervention en contexte de lutte contre la maltraitance. En Wallonie, l'intervention se focalise sur l'expérience vécue de la personne maltraitée, nonobstant le fait qu'elle soit inapte ou pas, sur le plan juridique. Le contexte wallon insiste donc sur une intervention d'écoute et d'accompagnement fondée sur la valeur centrale de l'autonomie plutôt que sur celle de la protection.

Cette centration sur l'autonomie sur une posture d'accompagnement opérationnalisée par la ligne téléphonique pose la parole de la personne âgée comme incontournable. Même s'il n'y a pas d'appel formel à l'aide, « permettre à la parole de se déposer à l'oreille d'un écoutant bienveillant » constitue une intervention tout aussi importante que l'action à plus grand déploiement, tant du point de vue des gestionnaires que des intervenants de l'organisation. Donner de la valeur à la parole de la personne âgée, lui permettre d'exprimer ses volontés, malgré ses incapacités, par exemple celles liées à la perte de l'intégrité des cognitions, demeure néanmoins toujours un défi[9].

1.1 Des défis au cœur de la pratique

Nous présentons ici quatre défis identifiés par les participants (principalement les intervenants) qui traduisent les questionnements et les objets de questionnement qui influencent les prises de décision des professionnels.

L'imputabilité

« Avons-nous un devoir, une obligation d'intervenir dans les situations de maltraitance potentielle mais non avérée? Devrions-nous appliquer le principe d'assistance à personne en danger contre son propre gré? L'intervention affaiblira-t-elle le réseau social de la personne vivant la maltraitance? » (Intervenant)

Les intervenants se sentent responsables du choix d'intervenir ou non. Cela a pour conséquence qu'ils doivent prendre et gérer une part de risque liée au fait que les situations de maltraitance sont très complexes et que les personnes qui la vivent ont des rapports parfois ambigus à l'égard de la nécessité d'intervenir. La tolérance que peuvent avoir les professionnels et les organisations vis-à-vis des situations irrégulières, délicates ou limites constitue une marge décisionnelle souvent mince et pas nécessairement facile à défendre ou à fonder. Puisque toutes les situations de maltraitance existaient avant qu'elles ne soient portées à l'attention des décideurs et des intervenants, leur passage dans l'ordre du connu fait émerger la responsabilité, voire le devoir, d'intervenir. La posture tend à changer, passant d'un embarras général à un problème concret, qui concerne ici le professionnel relevant d'une organisation. Se pose alors la question de la nature de l'intervention, de ses conditions de déploiement, des moyens et des possibles existants. La complexité des situations amène donc son lot de zones d'ambiguïté et d'insécurité que peut aider à clarifier un processus de délibération autour du cas qui occupe et qui préoccupe.

Les participants croient à la valeur de ces échanges qui permettent de porter ensemble, collectivement, ces dilemmes moraux, légaux, professionnels, etc., de façon à formuler une réponse adaptée à l'infinité des possibilités cliniques. C'est grâce à une responsabilité partagée, solidaire et collective que les décisions se prennent et se gèrent plus aisément et peut-être aussi plus efficacement. Des rencontres statutaires soutiennent ces exercices délibératifs inscrits dans les façons de faire de l'organisation.

La légitimité

« Au nom de quoi, de qui intervient-on (ou n'intervenons-nous pas)? » (Intervenant)

La légitimité de l'intervention est une préoccupation importante pour tous les intervenants. Cette préoccupation est reliée à d'autres considérants, notamment les compétences et les outils permettant de reconnaître une situation de maltraitance, de déterminer la mission et les valeurs de l'organisation, etc. Les intervenants se sentent légitimés d'intervenir dans les situations de maltraitance puisque tel est leur mandat légalement reconnu. Mais cette forme de légitimité de l'intervention ne semble pas suffire. Alors, comment légitimer le choix qui s'impose parfois de ne pas intervenir? Quel principe peut être invoqué? Les intervenants rapportent d'ailleurs se faire interpeler par d'autres services ou par la population par des questions telles que « Vous êtes payés pour faire quelque chose, alors pourquoi, n'intervenez-vous pas dans cette situation? » (Intervenant)

« Comment s'assurer qu'on est face à une situation de maltraitance? » (Intervenant) La définition théorique de la maltraitance peut paraitre comme un concept éloigné de la pratique mais, pourtant, elle apparait pour les participants comme un fondement, un préalable à la légitimité de leur action. Elle permet d'identifier les formes de maltraitance en présence (physique, psychologique/émotionnel, sexuel, financier) ou de négligence; de rappeler que l'intentionnalité et la répétition du geste ne sont pas des critères de discernement; que la maltraitance implique une dimension relationnelle basée sur la confiance et que les conséquences sont importantes, pouvant causer du tort ou de la détresse chez une personne âgée. Ce sont là des indicateurs qui, bien que généraux, permettent une certaine évaluation de la situation, sans toutefois résoudre tous les dilemmes. Si l'objectivation de l'évaluation des besoins se révèle néanmoins importante, la dimension subjective vient elle aussi questionner la légitimation de l'intervention : « Si la personne ne ressent pas la situation comme étant une situation inacceptable, est-ce de la maltraitance? » (Intervenant) ou encore « Si la personne ne formule pas une plainte, est-ce de la maltraitance? » (Intervenant) La complexité des réponses à ces questions appelle également la création d'espace délibératif entre les intervenants.

La compétence à intervenir pose d'autres enjeux de légitimité : « Jusqu'où est-on compétent pour intervenir? Qui suis-je pour décider de ce qui est bon, de ce qui est juste? Le bien, c'est quoi? C'est bien pour qui? » (Intervenant) On voit ici que la compétence ne s'entend pas uniquement en terme de formation, elle évoque aussi la capacité à exercer un jugement clinique qui peut reposer sur des bases éthiques ou sur l'inter-influence qu'exercent d'autres acteurs comme les proches ou d'autres professionnels qui peuvent contribuer à la délibération, « Qu'est le fils, le docteur pour décider à la place de? Quelles sont les valeurs en jeu? » (Intervenant), mais sans se substituer à la décision de la personne âgée. Le nombre de protagonistes gravitant autour de la personne âgée rend difficile la convergence des opinions et des choix à faire. Les intervenants sont ici souvent aux prises avec des tensions éthiques et pragmatiques; ils se demandent si, au bout du compte, ils font toujours « le meilleur » (éthique) ou s'ils font « au mieux » (pragmatisme)?

La confidentialité

« Même avec des professionnels tenus par le secret professionnel, nous ne sommes pas autorisés à partager les informations. » (Gestionnaire)

Le secret professionnel et le partage de l'information s'avèrent des principes nécessaires aux bonnes pratiques, mais parfois contre-productifs. Cette question au cœur de la professionnalité s'affine au fur et à mesure que l'intervention se fait multiple : avec d'autres intervenants, avec d'autres organisations, avec d'autres cadres professionnels ou juridiques, etc. Tous reconnaissent l'importance d'avoir des lignes directrices pour départager ce qui peut être fait de ce qui ne peut l'être, ce qui peut être partagé de ce qui ne peut pas l'être et avec qui. Il est attendu ici que le secret professionnel fasse l'objet d'une régulation afin de restreindre l'écart d'incertitude qui se crée face aux motifs qui pourraient moduler son exercice.

D'autres situations viennent aussi remettre en question la confidentialité. Par exemple, dans les cas où c'est une tierce personne (autre intervenant, proche, voisin, etc.) qui fait une demande. Comment gérer la demande de l'appelant? Quel est le souhait de la personne âgée? Comment entrer en contact avec cette dernière?

Les tensions entre l'unification des pratiques et la singularité des cas

« Chaque usager devrait trouver une réponse similaire lorsqu'il place une demande à l'Agence, non pas en fonction des valeurs personnelles du répondant. » (Intervenant)

Comme souligné plus haut, c'est grâce au collectif que l'intervenant se sent soutenu dans sa prise de décision, et lors de l'ajustement de cette décision à la complexité de la situation de maltraitance[10]. La reconnaissance de valeurs communes, de valeurs organisationnelles partagées, auxquelles adhèrent les intervenants individuellement et collectivement est considérée comme une importante condition de cohérence des actions. En outre du caractère délibératif du collectif, ce dernier permet d'induire de l'équité dans la réponse donnée : certains intervenants considèrent d'ailleurs que la standardisation de la pratique peut garantir cette valeur dans l'action.

L'ambition d'équité ne doit cependant pas produire une réponse unique, mais plutôt une réponse intégrée, en raison du caractère multidimensionnel et délicat de la maltraitance, aussi bien dans ses causes, dans ses manifestations, que dans ses solutions. Cela fait en sorte qu'on ne peut prescrire mécaniquement des directives (*guidelines*), une recette à appliquer dans toutes les situations. Les intervenants en maltraitance doivent par conséquent être des multi-experts (comme autant de dimensions de la problématique), mais aussi des éthiciens appliqués, capables de réfléchir ensemble, avec d'autres (ce qui inclut l'usager-client) et de trouver les solutions les plus convenables selon la situation.

2. Discussion générale

Les résultats mettent en évidence une intervention qui contient plusieurs pôles en tension. Le rôle attendu des professionnels semble se définir comme celui de dégager une zone d'intervention dépolarisée qui fait glisser le curseur selon les situations.

Responsabilité individuelle ⟷	Responsabilité collective
Légitimité ⟷	Incapacité d'agir
Confidentialité ⟷	Partage de l'information
Standardisation ⟷	Autonomie professionnelle

L'imputabilité s'exprime en termes de responsabilité individuelle et de responsabilité collective ou collectivisée par les exercices délibératifs. Qui est responsable d'agir ou de l'agir? C'est une question que Lithwick a débattue (2003). Intervenir peut-il produire des dommages? On retrouve ici les fondements des principes éthiques de la non-malfaisance qui tend à ne pas exposer les autres au risque de souffrir ou de subir des dommages ou des préjudices et cet autre principe de la bienfaisance qui concerne l'obligation morale d'agir au bénéfice d'autrui.

L'intervention se déroule dans un cadre aux contours parfois flous entre une légitimité claire et reconnue appuyée ou conférée par une organisation et l'impossibilité d'agir. Selon Rabardel (2005 : 260) :

> « La capacité de faire n'est pas une capacité en général mais une capacité de faire quelque chose, de faire advenir quelque chose dans l'espace des situations [...] La capacité de faire peut être caractérisée fonctionnellement par les résultats qu'elle permet de produire, les transformations du monde, les évènements que le sujet est capable de faire advenir. Elle peut aussi être caractérisée par ce dont elle est constituée : les instruments, les compétences, les capacités fonctionnelles du corps propre, c'est-à-dire l'ensemble des ressources du sujet. Elle s'inscrit dans un rapport générique au réel. »

C'est ici que s'intercale le concept de *compétence*, soulevé par les participants, que l'on pourrait définir comme étant cette capacité à arbitrer les circonstances et à adapter son agir, au-delà de la tâche prescrite ou prévue, ou encore du mode opératoire connu, se rendant ainsi bien au-delà de la répétition machinale du geste ou de la consigne, conférant à l'activité du sujet sa dimension profondément humaine, réfléchie et adaptative.

Quant au thème de la **confidentialité**, il a fait ressortir, en filigrane, cette tension présente au quotidien, entre le devoir du secret professionnel qui fonde la confiance relationnelle et la nécessité normative et pragmatique de partager l'information en vue d'assurer la continuité et le continuum des services. Ces deux nécessités en apparence contradictoires sont, dans les faits, intrinsèquement liées l'une à l'autre; celle de poser des règles qui visent la protection et la défense du bien commun et celle de la marge d'exercice du jugement professionnel au regard d'une situation singulière vécue par un usager porteur de droits (Beaulieu et Giasson, 2005). C'est à ce moment que les intervenants peuvent procéder à un processus d'équilibration éthique qui va les mener non pas à rejeter un pan au profit de l'autre, mais bien à mettre un aspect plus en valeur tout en conservant l'autre au second plan.

Le dernier thème inscrivait déjà la tension entre l'**unification des pratiques** (standardisation) et la **singularité des cas** qui appelle à une pratique prudentielle, c'est-à-dire qui tient compte de la complexité et des particularités de la situation. Ce thème a ainsi fait émerger une croyance bien répandue dans les métiers relationnels quant à l'impossibilité de cadrer les interventions, de les objectiver (dans le sens de comprendre et de traduire les savoirs et les compétences implicites) en raison de leur caractère foncièrement subjectif, mi-relationnel, mi-communicationnel (Soulet, 2003). Les attentes et les appréhensions s'entremêlent dans l'intimité de l'intervenant convoquant en duel l'espoir d'un balisage de la légitimité et un sentiment de méfiance et de rejet à l'égard d'un mouvement de standardisation (Couturier, Gagnon, Belzile et Salles, 2011).

Les quatre thèmes transversaux qui ont été dégagés sont inspirants et trouvent assurément écho dans la pratique des professionnels du Québec qui interviennent dans des situations d'ainés aux prises avec la maltraitance. Ces résultats mériteront d'être analysés avec encore plus de finesse tant ils sont riches ou, tout au moins, ils indiquent que par-delà et au travers des contextes dans lesquels s'organisent les pratiques des intervenants dans la lutte contre la maltraitance, tous sont habités par un désir d'apporter une réponse appropriée, c'est-à-dire cohérente, équitable, accessible, bienfaisante et non maltraitante aux personnes en souffrance. Intervention rendue possible à condition de demeurer centrée sur la personne, sur sa parole et sur ses besoins, même si cela peut s'exprimer de manière un peu différente selon les contextes de pratique.

Cette volonté ferme de donner des services de qualité et sa condition associée, la centration sur la personne, trouvent écho dans tous les cadres conceptuels récents de la qualité des

services qui posent la centration sur la personne comme une dimension essentielle (Koren, 2010; Kröger et al., 2007; OMS, 2000; AMA, 1986). Travailler en plaçant la personne au centre de l'intervention (logique *client centered*) plutôt qu'à partir des services qui existent (logique *service driven*) apparait comme un impératif qui relève du défi lorsqu'il passe du discours à la pratique. Car la pratique n'est pas que le fait d'individus « bienveillants ». Elle est en bonne partie déterminée par des lois qui viennent encadrer la légitimité et les possibilités organisationnelles et instrumentales de l'agir professionnel tendu vers la « bienfaisance » (Belzile, Etheridge, Couturier, Beaulieu, Aubry et Boudjémaa, 2011).

Conclusion

Actuellement, la maltraitance se présente comme un terrain fertile pour jeter des ponts entre des mondes (pratique, recherche, formation, etc.) et actualiser ainsi ce que Payne (2002) appelle une approche intégrée qui cherche à mettre de la cohérence et de la continuité dans les actions, et qui se décline en six composantes : 1) une définition intégrée de la maltraitance, 2) une approche intégrée pour déterminer l'ampleur de la maltraitance, 3) une approche intégrée permettant d'expliquer à la fois la maltraitance mais aussi les autres formes de victimisation des ainés, 4) une ample connaissance des conséquences de la maltraitance; 5) une réponse interprofessionnelle coordonnée aux situations de maltraitance; et 6) une vaste programme de prévention qui passe par la réappropriation du pouvoir (*empowerment*) des ainés.

Nos travaux nous ont permis de décrire des enjeux présents dans la quotidienneté de la pratique d'intervenants psychosociaux à partir de ce qu'ils nous ont dit sur ce qu'ils font. Nous avons analysé leurs discours pour découvrir leurs préoccupations et nous approcher de leur situation de travail. D'autres travaux se poursuivent afin de voir et de comprendre ce qu'ils font, mais aussi comment ils le font, afin de déterminer les besoins et les adaptations requises pour soutenir leur pratique auprès des personnes âgées qui vivent de la maltraitance. Cette démarche s'inscrit directement dans les cibles du *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes ainées 2010-2015*, signé par 13 ministères et organismes gouvernementaux et rendu public en juin 2010. Ce premier plan d'action vise à « Affiner nos connaissances sur la maltraitance, joindre les ainés pour les informer, assurer la complémentarité et la cohérence des services pour mieux agir » (2010), et ce, même si contrairement à la Wallonie (en Belgique), le Québec n'instaure pas d'organisme entièrement consacré à l'intervention en maltraitance. Le plan d'action insiste sur la nécessité de renforcer et d'étendre les actions déjà existantes, d'intensifier la concertation interprofessionnelle et intersectorielle et d'améliorer l'offre de formation, incluant de meilleurs outils d'intervention pour les intervenants. C'est en analysant les pratiques effectives que pourront être dégagés des savoirs à réinvestir dans des formations, des outils, des dispositifs d'accompagnement des intervenants en maltraitance, en Wallonie, mais aussi au Québec et ailleurs.

Force est de constater qu'en Wallonie tout comme au Québec la lutte contre la maltraitance envers les personnes ainées est un projet ambitieux et bien engagé, riche en défis politiques, éthiques, cliniques et professionnels. Ce faisant, il importe à la fois de poursuivre l'analyse des pratiques pour soutenir les professionnels dans le déploiement de leurs actions et pour raffiner leurs pratiques qui, ne l'oublions pas, étaient quasiment occultées ou non spécifiques il y a quelques années à peine.

Descripteurs :

Violence envers les personnes âgées // Personnes âgées - Politique gouvernementale - Wallonie (Belgique) // Respect Seniors (Organisme) (Wallonie, Belgique)

Aged - Abuse of // Aged - Government policy - Wallonia (Belgium)

Notes

1 Notre propos s'appuie spécifiquement sur les résultats obtenus lors de la première mission québécoise en Wallonie (Belgique) que nous avons mis en parallèle avec le contexte québécois pour favoriser une meilleure compréhension de l'objet d'étude.

2 Au 1er janvier 2010, la Wallonie comptait 3 498 384 habitants (Dossier du CESW. Les ménages. Mai 2011. [En ligne]

3 Pour l'historique de Respect Seniors : http://www.respectseniors.be/historique.html.

4 Équivalent de la *Gazette officielle*.

5 On peut consulter le rapport statistique de l'organisme à http://www.respectseniors.be/images/stat2011.

6 En Belgique, comme en France, plusieurs services à domicile complémentaires sont offerts par différentes mutuelles qui offrent des services de santé selon les cotisations de leurs membres, en complément des programmes de sécurité sociale. Ainsi, dans ces sociétés bismarckiennes, la tâche principale des travailleurs sociaux en est une de véritable courtage de services qui se fonde sur l'accès aux droits en matière de services dispensés par les mutuelles et autres.

7 Les psychologues et les intervenants sociaux n'ont pas été identifiés selon leur groupe professionnel, compte tenu du petit nombre de participants et aussi parce que notre étude ne visait pas à comparer les deux professions. Ils sont simplement désignés par le terme « intervenants ».

8 Il s'agit ici d'une approche éthique normative basée sur une liste de principes (bientraitance, non-malfaisance, autonomie et justice) plutôt qu'une approche centrée sur des valeurs, par exemple.

9 On pourrait ici faire un lien plus spécifique avec la Ligne Aide Abus Ainés, qui a commencé ses opérations en octobre 2010, où les travailleurs sociaux agissent aussi d'abord en écoute des appelants (Bertrand, Bouchard, Chrysostome, Noubicier, Montminy, Thomas et al., 2012).

10 Cet ajustement, aussi appelée « pratique prudentielle », est au cœur de toute bonne pratique professionnelle (Champy, 2009).

Références

American Medical Association (1986). Quality of care. Council on Medical Service. *JAMA*, 256, 1032-1034.

Ash, A. (2010). Ethics and the street-level bureaucrat: Implementing policy to protect elders from abuse, *Ethics and Social Welfare*, 4, 201-209.

Ash, A. (2011). A cognitive mask? Camoufling dilemmas in street-level policy implementation to safeguard old people from abuse, *British Journal of Social Work*, 1-17.

Beauchamp, T., & Childress, J. (1999). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: University Press.

Beaulieu, M., & Giasson, M. (2005). L'éthique et l'exercice de l'autonomie professionnelle des intervenants psychosociaux œuvrant auprès des aînés maltraités, *Nouvelles Pratiques Sociales*, 18 (1), 131-147.

Beaulieu, M., & 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.

Belzile, L. Etheridge, F. Couturier, Y., Beaulieu, M., Aubry, F., et Boudjémaa, M. (2011). Penser l'hébergement de longue durée comme un milieu de vie. Une condition de la bientraitance institutionnelle, *Forum*, 134, 32-39.

Berg, M. (1992). The construction of medical disposals. Medical sociology and medical problem solving in clinical practice. *Sociology of Health and Illness*, 14 (2), 151-180.

Bertrand, M., Bouchard, S., Chrysostome, C.-J., Noubicier, A.-F., Montminy, L. et Thomas, D. sous la direction de Charpentier, M. et Soulières, M. (2012). *Ligne téléphonique provinciale Aide Abus Aînés : analyse de l'implantation et de la pertinence clinique*. Rapport de recherche soumis au ministère de la Famille et des Aînés et au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Champy, F. (2009). *La sociologie des professions*. Paris : PUF.

Couturier, Y., Gagnon, D., Belzile, L., et Salles, M. (sous presse-parution 2013). *La coordination des services, concepts et méthodes pour le travail social gérontologique*. Montréal : Presse de l'Université de Montréal.

Couturier, Y., Gagnon, D., Salles, M., et Belzile, L. (2011). Une nouvelle forme de catégorisation, l'évaluation multidimensionnelle de la perte d'autonomie des personnes âgées, dans M. Jaeger (Ed.). *Usager ou citoyen? De l'usage des catégories en action sociale et médico-sociale* : 209-224. Paris : Dunod.

Giasson, M., et Beaulieu, M. (2004). Le respect de l'autonomie un enjeu éthique dans l'intervention psychosociale auprès des aînés maltraités, *Intervention*, 120, 98-109.

Hamel, J. (1997). *Précis d'épistémologie de la sociologie*. Paris : L'Harmattan.

Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: the culture change movement, *Health Affairs*, 29 (2), 312-317.

Kröger, E., Tourigny, A., Morin, D., Côté, L., Kergoat, M.-J., Lebel, P., Robichaud, L., Imbeault, S. Proulx, S., & Benounissa, Z. (2007). Selecting process quality indicators for integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia, *BMC Health Services Research*, 7, 195.

Leplat, J. (2002). De l'étude de cas à l'analyse de l'activité. *Pistes*, 4 (2), 1-31. Téléaccessible : http://www.pistes.uqam.ca/v4n2/pdf/v4n2a8.pdf

Leplat, J. (2008). *Repères pour l'analyse de l'activité en ergonomie*. PUF.

Lithwick (Cohen), M. (2003). Elder abuse: whose problem is it? *Intervention*, 119, 24-34.

Nahmiash, D., & Reis, M. (2000). Most successful intervention strategies for abused older adults, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 12 (3/4), 53-70.

Organisation mondiale de la santé (2000). *Rapport de la santé dans le monde 2000, pour un système de santé plus performant*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Paillé, P. (1996). De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier. *Revue de l'Association pour la recherche qualitative. 15*, 179-194.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.

Payne, B. K. (2002) An integrated understanding of abuse & neglect, *Journal of Criminal Justice*, 30, 535-547.

Rabardel P. (2005). Instrument, activité et développement du pouvoir d'agir. *Dans* P. Lorino et R. Teulier, *Entre connaissance et organisation: l'activité collective* : 251-265. La Découverte « Recherches ». Téléaccessible :

http://www.cairn.info/entre-connaissance-et-organisation-l-activite-coll---page-251.htm

Sans auteur (2006). « Déclaration politique et Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement, 2002 », *Revue internationale des sciences sociales*, 4 (190), 683-719. DOI : 10.3917/riss.190.0683

Soulet, M.-H. (2003). Penser l'action en contexte d'incertitude : une alternative à la théorisation des pratiques professionnelles ? *Nouvelles pratiques sociales*,16 (2),125-141. Téléaccessible à http://id.erudit.org/iderudit/009847ar.

Spencer, C. (2010). *Environmental Scan and Critical Analysis of Elder Abuse Screening, Assessment and Intervention Tools for Canadian Health-Care Providers*. Rapport préparé pour Division of Aging and Seniors, Public. Ottawa: Public Health Agency of Canada.

Yaffe, M. J., Wolfson, C., & Lithwick, M. (2009). Professions show different enquiry strategies for elder abuse detection: implications for training and interprofessional care, *Journal of Interprofessional Care*, 23 (6), 646-654.