

Université de Montréal

**Le processus de positionnement éthique du travailleur social dans la
détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des
régimes de protection du majeur**

**par
Pascale Roy**

**École de service social
Faculté des arts et des sciences**

**Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès Sciences (M.Sc.)
en Service social**

Août 2012

**© Pascale Roy, 2011
Université de Montréal**

Faculté des arts et des sciences

Ce mémoire intitulé :

Le processus de positionnement éthique du travailleur social dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur

Présenté par :

Pascale Roy

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Céline Bellot

(Président-Rapporteur)

Annie Pullen-Sansfaçon

(Directrice de recherche)

Audrey Gonin

(Membre du jury)

RÉSUMÉ

L'importance accordée à la reconnaissance des droits fondamentaux des personnes en matière d'intégrité physique et de consentement aux soins dans notre société fait que le travailleur social appelé à participer à l'ouverture de régimes de protection du majeur doit développer une expertise multidimensionnelle. De plus, le travailleur social se retrouve à confronté à différentes logiques d'action (juridique et procédurale, médicale, psychosociale, pragmatique) dont il doit tenir compte dans le processus d'évaluation. Ceci nous amène à aborder la position difficile dans laquelle se trouve généralement le travailleur social qui oscille entre la possibilité de favoriser l'autonomie de la personne et la volonté de protéger celle-ci. L'objectif de ce mémoire est donc d'accroître notre compréhension du processus de prise de décision du travailleur social dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur. D'une manière plus spécifique, cette étude consiste à retracer et à théoriser, par l'analyse de sa logique d'action, le processus à travers lequel le travailleur social se positionne lorsqu'il se retrouve confronté à des dilemmes éthiques par rapport à la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée. L'analyse de l'expérience du travailleur social a été réalisée à travers le paradigme de l'individualisme méthodologique tel que définit par Raymond Boudon. Les données furent recueillies lors d'entrevues semi-dirigées réalisées auprès de sept intervenants. Les témoignages recueillis par le biais de cette recherche exploratoire montrent à quel point il peut être difficile et éprouvant pour le travailleur social de devoir se positionner dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur et comment ces interventions s'inscrivent dans un jeu infiniment complexe d'interactions multiples entre acteurs et actants. Les principaux obstacles à la prise de décision éthique dont ont fait part les travailleurs sociaux interrogés sont liés au contexte de pratique. Il s'agit du manque de ressources financières et humaines disponibles ainsi que le fait que les décisions ne soient pas toujours prises en équipe interdisciplinaire et dans un climat qui soit non menaçant. La reconnaissance de l'expertise des travailleurs sociaux en matière d'ouverture de régimes de protection est d'ailleurs ressortie comme un enjeu important.

Mots-Clés: Travailleur social - personne âgée - vieillissement – inaptitude - régime de protection – protection – autonomie – délibération éthique

ABSTRACT

In our society, the emphasis on recognition of the fundamental rights of a person regarding his/her physical integrity and consent for care requires social workers to develop a multidimensional expertise in order to participate in the instituting of protective supervision for persons of full age. Moreover, social workers are confronted with various dimensions (legal and procedural, medical, psychosocial and pragmatic) which should be considered in the process of evaluation. This brings us to consider delicate position of the social worker who must make a difficult choice between promoting the service user's individual autonomy or protecting him or her from harm, courses of action that are not always compatible. The objective of this research is to increase our understanding of social workers' decision-making process when determining the incapacity of an elderly person within the framework of protective supervision for persons of full age. More specifically, this study aims to review and theorize, by analyzing its logic of action, the process through which the social worker is making a decision when confronted with ethical dilemmas in relation to determining incapacity of an elderly person. The framework of this research is based on the methodological individualism of Raymond Boudon. The data were collected using semi-directed interviews with seven participants. The result of the study has shown how it can be difficult and challenging for the social workers to have to position themselves in determining incapacity of an elderly person. In fact, the interventions are part of an infinitely complex interaction between multiple actors and agents. The main obstacles to ethical decision-making are related to the context of practice, i.e. the lack of financial and human resources, and the lack an interdisciplinary team approach in a non-threatening climate. The non-recognition of the expertise of social workers regards to protective supervision was also identified as an issue.

Key words: Social worker – elderly – aging – incapacity – protective supervision – protection – autonomy – ethical deliberation

TABLE DES MATIÈRES

Résumé et mots-clés	iii
Abstract and key words	iv
Remerciements	viii
Liste des figures	ix
Introduction	1
Chapitre 1 : La problématique de recherche et la recension des écrits	3
1.1 La problématique	3
1.1.1 La détermination de l'inaptitude chez la personne âgée	3
1.1.1.1 De la détermination de l'inaptitude chez la personne âgée à l'ouverture d'un régime de protection	3
1.1.1.2 Entre autonomie et autodétermination, dignité et protection, bienveillance et paternalisme : Enjeux psychosociaux et éthiques impliqués dans la détermination de l'inaptitude	7
1.1.1.3 Des problèmes éthiques difficiles à résoudre : Les difficultés auxquelles les travailleurs sociaux se heurtent dans l'exercice de leur jugement clinique et dans la prise de décision éthique	15
1.1.2 Les grandes tendances théoriques en matière d'éthique professionnelle	23
1.1.2.1 L'éthique et le travail social	24
1.1.2.2 Les fondements philosophiques du comportement éthique	28
1.2 La pertinence sociale de la recherche et objectifs de la recherche.....	29
Chapitre 2 : La stratégie méthodologique de la recherche	32
2.1 Perspective théorique de recherche : L'individualisme méthodologique de Raymond Boudon	32
2.2 La nature de la recherche et le positionnement épistémologique	43
2.3 Le contexte de la recherche	46
2.3.1 La sélection des travailleurs sociaux	46
2.3.2 Le choix du terrain d'échantillonnage	47

2.3.3 Les critères de sélection	47
2.3.4 Le recrutement des sujets	48
2.4 Les modalités de la collecte de données	48
2.4.1 La forme et les modalités de l'entrevue	49
2.4.2 Les différents types de données recherchées	50
2.4.3 Lieu des entrevues	51
2.5 L'analyse des données	51
2.6 Les limites de la recherche	58
2.7 Considérations éthiques	58
Chapitre 3 : La présentation et l'analyse des résultats	61
3.1 La présentation des résultats	61
3.1.1 Entretien avec le travailleur social 1 (TS1).....	62
3.1.2 Entretien avec le travailleur social 2 (TS2).....	66
3.1.3 Entretien avec le travailleur social 3 (TS3).....	70
3.1.4 Entretien avec le travailleur social 4 (TS4).....	77
3.1.5 Entretien avec le travailleur social 5 (TS5).....	81
3.1.6 Entretien avec le travailleur social 6 (TS6).....	87
3.1.7 Entretien avec le travailleur social 7 (TS7).....	91
3.2 Discussion.....	97
3.2.1 Types de raisonnement principalement empruntés par les travailleurs sociaux ...	99
3.2.1.1 Rationalités de types instrumental et téléologique	99
3.2.1.2 Rationalités de type axiologique	100
3.2.1.3 Rationalités de type cognitif	103
3.2.2 Principaux paramètres affectant le jugement des travailleurs sociaux	107

3.2.2.1 La charge de travail et le manque de ressources	107
3.2.2.2 La reconnaissance de l'expertise professionnelle	109
3.2.2.3 La formation en lien avec les régimes de protection	111
3.2.2.4 Le soutien à la prise de décision éthique	112
Conclusion	117
Références	123
Annexes	x
Annexes 1	xi
Annexes 2	xiii
Annexes 3	xv
Annexes 4	xviii
Annexes 5	xxi

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier Annie Pullen-Sansfaçon, ma directrice de recherche, pour sa rigueur, sa franchise, sa gentille et son grand dévouement. Votre encadrement a été, pour moi, une aide infiniment précieuse.

Un grand merci à Jocelyne pour toutes les heures passée à lire et à corriger mon mémoire.

Merci à tous les travailleurs sociaux qui ont si généreusement accepté de partager leur expérience avec moi.

Merci à Arlène et Hélène pour m'avoir si gentiment aidé dans mon recrutement.

Merci à Nathalie et Mesut pour leur petite touche.

Merci à mon petit Élie qui m'a si souvent empêché de travailler sur ce mémoire. Sans toi, ma vie ne serait certainement pas aussi belle.

LISTE DES FIGURES

- Figure 1.....Analyse structurale du dilemme éthique de TS1**
- Figure 2.....Analyse structurale du dilemme éthique de TS2**
- Figure 3.....Analyse structurale du dilemme éthique de TS3**
- Figure 4.....Analyse structurale du dilemme éthique de TS4**
- Figure 5.....Analyse structurale du dilemme éthique de TS5**
- Figure 6.....Analyse structurale du dilemme éthique de TS6**
- Figure 7.....Analyse structurale du dilemme éthique de TS7**
- Figure 8.....Le choix de l'action prise en lien avec la détermination de l'aptitude chez la personne âgée**

INTRODUCTION

À moins que des changements démographiques majeurs aient lieu, d'ici 2041, le Québec sera l'une des sociétés les plus vieilles en occident. Selon Bussière et coll. (2006), près de 30 % de la population québécoise sera âgée de 65 ans et plus. Ce pourcentage pourrait augmenter jusqu'à 40 % dans des régions telles que la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, le Bas-Saint-Laurent et la Capitale nationale. Cette accélération du vieillissement de la population devrait également toucher plusieurs banlieues des grandes villes. Selon les chiffres du Curateur public du Québec, les personnes âgées atteintes d'une maladie dégénérative représentaient 43 % des nouvelles entrées dans un régime de protection public en 2006-2007. En 2000-2001 ces personnes ne représentaient que 39 % (Lavallée, 2007). Cette nouvelle réalité démographique liée en partie à la hausse de l'espérance de vie combinée à une augmentation des maladies dégénératives illustre le besoin de s'intéresser à la question des régimes de protection pour les personnes âgées. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les travailleurs sociaux dont l'expertise autour de la pratique liée aux régimes de protection du majeur sera de plus en plus sollicitée. En effet, le 18 juin 2009, le projet de loi 21 était adopté par l'Assemblée nationale du Québec. Cette loi qui modifiait le Code des professions dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, confirme notamment à l'article 5, paragraphe f, que le travailleur social est le seul professionnel en droit de « procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'inaptitude du mandant » (Pauzé & Gautier, 2009). Il va sans dire que la pratique de l'évaluation psychosociale par les travailleurs sociaux dans le cadre des régimes de protection est en pleine expansion et que, de ce fait, cette pratique nécessite de la profession un plus grand encadrement et une meilleure compréhension des enjeux qui en découlent (Pauzé & Gautier, 2009).

En raison de la clientèle qu'il dessert, le travailleur social qui travaille au Programme Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV) est appelé à participer à l'ouverture de régimes de protection du majeur. Il doit d'abord décider du bien-fondé ou non de la démarche pour son client. S'il évalue que tel est le cas, le travailleur social doit également se prononcer sur le degré d'inaptitude de son client et sur la personne qui est, selon lui la plus apte à devenir tutrice ou curatrice. Dans l'éventualité où il déterminerait

que personne ne peut jouer ce rôle dans l'entourage de la personne, le travailleur social devrait alors recommander que ce soit le Curateur public qui s'acquitte de ce rôle. Ce processus implique donc que le travailleur social prenne un certain nombre de décisions qui auront très certainement un impact significatif dans la vie de son client et de son entourage. Le travailleur social peut alors se retrouver dans la position difficile qui oscille entre la possibilité de favoriser l'autonomie de la personne et la volonté de protéger celle-ci. Cet affrontement, opposant les principes éthiques d'autonomie et de bienfaisance prend toute son importance lorsque par exemple, il s'agit de dossiers impliquant des personnes âgées dont l'aptitude semble suspecte, ou encore lorsqu'il y a soupçon d'abus de la personne âgée par son aidant principal.

Afin de tenter une exploration la plus complète possible de notre problématique, nous commencerons par présenter une définition et les conséquences de l'inaptitude. Nous aborderons ensuite les divers rôles joués par les différents intervenants impliqués dans le processus d'évaluation de l'inaptitude. Puis nous nous attarderons aux difficultés rencontrées par les travailleurs sociaux dans leur pratique liée aux régimes de protection, dont les dilemmes éthiques auxquels ils sont susceptibles d'être confrontés. Dans cette partie, nous aborderons notamment les questions éthiques liées à l'abus soupçonné ou avéré de la personne âgée. Finalement, nous aborderons toute la question du travailleur social et de son rapport avec l'éthique.

CHAPITRE I

1.1 La problématique

1.1.1 La détermination de l'inaptitude chez la personne âgée

1.1.1.1 De la détermination de l'inaptitude chez la personne âgée à l'ouverture d'un régime de protection

Le Code civil du Québec précise à l'article 258 qu'un majeur peut devenir : « ... inapte à prendre soin de lui-même ou à administrer ses biens, par suite, notamment, d'une maladie, d'une déficience ou d'un affaiblissement dû à l'âge qui altère ses facultés mentales ou son aptitude physique à exprimer sa volonté (Geneau, 2005)». L'inaptitude ou en d'autres termes, la perte de la capacité à exprimer une volonté libre et éclairée, entraîne de lourdes conséquences pour la personne déclarée inapte. Parmi les plus importantes, il y a certainement la perte de sa capacité juridique, c'est-à-dire la possibilité pour le majeur d'exercer lui-même tous ses droits. Ceci a pour effet de placer la personne en position de dépendance et de porter atteinte à son autonomie (Bélanger & Beaulieu, 2006). Ainsi, si l'inaptitude de la personne âgée est reconnue, son représentant légal, nommé aux termes d'un jugement ou selon les dispositions de la loi, qu'il soit un membre de sa famille ou toute autre personne ayant à cœur l'intérêt de la personne âgée ou encore, qu'il s'agisse du Curateur public, est autorisé à consentir ou à refuser les soins requis par son état de santé ou l'hébergement demandé (Art. 15 *C.c.Q.*, cité dans Guay, 2002). Ce n'est que si la personne âgée refuse catégoriquement l'hébergement, par exemple, que l'autorisation judiciaire est requise (Art. 16 *C.c.Q.*, cité dans Guay, 2002).

Le processus de détermination de l'inaptitude repose sur un principe fondamental, soit le fait que la personne âgée est légalement présumée apte jusqu'à preuve du contraire. Ainsi, toute personne qui invoque l'inaptitude d'une autre personne doit en faire la preuve (Couturier & coll., 2006). La détermination de l'inaptitude requiert trois mesures, soit une évaluation psychosociale, une évaluation médicale et un interrogatoire juridique. Alors que l'évaluation psychosociale est habituellement réalisée par un travailleur social, l'évaluation médicale est faite par un médecin et l'interrogatoire juridique effectué par un notaire ou un avocat. La décision finale concernant l'inaptitude est rendue par un juge ou un greffier (Bélanger & Beaulieu, 2006). Chaque professionnel doit baser son évaluation sur des

critères pragmatiques et cliniques pour guider son évaluation de l'inaptitude et la prise de décision concernant l'avenir d'une personne, qui dans la plupart des cas, est une personne âgée ayant pleinement joui de ses droits et de son autonomie dans le passé. « Il est attendu que les cliniciens [...] produisent des rapports selon leur expertise et que, selon les exigences du curateur public, ces deux rapports concordent (Curateur public du Québec, 2002 cité dans Bélanger & Beaulieu, 2006; 62) ». Ainsi, ces professionnels ont différentes logiques spécifiques d'action qui sont partiellement partagées, mais ayant chacune leur pivot. Pour sa part, le travailleur social joue un rôle important en ce sens où il est appelé à observer directement la personne âgée dans son environnement (Couturier & coll., 2006).

En ce qui concerne l'inaptitude, une personne peut être déclarée soit inapte partiellement ou totalement aux biens, lorsqu'on évalue qu'elle n'est plus en mesure, de façon temporaire ou permanente, de s'occuper de ses biens, soit inapte à la personne partiellement ou totalement, quand on évalue qu'elle n'est plus capable, de façon temporaire ou permanente, de prendre soin d'elle-même, ou à la fois, inapte aux biens et à la personne (Bélanger & Beaulieu, 2006). Le processus d'évaluation de l'inaptitude compte quatre composantes, soit la composante fonctionnelle, la composante causale, la composante systémique et la composante décisionnelle qui ont ainsi été définies par Grisso (1994). La composante fonctionnelle réfère à l'évaluation des difficultés vécues par la personne. Ces difficultés d'ordre fonctionnel peuvent notamment avoir un impact sur les activités de la vie quotidienne et domestique de la personne âgée ou encore entraver ses habiletés nécessaires à une prise de décision (Geneau, 2005). À ce titre, il serait erroné de croire que la sévérité des déficits cognitifs est invariablement un indicateur fiable de l'inaptitude. Dans ce domaine, plusieurs cas de figure sont possibles. On peut, par exemple, considérer une personne atteinte de démence légère inapte à décider pour ses biens parce qu'elle présente un manque important d'autocritique. Une autre, dont les déficits cognitifs sont plus sévères, sera reconnue apte à décider pour ses biens parce que, pleinement consciente, elle pourra recourir à des moyens compensatoires efficaces, par exemple, en ne « signant » rien sans la présence de ses enfants (Geneau, 2005). Une personne âgée peut également être reconnue inapte à prendre certaines décisions et apte à en prendre d'autres. L'appréciation de l'inaptitude nécessite que le contexte spécifique à la demande d'évaluation soit pris en compte. Un majeur pourrait donc être évalué inapte à gérer ses biens en raison d'une incapacité à résoudre des problèmes complexes, tout en

étant considéré apte à décider de la personne à qui, il souhaite en confier l'administration. Il est donc important de préciser quelles sont les décisions concernées par l'inaptitude (Geneau, 2005). En ce qui a trait à la composante causale, il est nécessaire que la cause de l'inaptitude soit précisée. À ce titre, il peut s'agir par exemple d'un syndrome démentiel ou d'un état confusionnel aigu. Notons qu'une opinion pronostique doit être émise. S'agit-il d'une condition traitable? Doit-on s'attendre à une détérioration (Geneau, 2005)? La composante systémique fait référence à l'importance d'évaluer ici les exigences environnementales, tant humaines que physiques, auxquelles la personne majeure doit faire face et qui risquent de la placer en position vulnérable relativement à certaines décisions (Geneau, 2005). À ce titre, une personne âgée peut très bien souffrir d'un désordre mental et être quand même considérée apte à prendre une décision. Une erreur commune est de conclure qu'un majeur est nécessairement inapte du fait qu'il souffre, par exemple, d'une démence de type Alzheimer. Pour conclure à l'inaptitude, l'impact du désordre mental sur les capacités nécessaires à prendre la décision en question doit être apprécié par les différents intervenants (Geneau, 2005). Parce qu'une incapacité résultant d'une condition pathologique n'entraînera pas les mêmes conséquences chez deux sujets âgés, il est indispensable pour l'évaluateur d'obtenir toutes les informations concernant l'environnement de la personne, la gestion de son budget, son patrimoine, le soutien qu'elle reçoit de son entourage, la possibilité d'abus et toutes autres informations de nature psychosociale (Geneau, 2005). Dans ce contexte, le travailleur social apparaît comme l'évaluateur pertinent et le témoin crédible de cette quotidienneté auquel il a un accès, sans être intéressé sur le plan financier ou impliqué sur le plan émotionnel (Couturier & coll., 2006). On comprend ici toute l'importance du rôle du travailleur social dans l'évaluation de l'inaptitude, puisque celui-ci est appelé à observer directement la personne âgée dans son environnement. Ainsi, lorsque la personne âgée vit dans un milieu aidant et protecteur, une inaptitude présumée cliniquement n'appellera pas forcément l'enclenchement automatique du processus de détermination de l'inaptitude (Couturier & coll., 2006). De façon tendancielle, nous disent Couturier & coll., la preuve objective ou directe est donc d'abord psychomédicale, alors que le témoignage du travailleur social apporte un renforcement circonstanciel à cette preuve, démontrant que la mesure objective des diverses pertes cognitives se reflète bien dans l'effectivité de la vie quotidienne du principal intéressé, la personne âgée (Couturier & coll., 2006). Linzer (2002) fait remarquer l'importance de considérer l'aptitude à décider comme étant presque toujours

spécifique à certaines tâches et pouvant être fluctuante dans le temps et l'espace. Une personne peut très bien être confuse dans un hôpital qui peut représenter pour la personne âgée un lieu étranger et intimidant et très bien fonctionner à domicile. Il se peut également que l'évaluation qui a lieu au domicile soit trompeuse du fait que les incapacités de la personne peuvent être camouflées par le fait qu'elle se trouve en terrain familier où la famille et les routines familiales sont susceptibles de rendre difficilement accessibles à l'intervenant les niveaux de compréhension, d'indépendance à juger et d'aptitude à prendre des décisions (Linzer, 2002). Pour Linzer, les professionnels qui interviennent auprès de la personne âgée ne devraient pas se poser la question à savoir si la personne est compétente, mais bien si elle est capable. En effet, nombreuses sont les personnes qui peuvent échouer un test global d'évaluation de la compétence, mais qui pourraient passer un test d'aptitude dans certains domaines de la vie quotidienne (Linzer, 2002). Il va sans dire que la détermination de l'inaptitude est un acte difficile qui implique souvent une part de subjectivité. À ce sujet, Linzer souligne le danger pour les travailleurs sociaux de considérer un refus de services comme une indication de l'inaptitude de la personne âgée (Linzer, 2002). Il ne faut pas non plus confondre inaptitude et "personnalité originale". Dans certains cas, des personnes âgées courent le risque de se voir déclarée inapte à prendre des décisions du fait qu'elles étaient brusques et particulièrement solitaires ou encore, irrégulières dans leurs décisions (Linzer, 2002). Enfin, la composante décisionnelle s'exprime par la question suivante : considérant l'incapacité résultant d'une pathologie et s'actualisant dans un certain environnement, la personne majeure est-elle à ce point à risque qu'il soit nécessaire de la protéger en la reconnaissant inapte? Nous touchons ici le dilemme fondamental entre paternalisme et autonomie. Si l'évaluation de cette composante demeure aisée dans plusieurs cas, elle peut se révéler ardue lors de situations qui mettent les intervenants face à un conflit éthique où ils devront décider laquelle des deux orientations est préférable à l'autre, dans une situation déterminée. Comme nous le dit Geneau (2005), c'est évidemment au tribunal que revient la responsabilité de trancher en cas de litige. Cependant, en ce qui concerne cette dernière composante, nous pensons que ce serait une erreur de sous-estimer le "pouvoir" ou plutôt la responsabilité du travailleur social impliqué dans un tel processus (Geneau, 2005). Il est à noter que contrairement aux régimes de tutelle et de curatelle, le besoin de protection ne constitue pas une condition essentielle à l'homologation du mandat en cas d'inaptitude du fait que celui-ci est réputé

exprimer manifestement la volonté d'une personne d'être protégée dès que son inaptitude est prouvée (Le point informations, juin 2002).

Dans une étude dont l'objectif était d'examiner l'influence de différents déterminants sur le degré d'autonomie supporté par les travailleurs sociaux concernant des personnes âgées vulnérables vivant dans la communauté, Healy (1998) a trouvé que les travailleurs sociaux intègrent activement une variété de perspectives et de facteurs dans leurs prises de décisions cliniques/éthiques. Par contre, il apparaît que lorsque la personne âgée démontre des déficits physiques et cognitifs, sa confusion devient un facteur primordial dans la prise de décision éthique des travailleurs sociaux par rapport à la détermination de l'inaptitude (Healy, 1998). Dans son étude, Healy a aussi démontré la difficulté pour les travailleurs sociaux à juger de l'importance de chacun de ces facteurs lorsqu'ils doivent déterminer la capacité de la personne âgée à prendre des décisions (Healy, 1998). Selon elle, la confiance des travailleurs sociaux en leurs évaluations par rapport à la capacité de la personne âgée à prendre des décisions pourrait être liée à la consistance de leurs jugements cliniques/éthiques, le manque de formation adéquate et le fait de sous-estimer l'importance de développer des habiletés pourraient amplifier les tensions éthiques liées aux jugements inconsistants. Elle conclut son étude en insistant sur l'importance pour les travailleurs sociaux œuvrant dans les programmes de maintien à domicile de développer une expertise en ce qui a trait à l'évaluation de la capacité à prendre des décisions et la nécessité pour les chercheurs de s'intéresser à la manière dont les travailleurs sociaux qui interviennent dans la communauté auprès de personnes âgées vulnérables évaluent le degré de capacité à prendre une décision (Healy, 1998).

1.1.1.2 Entre autonomie et autodétermination, dignité et protection, bienveillance et paternalisme : Enjeux psychosociaux et éthiques impliqués dans la détermination de l'inaptitude

Comme nous l'avons précédemment souligné, une partie de la difficulté à évaluer l'inaptitude provient du fait que les dimensions sociales s'objectivent beaucoup moins aisément que les dimensions médicales. Les critères pragmatiques au cœur du jugement clinique des travailleurs sociaux, qui sont d'une haute complexité clinique, se caractérisent par leur idiosyncrasie irréductible. Ils sont forcément *ad hoc*, et *hic et nunc*, avec une

validité clinique non objectivable. L'évaluation psychosociale devrait venir conforter les logiques dures de l'évaluation médicale et de la procédure. En effet, celle-ci permet une certaine ouverture dans le traitement des questions complexes, notamment en accordant une place importante à la personne âgée et à ses proches (Couturier & coll., 2006). Le plus important des dilemmes éthiques que rencontrent les professionnels en intervention psychosociale est certainement celui qui oppose le respect de l'autonomie de la personne âgée et la protection sociale des aînés les plus vulnérables (Bélanger & Beaulieu, 2006). Ainsi, le travailleur social se retrouve généralement au cœur des tensions éthiques entre la possibilité de favoriser l'autonomie et la volonté de protéger celle-ci. Les risques sont, d'un côté, d'engendrer une sorte d'indifférence par une attitude de non-ingérence et de l'autre, de bafouer les droits des personnes déclarées incapables par une attitude d'ingérence excessive qui peut engendrer l'autoritarisme (Pauzé & Gautier, 2009).

Les travailleurs sociaux qui interviennent en maintien à domicile ont l'habitude de gérer les tensions éthiques qui concernent le plus souvent le degré de soutien que l'on peut apporter à la personne âgée vulnérable pour la préservation de son autonomie et de son auto-détermination. Autrement dit, quel niveau de risque peut-on tolérer pour une personne vulnérable (Healy, 2003)? Le travailleur social intervient constamment selon ces deux principes qui sont tout aussi centraux en travail social soit, l'autonomie et la bienfaisance. Healy utilise le terme d'"éthique de tous les jours" ("everyday ethics" dans le texte) pour qualifier ces tensions avec lesquels le travailleur social jongle constamment. Selon elle, celui-ci, au risque de voir ses idéaux s'effriter sans qu'il ne sache ni quand ni comment cela s'est fait, devrait avoir une profonde conscience de ces tensions qui sont à la fois subtiles et insidieuses (Healy, 2003).

Le concept d'autonomie fait référence au pouvoir de la personne à agir, choisir et former des opinions et est en lien direct avec le droit de chaque individu à choisir librement pour lui-même. Pour que ce choix soit réel, il doit être fait librement et sur la base d'une réelle compréhension de la situation et non pas sur la base d'un sentiment de résignation ou de contrainte. L'absence de contrôle d'autrui et l'absence de limitations personnelles représentent un idéal du concept d'autonomie que l'on ne retrouve dans les faits que très rarement. Le concept d'autonomie n'implique pas que la personne doit être en total contrôle en toute circonstance et libre de toute influence extérieure ou contrainte. Selon Linzer (2002), l'autonomie s'exprime plutôt dans le choix rationnel de la personne entre

différentes alternatives clairement définies et comprises par la personne (Linzer, 2002). En travail social, le concept d'autonomie implique que la participation de la personne soit facilitée par l'intervenant (Healy, 2003). Ainsi, le travailleur social a l'obligation d'exposer au client une information complète et des alternatives viables parmi lesquelles choisir. De plus, il doit s'assurer que la décision de son client soit prise, le plus possible, en dehors de toute influence indue ou de toute forme de coercition (Linzer, 2002).

Le principe de la bienfaisance, de son côté, fait référence au souci pour la sécurité. Selon ce principe, le travailleur social a l'obligation morale de s'assurer du meilleur intérêt de la personne (Healy, 2003). Ce principe basé sur la réciprocité se veut une réponse aux bénéfices que nous recevons des autres ; par exemple, nos parents, notre conjoint(e) ou encore, nos amis. Pour Linzer (2002), un premier fondement de la bienfaisance suppose que la personne puisse en retirer des bienfaits, et un second demande à ce qu'il y ait un équilibre entre les bénéfices attendus et les risques encourus (Linzer, 2002). En effet, il y a certainement un danger à agir selon le principe de bienfaisance sans égard à celui de l'autonomie. À ce titre, Beaulieu et Leclerc mentionnent le risque de perturber l'état de la personne âgée et ce, même si son état cognitif est altéré (Beaulieu & Leclerc, 2006). En effet, les actions posées au nom du principe de bienfaisance peuvent être perçues comme blessantes et ressenties par la personne âgée comme étant une intrusion dans sa vie et son intimité (Linzer, 2002). Il arrive également certaines situations où les actions posées selon le principe de bienfaisance deviennent du paternalisme.

Linzer (2002) définit le paternalisme comme le fait d'intervenir en dépit des souhaits de la personne. Le paternalisme peut également s'exprimer par fait d'agir en utilisant la coercition, la déception, la rétention d'information ou encore, dans l'intérêt d'une tierce personne. On peut parler de paternalisme lorsque le travailleur social tente d'aider un client sans son consentement. Bien qu'il soit considéré comme un affront à la dignité et à l'indépendance de la personne par son caractère coercitif et intrusif, il n'en reste pas moins que le paternalisme peut s'avérer nécessaire dans certaines situations. En effet, certaines interventions menées sans l'accord ou contre la volonté de la personne peuvent être justifiées par le principe de bienfaisance afin d'améliorer la qualité de vie de la personne. On peut citer trois raisons qui chez le majeur peuvent justifier une attitude paternaliste : le fait d'intervenir dans le but de prévenir un acte irréversible comme le suicide, outrepasser

temporairement la volonté de la personne dans l'objectif de lui assurer une liberté et une autonomie future et finalement, lorsqu'il s'agit d'une personne inapte (Linzer, 2002).

L'une des questions auxquelles le travailleur social est couramment confronté dans le cadre de ses interventions auprès de la clientèle en perte d'autonomie concerne la légitimité de l'influence du travailleur social sur son client. En effet, l'influence du travailleur social sur son client peut-elle compromettre le principe d'autodétermination? Pour Linzer, la distinction entre une influence induite et une influence appropriée se détermine dans l'attitude du travailleur social envers son client. Le travailleur est-il respectueux envers la dignité de celui-ci ou tente-t-il de faire prendre une décision que la personne n'aurait pas volontairement choisie (Linzer, 2002). Moody (1889) parle d'une éthique de la dignité à laquelle les intervenants devraient être particulièrement sensibles afin de mieux faire face aux choix tragiques qui surviennent dans leurs interventions avec les personnes en fin de vie (cité dans Linzer, 2002). Cependant, comment déterminer l'action qui va réellement dans le sens de la préservation de la dignité de la personne âgée? En effet, l'éthique de la dignité peut supporter une action menée en fonction du principe d'autonomie tout comme celui de la bienfaisance. Prenons en exemple un travailleur social qui, sous prétexte d'assurer la sécurité du client, se sentirait obligé d'offrir des services malgré la volonté de ce dernier. Celui-ci pourrait défendre que ces interventions sont justifiées par le principe de bienfaisance. Cependant, ces interventions, qui peuvent constituer une atteinte à l'autonomie de la personne et une imposition de valeurs qui sont propres au travailleur social, pourraient également être perçues comme une omission de son devoir d'aider son client à prendre des décisions éclairées pour lui-même (Linzer, 2002). La première question qui surgit en intervention concerne le fait d'agir ou de ne pas agir. Bien que l'on ne puisse conclure *ipso facto* à l'illégitimité de l'intervention paternaliste, on ne peut écarter le fait que dans certains cas une intervention autoritaire peut placer la personne âgée et les services à risque (Beaulieu & Leclerc, 2006). Pour Smith (2010) la déconstruction des interprétations et des utilisations contemporaines du concept de « gestion du risque » incarnées par une forme autoritaire de l'évaluation et de la prise de décision montre que celui-ci peut être considéré comme un véhicule du maintien et de la légitimation des relations de pouvoir qui oppressent les personnes les plus vulnérables et les privent dans l'exercice de leurs droits civils. Agir selon le principe de bienfaisance sans égard à l'importance de respecter l'autonomie de la personne âgée peut faire en sorte que

cette dernière se sente sérieusement affligée, et ce, même si son état cognitif est affecté. Les situations qui génèrent le plus de doutes et de maladresse sont certainement celles qui concernent des personnes âgées vulnérables dont l'aptitude à prendre une décision est incertaine. Ce questionnement, dont la prévalence semble importante dans l'intervention auprès des personnes âgées maltraitées, amène implicitement les intervenants à une réflexion éthique qui les force à se positionner par rapport à leurs interventions avec plus de solidité, et ce, à partir du moment où ils perçoivent le problème jusqu'à ce qu'ils fassent le constat des conséquences de l'action ou de la non-action dans l'existence de toutes les personnes concernées par le problème en passant par la décision d'agir ou non. Bref, les intervenants ont à prendre position par rapport à toutes les dimensions de l'action (Beaulieu & Leclerc, 2006).

Dans les cas où la question des mauvais traitements se superpose à la question de l'inaptitude, l'affrontement opposant les principes éthiques d'autonomie et de bienfaisance acquiert une dimension encore plus importante (Bélanger et Beaulieu, 2006). Lorsqu'il est question d'abus soupçonné ou avéré, le processus de détermination de l'inaptitude de la personne âgée dans le cadre des régimes de protection soulève nombre de questions éthiques qui peuvent être particulièrement complexes. Le travailleur social qui doit prendre des décisions dans une situation où il y a abus ou suspicion d'abus envers la personne âgée doit tenir compte du fait que son intervention risque d'être vécue par la personne âgée comme un abus pire que celui dont l'intervenant tente de la protéger. De plus, il doit considérer que celui-ci peut dériver d'erreurs de perceptions, de manques d'informations ou encore, d'incompréhensions par rapport à la situation globale de la personne âgée. Ainsi, des conflits de perceptions par rapport à la façon dont une personne âgée devrait vivre et les obligations de la famille envers la personne âgée et ce, tant entre la personne âgée et son ou ses aidants qu'entre la personne âgée, ses aidants et les divers professionnels. Le travailleur social, qui se retrouve face à une situation d'abus probable ou avérée envers une personne âgée dont l'inaptitude est soupçonnée ou évidente, devrait prendre en compte ses propres valeurs et positions par rapport à ces questions, afin de distinguer ce qui relève de difficultés relationnelles entre l'aidant et la personne âgée et d'une situation d'interdépendance de ce qui constitue une situation d'abus sur laquelle il doit intervenir.

Nous avons choisi cette typologie présentée par Landau (1998) car elle décrit selon nous l'abus envers la personne âgée dans toutes ses dimensions en référant notamment au concept d'auto-négligence. Les types de violences dont elle fait mention sont : l'abus physique (violence physique), l'abus psychologique ou émotif, l'abus financier et les autres types d'exploitations matérielles, l'abus par négligence et enfin, l'auto-négligence (self-neglect) qui découle du manque de désir ou de compétence de la personne âgée à rencontrer ses propres besoins de base.

Selon ce qui ressort des diverses études sur l'abus envers les personnes âgées, celles qui sont les moins à risque d'être victimes de violence, d'exploitation ou de négligence sont celles qui sont pleinement compétentes sur les plans physique et cognitif et qui sont en pleine possession de leur vie. En effet, beaucoup de personnes âgées qui sont capables mentalement préfèrent, si elles en ont les moyens, payer pour obtenir des services privés plutôt que d'être dépendantes des membres de leur famille ou d'amis. Il apparaît aussi que dans la plupart des cas où une personne extérieure à la famille a dénoncé l'abus envers la personne âgée, celui-ci s'est révélé être véritable (Landau, 1998).

La négligence envers les personnes âgées est un concept difficile à définir compte tenu des différentes interprétations par rapport à sa nature. Dans certains cas, il est très difficile pour le professionnel de déterminer si la personne âgée est effectivement ou non victime d'abus. De plus, il semble que chaque organisation et groupe de professionnels ait développé sa propre définition de ce qui doit être considéré comme étant de l'abus envers un aîné (Landau 1998). Il peut donc s'avérer extrêmement difficile pour un travailleur social de déterminer si, oui ou non, il s'agit d'un cas d'abus qui nécessite effectivement le recours à un régime de protection.

Il existe selon les études certaines caractéristiques qui contribuent à rendre les personnes âgées susceptibles d'être plus à risques d'abus. En effet, le fait d'être une femme issue d'une minorité ethnique, d'être âgée de plus de 75 ans, d'être plutôt isolée, d'avoir des pertes cognitives sévères et d'avoir une mobilité limitée serait des facteurs aggravant le risque d'abus (Landau, 1998). Cependant, le fait d'avoir une personne répondant à ces critères de vulnérabilité comme cliente justifierait-il le fait d'entamer des démarches pour que cette personne puisse éventuellement bénéficier d'un régime de protection ou, de déterminer de la nature de ce régime ou par exemple, s'il doit s'agir d'un régime privé ou

public? Le fait de mener une évaluation dans l'optique de déterminer si oui ou non la situation dans laquelle se trouve la personne âgée requiert ou non l'ouverture d'un régime de protection et la nature de celui-ci implique, dans certains cas, pour le travailleur social, d'outrepasser les principes du respect de la vie privée de la personne âgée ou de ses proches et de la confidentialité. Le travailleur doit donc décider si la situation mérite, malgré le risque d'erreur, que ces principes soient partiellement mis de côté au profit de la justice sociale et de l'équité.

Les personnes âgées peuvent être victimes autant de l'abus d'un membre de leur famille que d'une personne payée pour prendre soin d'elles ou encore croiser accidentellement une personne mal intentionnée. Cependant, un cas nous apparaît être plus problématique pour le travailleur social en ce qui concerne le processus de prise de décision dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée. Il s'agit des cas où l'agresseur est en fait l'aidant principal de la personne âgée, souvent un membre de la famille qui vit avec elle. Comme le rapporte Landau, dans certains cas, l'abus peut être le résultat des grandes difficultés vécues par l'aidant. En effet, celui-ci doit composer au quotidien avec la perte d'autonomie de la personne âgée. Ces aidants peuvent vivre leur rôle d'aidant comme un fardeau physique et mental extrêmement stressant. Dans une étude de Cooney et Wrigley menée en 1996, sur vingt-six aidants de personnes âgées atteintes d'une démence, 31% ont admis avoir abusé ou avoir été négligents envers la personne dont ils avaient soin, le plus souvent en raison du comportement inapproprié ou de problème d'incontinence de cette dernière (Landau, 1998). Ces résultats nous ramènent à la question de l'aide externe qui est souvent déficiente ou du moins insuffisante dans certaines situations. Malheureusement, comme nous le rappelle Diane Lavallée (2007), curatrice publique, le maintien à domicile québécois est toujours marqué par un sous-financement chronique. Il va sans dire que, trop souvent, la perte d'autonomie de la personne âgée représente pour la famille une hausse du fardeau financier, car certains services offerts gratuitement en hébergement public ne sont pas subventionnés, ou le sont dans une moindre mesure. Par ailleurs, il semble que ces cas impliqueraient la plupart du temps des aidants souffrant eux-mêmes de problèmes mentaux et sociaux sérieux nécessitant aide et support (Landau, 1998). Le travailleur social qui se retrouve impliqué dans de telles situations pourrait être confronté à certaines questions éthiques. En effet, qui devrait être le client principal dans telle situation? Devrait-on aider d'abord l'aidant ou l'aidé? Quelle est l'intervention appropriée? Recommander un régime

de protection pour la personne âgée au risque de générer des conséquences qui soient encore plus dommageables pour la personne et son aidant, ou alors, tenter de maintenir la relation en essayant d'apporter le support nécessaire pour mettre fin ou minimiser le plus possible la situation d'abus et ce, en prenant le risque que la situation ne se perpétue ou n'empire.

Comme le souligne Landau, la question de la détermination peut soulever plusieurs questions éthiques pour les professionnels, surtout lorsque l'on tient compte du fait que l'état physique et mental d'une personne n'est pas toujours uniforme et stable (Landau, 1998). Pourtant, il n'est pas rare qu'une personne soit déclarée inapte et recommandée pour un régime de protection à la suite d'une crise qui a nécessité une hospitalisation. Prenons par exemple le cas des personnes recommandées par les centres hospitaliers de courte durée qui réfèrent des personnes âgées au CLSC dans le cadre du Programme de désengorgement des hôpitaux, communément connu sous le nom de PHPE (Programme d'hébergement pour évaluation, autrefois connu sous le nom de Programme 68). Les personnes qui sont référées dans le cadre de ce programme mis en place par l'Agence, sont souvent peu connues du CLSC, voir inconnues du travailleur social qui doit, dans certains cas, se prononcer rapidement sur l'orientation qui doit être prise en ce qui concerne la protection de cette personne. En effet, qui devrait pouvoir se prononcer sur la compétence d'une personne âgée? Sur quelle base? En accord avec les valeurs de qui? À ce titre, nous trouvons intéressant de rapporter les propos d'une travailleuse sociale avec qui nous avons eu l'occasion de nous entretenir des dilemmes éthiques soulevés par la question des régimes de protection chez les personnes âgées. Celle-ci s'inquiétait de sa légitimité à prendre une décision pour la personne alors qu'elle n'avait qu'une connaissance que très partielle de la personne et de son environnement. Comme le souligne Landau (1998), l'idée que l'intervenant se fait de la responsabilité familiale ainsi que ses propres attitudes envers la vieillesse et la déficience auront certainement une influence sur son processus de prise de décision. C'est pourquoi les professionnels devraient tenir compte de ces éléments et considérer les possibles différences culturelles entre leur propre contexte (« background » dans le texte) et celui de la personne âgée (Landau, 1998). La pratique, comme Beaulieu & Leclerc (2006) le soulignent, dépend de nombreux facteurs objectifs et subjectifs :

The representation practitioners have of the dynamics of mistreatment concerning older adults, along with their expertise in the field, determine their practice as well

as their perception of the effectiveness of the interventions. A lack of knowledge or experience can lead to inactivity or a sense of pity for the elderly person (Saveman et al., 1997). In some cases, practitioners adopt a more neutral position, waiting for the situation to evolve instead of being proactive. In such cases, practitioners' inaction may generate emotions of distress within them. The complexity of the mistreatment situation creates feelings of failure, guilt or ineffectiveness (Saveman, 1992). The latter can provoke counter-transference; for instance, the practitioner will not agree to intervene as a result of the client's refusal, when in fact it is the practitioner's attitude during the intervention that brings the client to retreat (Bergeron, 1999).

Beaulieu, M. & Leclerc, N., 2006; 165

1.1.1.3 Des problèmes éthiques difficiles à résoudre : Les difficultés auxquelles les travailleurs sociaux se heurtent dans l'exercice de leur jugement clinique et dans la prise de décision éthique.

L'importance accordée à la reconnaissance des droits fondamentaux des personnes en matière d'intégrité physique et de consentement aux soins dans notre société fait que le travailleur social appelé à participer à l'ouverture de régimes de protection du majeur doit développer une expertise multidimensionnelle. Celle-ci doit toucher tant les aspects cliniques que légaux de la situation problématique sans compter les caractéristiques de la dangerosité (Courcelles, 2003). D'une part, il semblerait que les connaissances des travailleurs sociaux des dispositions législatives et la compréhension des conséquences juridiques de leur intervention pour la personne âgée seraient le plus souvent limitées (Couturier & coll., 2006) et d'autre part, le travailleur social se retrouve confronté à différentes logiques d'action (logique juridique et procédurale, logique médicale, logique psychosociale, logique pragmatique) dont il doit tenir compte dans le processus d'évaluation. Ceci nous amène à aborder la position difficile dans laquelle se trouve généralement le travailleur social qui oscille entre la possibilité de favoriser l'autonomie de la personne et la volonté de protéger celle-ci (Pauzé & Gautier, 2009). Cet affrontement, opposant les principes éthiques d'autonomie et de bienfaisance, prend toute son importance lorsque par exemple, il s'agit de dossiers impliquant des personnes âgées dont l'aptitude semble suspecte (Bélangier et Beaulieu, 2006). La multiplicité des variables dont doit tenir compte le travailleur social lorsqu'il se retrouve dans une telle situation nous a conduits à

nous questionner sur le processus à travers lequel le travailleur social se positionne lorsqu'il se retrouve confronté à des dilemmes éthiques par rapport à la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée.

En effet, on peut se demander pour qui ou dans le meilleur intérêt de quel acteur les recommandations des évaluations de l'inaptitude sont-elles formulées? Pour la personne âgée, pour ses proches, pour les professionnels qui l'évaluent ou pour quelqu'un d'autre (Bélangier et Beaulieu, 2006)? En plus de devoir gérer leurs propres conflits de valeurs tant au niveau des valeurs professionnelles que personnelles, les travailleurs sociaux doivent tenir compte de celles du client et de son entourage. Ces différentes logiques d'action sont donc non seulement basées sur les valeurs personnelles et culturelles du travailleur social, de la personne âgée, de son entourage, de l'équipe interdisciplinaire (Doyle, Miller, & Mirza, 2009) ainsi que des institutions concernées. Il va sans dire qu'il peut exister des différences significatives dans les systèmes de valeurs de ces parties (Doyle, Miller, & Mirza, 2009). Comme le rapportent Kadushin & Egan (2001), plus il y a de personnes impliquées, plus la résolution du dilemme peut s'avérer compliquée.

Des recherches ont fait mention de la relation significative qui existe entre la présence de dilemmes éthiques et le nombre de parties impliquées dans les congés qui sont donnés de l'hôpital (Kadushin & Egan, 2001). Une étude de Kadushin et Egan publiée en 2001 est venue confirmer l'importance de comprendre la perspective de chacun des acteurs impliqués dans les conflits éthiques qui surviennent dans le cadre de programmes de maintien à domicile et suggère que les conflits éthiques pourraient impliquer la prise en compte de l'intérêt de plusieurs de ces acteurs (Kadushin & Egan, 2001). En dépit du fait que la défense de l'intérêt de son client soit considérée comme l'un des premiers engagements des travailleurs sociaux, il n'en reste pas moins que ceux-ci doivent généralement composer avec les intérêts des autres membres de la famille et de l'équipe multidisciplinaire, sans compter les impératifs financiers ou autres de l'organisation pour laquelle ils travaillent, et qui est, elle-même, aux prises avec les impératifs du système de santé en général. Kadushin et Egan ont trouvé une relation entre l'augmentation du nombre d'acteurs impliqués et la fréquence des conflits éthiques survenant dans les programmes de maintien à domicile. Une même relation a été trouvée en ce qui a trait à la difficulté à résoudre ces conflits. Ceci pourrait s'expliquer par l'exacerbation des différences entre les diverses perspectives professionnelles ou encore des rôles joués par ces différents acteurs

dans l'organisation, qui ont chacun leurs priorités lorsque survient un conflit éthique (Kadushin & Egan, 2001). À ce titre, de la même façon que le travailleur social peut rapidement relever une opposition entre les valeurs affichées d'une famille et celles partagées par la personne concernée, celui-ci pourrait être tiraillé entre ses propres valeurs axées sur l'autodétermination et la vision plus paternaliste d'une équipe traitante (Pauzé et Gautier, 2009). Dans le même esprit, Lamoureux (2003) nous rappelle que bien que selon lui la première responsabilité du travailleur social est de tenter de mettre ses valeurs collectives de référence en phase avec sa manière de les normaliser ou de les actualiser, il s'agit là d'une opération complexe, surtout quand celle-ci se heurte à la médiation d'idées qui s'affrontent. En ce sens, l'idéologie étant de l'ordre de la représentation, il arrive parfois que l'idée d'une valeur, par exemple le bien-être, ne soit pas l'idée que l'autre se fait de cette valeur. Ainsi, la compréhension que s'en fait le travailleur social peut être différente de celle du client ou du médecin (Lamoureux, 2003). Il se peut également que ce soit les valeurs personnelles en tant que telles qui se heurtent à celles de l'autre ou à une éthique collective qui se traduit par un univers normatif conçu pour le plus grand nombre (Lamoureux, 2003).

En ce qui concerne les désaccords qui peuvent survenir entre les différents professionnels impliqués dans le processus d'évaluation de l'inaptitude, Bélanger & Beaulieu (2006) soulignent que les tensions se manifestent surtout dans les dossiers qui ne sont pas clairs et où subsistent des zones grises concernant l'aptitude de la personne évaluée. Il arrive par exemple que le travailleur social penche pour l'inaptitude partielle alors que le médecin penche pour l'inaptitude totale. Dans ce contexte, les valeurs personnelles des intervenants guident les pratiques et influencent grandement la prise de décision finale (Bélanger & Beaulieu, 2006). En effet, la littérature montre que les médecins préconisent les solutions paternalistes tandis que les travailleurs sociaux ont tendance à mettre l'accent sur des actions misant sur l'autonomie de la personne (Bélanger & Beaulieu, 2006). Bélanger et Beaulieu soulignent que certaines interrogations des travailleurs sociaux peuvent survenir par rapport à l'engagement des médecins dans les activités reliées à l'évaluation. Autrement dit, les médecins y mettent-ils le temps et l'énergie nécessaire? Une question fréquente concerne la façon dont les médecins sont habilités à évaluer une personne dont une grande partie de l'histoire médicale et psychosociale leur demeure inconnue (Bélanger et Beaulieu, 2006)?

Beaulieu & Chiasson (2005) qui se sont intéressées au vécu des intervenants psychosociaux travaillant auprès des aînés maltraités ont constaté que ces derniers s'interrogeaient de façon particulière sur leur pouvoir en tant qu'intervenants (Beaulieu & Giasson, 2005). De façon similaire, Beaulieu & Leclerc (2006) se sont questionnés à savoir quelle était la marge d'action des intervenants au sein de l'organisme par lequel ils étaient engagés (Beaulieu & Leclerc, 2006). Beaulieu & Giasson (2005) rapportent que nombreux sont les intervenants qui font état des obstacles liés à leur contexte de pratique. Parmi ceux-ci, on retrouve notamment le manque de soutien clinique et professionnel, l'absence de lieux pour discuter les difficultés éthiques rencontrées dans la pratique, le manque de ressources financières et humaines disponibles ainsi que le fait que les décisions ne soient pas toujours prises en équipe interdisciplinaire et dans un climat qui soit non menaçant. Dans un tel contexte, quelle est la part d'autonomie professionnelle de l'intervenant? Quel pouvoir peut-il exercer pour contribuer à la résolution d'une situation problématique? Selon Beaulieu & Giasson (2005), les enjeux éthiques découlent directement des réalités professionnelles et organisationnelles (Beaulieu & Giasson, 2005). D'une part, plus les contours de la pratique sont définis, plus grande est l'autonomie. D'autre part, un faible degré d'autonomie professionnelle serait associé à des sentiments négatifs tels que la peur, l'impuissance, le déni, le retrait, le stress, l'impression de subir de la part de ses pairs, de l'organisation, de l'entourage ou encore de la société et de ce fait, à un accroissement du risque d'épuisement (Beaulieu & Giasson, 2005).

En 2009, Landau publiait une étude sur la perception des travailleurs sociaux par rapport à l'importance de leur contribution à l'identification de la résolution des dilemmes éthiques en milieu hospitalier. Landau s'est notamment intéressée à la façon dont la relation entre le travailleur social et les autres membres de l'équipe soignante affectait le processus de décision éthique (Landau, 2009). Cette étude est venue confirmer les résultats de Csikai & Sales (1998) à l'effet que les travailleurs sociaux avaient tendance à considérer leurs rôles de représentation et d'« advocacy » envers leurs clients et leur famille comme étant prioritaires par rapport à celui de représentant de l'équipe interdisciplinaire et de l'institution. Il en était de même par rapport aux rôles d'arbitre et de médiateur entre les patients, leur famille et l'institution (Landau, 2009). Les résultats de Csikai & Sales (1998) ont également été entérinés en ce qui concerne l'importance que s'attribuaient les travailleurs sociaux en tant que membre de l'équipe interdisciplinaire dans le processus de décision éthique ainsi que par rapport au fait que ces derniers considéraient comme faisant

parties intégrantes de leur rôle le fait d'informer sur les ressources existantes dans la communauté, le soutien du client et de sa famille, l'accompagnement des clients dans leur processus de prise de décision autonome et finalement, le fait de contribuer non seulement à la longévité, mais aussi à la qualité de vie (Landau, 2009). Par rapport à la rivalité travailleurs sociaux versus médecins, ces deux études ont également fait état du fait qu'il y a souvent au sein de l'équipe interdisciplinaire une vision médiocre des travailleurs sociaux contrairement à celle des médecins, ce qui contribuerait à réduire l'influence des travailleurs sociaux sur le processus de prise de décision éthique (Landau, 2009).

Martinez (2008) a également souligné ce manque de reconnaissance du métier du social. Pour Landau (2009), ces résultats démontrent que les travailleurs sociaux peuvent prendre l'initiative par rapport à leur propre prise de pouvoir dans le processus de décision éthique en éduquant leurs collègues sur la spécificité de leur rôle ainsi qu'en s'efforçant de développer leurs relations avec les autres membres de l'équipe impliqués dans le processus de décision éthique. Banks et Williams (2005) soutiennent que les connaissances des travailleurs sociaux sont issues de plusieurs sources, dont la formation professionnelle, la socialisation informelle ainsi que l'expérience acquise au sein des organisations pour lesquelles ils ont œuvré. Ainsi, ces derniers ont souligné l'intérêt d'explorer le dilemme éthique, non pas par la présentation de cas exemplaires provenant de la littérature, qui cherchent à répondre à des questions de jugement moral telles : « Que devrais-je faire? » ou « S'agit-il d'une action juste et bonne? », mais plutôt, d'examiner la façon dont les travailleurs sociaux exposent, en tant qu'agents moraux, les détails de leur vocabulaire conceptuel, leur construction des contextes organisationnels dans lesquels se posent leurs actions, leurs conceptions, ainsi que leurs valeurs professionnelles et morales. De cette façon, il devient possible de comprendre la nature de leur réflexion en ce qui a trait à leurs actions, aux raisons, aux motivations et aux émotions impliquées (Banks et Williams, 2005).

Les valeurs fondamentales du travail social (solidarité, respect, autonomie, charité) et l'éthique professionnelle sont à la base de la pratique. Selon Kugelman (1992), le manque de fondation des valeurs serait à la base d'une dérive apathique des intervenants qu'elle illustre par ce commentaire d'un travailleur social: « But I think what happens in the system is that people tend to say, 'this shouldn't be, but I know to resist it would be an

exercice in futility. (Kugelman, (1992) ; 72)» Les codes d'éthique ont été développés afin d'orienter le processus de décision éthique en incorporant l'articulation des valeurs de base, des principes éthiques et des standards éthiques (Nothdurfter & Lorenz, 2010, Kugelman, 1992). Les principes dans les codes d'éthique en travail social ne sont pas toujours présentés dans le même ordre. Certains principes réfèrent à des aspirations, d'autres jouent davantage le rôle de recommandations ou encore de préférences. Ces principes ne doivent pas être vus comme des impératifs auxquels tout travailleur social devrait se conformer de manière rigide (Levy, 1993). Les études suggèrent que les codes d'éthique ne constituent pas à l'heure actuelle la principale source en ce qui a trait aux prises de décisions complexes qui surviennent dans la pratique (Nothdurfter & Lorenz, 2010, Kugelman, 1992) et qu'ils seraient plutôt influencés par l'expérience du travailleur social, le type d'éducation reçu, particulièrement en ce qui concerne l'acquisition des valeurs, le type de supervision dont il bénéficie ainsi que par ses valeurs personnelles (Doyle, Miller & Mirza, 2009). Cependant, il est à noter que selon cette même étude, la formation en éthique s'est avérée être un facteur ayant une certaine influence sur le processus de prise de décision éthique (Doyle, Miller & Mirza, 2009). Freud & Krug sont également d'avis que bien que nécessaire, l'utilisation des codes d'éthique est loin d'être suffisante pour prendre une décision qui comporte un problème éthique et argumentent que ceux-ci sont plus souvent utilisés à titre d'outils de gestion du risque. En effet, ils servent en quelque sorte de guides pour la pratique et ne sont pas nécessairement compatibles avec l'idéal de justice sociale vers lequel le travail social devrait tendre (Freud & Krug, 2002). Doyle, Miller & Mirza (2009) soulignent, dans leur étude exploratoire menée auprès de membres de la NASW sur les facteurs reliés au processus de décision éthique, l'importance de considérer les impacts du contexte socio-culturel (Doyle, Miller & Mirza, 2009, Beaulieu & Leclerc, 2006). L'ethnicité apparaît être un facteur déterminant en ce sens où les valeurs professionnelles sont de manière générale puisées à même les valeurs véhiculées dans la culture dominante, ce qui mettrait en doute l'existence de l'universalité des valeurs de base du travail social (Doyle, Miller, & Mirza, 2009). En ce sens, Freud & Krug (2002) évoquent le fait que les codes d'éthique sont issus d'une philosophie et d'une éthique trouvant ses racines dans la culture occidentale. Découlant directement de la tradition rationaliste que l'on peut faire remonter à Aristote, celle-ci postule pour un agent moral autonome qui, à travers le raisonnement abstrait, peut découvrir et appliquer les principes pertinents à un problème éthique donné. Il s'ensuit que certaines valeurs généralement

acceptées des travailleurs sociaux pourraient ne pas être partagées de certaines personnes, groupes ou communautés issus d'une culture qui auraient différents standards éthiques. De plus, bien que les codes d'éthiques aient pour mission d'offrir des principes qui se veulent universels, ceux-ci ne mènent pas nécessairement à des interprétations universelles. Ceci nous amène à aborder l'importance des croyances et des valeurs personnelles dans le processus de décision éthique. Une recherche d'Osmo et Landau (2006) indique que même si les travailleurs sociaux semblent attacher beaucoup d'importance aux principes éthiques professionnels, leurs valeurs personnelles pourraient jouer un rôle important dans leur processus de décision éthique (Osmo et Landau, 2006, Doyle, Miller, & Mirza, 2009).

Les contraintes liées à la structure de la prestation des services dans l'organisation et au contexte social ont également leur importance dans le processus de prise de décision éthique du travailleur social. Comme le soulignent Beaulieu & Giasson (2005), on a assisté au cours de ces dernières années à de nombreux changements dans le système de santé et de services sociaux. Il n'y a qu'à penser aux coupures budgétaires récurrentes, à la rationalisation et restructuration des organisations, des programmes et des ministères. Ces changements se sont traduits en une insuffisance des transferts de ressources humaines et financières vers les CSSS, en un manque incontestable de coordination entre les principales instances ainsi qu'en une surcharge de travail entraînée par les soins à domicile prodigués à la clientèle ambulatoire par le personnel des CLSC (Conseil central des syndicats nationaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2000, cité dans Beaulieu & Giasson, 2005). Louise-Maude Rioux Soucy (2011) soulignait plus récemment dans un article publié dans *Le Devoir* et intitulé : *L'art de vieillir sans se déraciner*, les soins à domicile restent un domaine sous-développé au Québec. Plusieurs sont ceux qui estiment que le milieu est mûr pour un profond virage. L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), est de ceux qui réclament de « nouveaux modèles évolutifs et adaptables ». Selon Rioux Soucy, le gouvernement Charest n'a eu d'autre choix que de se mettre au diapason en annonçant un investissement de 50 millions de dollars et en faisant du maintien à domicile la priorité de son plan de services aux aînés. Cependant, cette annonce du gouvernement fait preuve de tiédeur selon ses détracteurs (Rioux Soucy, 2011). Il va sans dire que ce manque de ressources a un impact direct sur les services dispensés par les travailleurs sociaux au PPALV ainsi que sur leur processus de prise de décisions éthiques. Dans leur revue de littérature, Beaulieu & Leclerc (2006)

rapportent les conséquences du manque de ressources et de temps en ce qui concerne la gestion des cas difficiles, tels les cas de maltraitance chez les personnes âgées. Ces contraintes contribueraient notamment au fait que les professionnels impliqués ont tendance à passer à d'autres leurs propres responsabilités par rapport à la situation, et à la création de tensions non seulement au sein de l'équipe interdisciplinaire, mais également pour la personne victime de mauvais traitement du fait qu'elle aurait ainsi plus de chances d'être orientée dans plusieurs directions (Matlaw & Mayer, 1986; Browdie, 1993; Spencer, 1998 cités dans Beaulieu & Leclerc, 2006). Le manque de ressources dans les services de maintien à domicile serait également lié à l'adoption de solutions inappropriées ou non sécuritaires (Sonntag, 1995, cité dans Beaulieu & Leclerc, 2006). En effet, ce manque de ressources peut se traduire par une pression pour prendre des décisions rapidement, un manque de formation et de connaissances par rapport aux enjeux éthiques en lien avec la détermination de l'inaptitude ainsi qu'un manque de soutien clinique et professionnel et de lieux où mener des discussions éthiques, réduisant ainsi la capacité du travailleur social à réfléchir rigoureusement à sa pratique et à tenter de la conceptualiser. Le contexte organisationnel peut également avoir un impact sur l'identité professionnelle des travailleurs sociaux notamment par le fait qu'il contribue à en faire une pratique plus ou moins autonome (Fortin, 2003 cité dans Beaulieu & Giasson, 2005). McDermott (2010), dans une étude portant sur les jugements portés par des professionnels de la santé sur des cas d'auto-négligence commise par des personnes âgées, a trouvé que la perception du risque qu'avait l'intervenant était aussi influencée par le contexte organisationnel. Ainsi, ceux qui travaillaient au sein d'une organisation dont la mission principale était d'offrir des soins de santé se montraient plus concernés par les risques découlant de l'auto-négligence alors que ceux travaillant dans la communauté étaient plus préoccupés par les risques associés à la saleté. Ceux davantage préoccupés par les risques liés à l'auto-négligence croyaient qu'il était plus important d'intervenir dans les situations où l'incapacité de la personne âgée était avérée alors que la majorité des intervenants basés dans la communauté considéraient que les risques associés à la saleté seule constituaient pour eux une obligation d'intervenir. Ces résultats suggèrent que l'expérience par rapport aux risques est à la fois socialement et culturellement influencée par le contexte organisationnel.

1.1.2 Les grandes tendances théoriques en matière d'éthique professionnelle

Les discours éthiques sont caractéristiques de la société occidentale contemporaine. Les préoccupations sociales liées aux réflexions éthiques des organisations, qu'elles soient publiques ou privées, sont croissantes. Cet intérêt va de pair avec celui grandissant pour les valeurs portées par les différentes pratiques professionnelles ainsi qu'avec celui pour les divers cadres axiologiques destinés à guider les actions individuelles ou collectives. (Beaulieu & Giasson, 2005). Pensons à notamment à l'éthique des affaires, à la bioéthique, à l'éthique de la recherche sur les sujets humains ou encore à la consommation éthique ou responsable (Lopez, 2009). Le travail social ne fait pas exception en ce domaine. Il est indéniable que la profession du travail social est marquée à la fois par l'éthique, la morale et la déontologie. En fait, pour Lamoureux, la pratique du travail social « ne saurait être autre chose qu'une quête incessante de cohérence entre l'idée que nous nous faisons collectivement de nous-mêmes à titre de société et la traduction de cette idée dans la vie quotidienne (Lamoureux , 2003: 2) .» Yeung et al. (2009) vont dans le même sens en faisant valoir que la pratique du travail social est nécessairement la résultante de jugements de valeurs et de décisions éthiques et donc, que le processus de décision éthique est un des éléments majeurs du curriculum en service social. Cette recherche de cohérence éthique entre les valeurs humaines et sociales et la réalité, se réalisera en fonction des grands repères idéologiques qui font consensus dans notre société (Lamoureux , 2003). Pour bien faire comprendre notre propos, nous exposerons dans cette partie les principaux concepts liés aux processus de prises de décisions éthiques en travail social.

Il importe de faire la distinction entre l'enjeu, le problème et le dilemme éthiques. L'enjeu éthique fait référence à l'objet de discussions théoriques suscitées par des développements scientifiques ou des changements dans les pratiques. Par définition, cet objet éveille pour l'intervenant des conflits au niveau de ses valeurs. En s'intéressant à un programme d'évaluation et de traitement psycho-gériatrique mis en place par des infirmières dans la communauté à Baltimore, St-Arneau (2009) a identifié que les nouveaux enjeux éthiques dans le domaine de la santé étaient : l'établissement d'une alliance thérapeutique versus le droit au refus de traitement; la protection de la confidentialité versus la protection du client, l'arrêt de traitement versus les bénéfices apportés ainsi que la protection de l'autonomie versus l'application de la bienfaisance (cité dans St-Arneau, 2009). Pour Hugman et Smith (1995), l'enjeu éthique en travail social se situe fréquemment au niveau

des principes de justice sociale et de bien commun sur lesquels repose le système de santé et de services sociaux ainsi que sur celui du pouvoir professionnel du travailleur social en relation avec l'accès aux services pour l'utilisateur. Le problème éthique pour sa part concerne le conflit de valeurs qui se manifeste lorsque le sens de l'intervention visant le bien-être du client se trouve menacé, voire nié (St-Arneau, 2009). Le problème éthique survient lorsque le travailleur social perçoit la situation comme porteuse d'une décision morale difficile alors que la décision à prendre est claire pour lui (Hugman et Smith, 1995). Prenons par exemple le cas d'une cliente âgée de 92 ans, vivant seule, diagnostiquée avec un léger trouble neurocognitif, un trouble de délire de persécution et d'autres problèmes de santé physique qui auraient pour effet de diminuer son niveau d'autonomie. Devant les mises en échec quasi systématiques des interventions menées par les membres de l'équipe de maintien à domicile, ceux-ci risquent fort de se sentir dépourvus quant à leur pouvoir d'action ou d'accompagnement et juger qu'un milieu de vie protégé serait plus approprié. On peut dire que les intervenants font face à un problème éthique. Enfin, le dilemme éthique fait référence au problème éthique impliquant un choix entre deux cours d'actions qui sont éthiquement justifiés et qui s'excluent mutuellement. Choisir l'un, c'est donc nécessairement aller à l'encontre des valeurs et des normes qui appuient l'autre cours d'action (Beauchamp & Childress, 2001). Autrement dit, le dilemme éthique apparaît lorsque le travailleur social se retrouve devant l'obligation de faire un choix entre deux options impliquant un conflit de valeurs et où, le bon choix n'est pas clair pour lui ou lorsque toutes les alternatives envisageables risquent de créer une situation indésirable pour la ou les personnes concernées (Hugman et Smith, 1995).

1.1.2.1 L'éthique et le travail social

Pour Vial (2005), le travail social est avant tout « la mise en acte, dans une intervention, du lien social, dans un échange, pour la reliance¹ » où chacun voit sa position par rapport à

¹ Concept d'abord utilisés par Roger Clause (1963) et Maurice Lambilliotteune (1968) qui correspond en partie au besoin d'appartenance sociale ou selon l'expression de Clause au besoin « d'appartenir à une communauté dont on partage ou refuse le sort heureux ou malheureux ». Lambilliotteune lui a donné un sens légèrement différent en en faisant un concept essentiellement du domaine de l'expérience intérieure, une quête de l'Unité de la vie (Bolle de Bal, 2003). Bolle De Bal donne la signification suivante dans un article qu'il y consacre en 2003: « créer ou recréer des liens, établir ou rétablir une liaison entre une personne et soit un système dont elle fait partie, soit l'un de ses sous-systèmes.»

l'autre se transformer tout au long de l'échange. Le travailleur social dont le travail est de mettre en œuvre le lien social se retrouve au cœur d'un double enjeu à savoir les processus d'autonomisation et de socialisation. En effet, d'une part, son rôle est d'accompagner le développement des potentialités de son client et d'autre part, en se référant à ce qui est socialement acceptable et à ce qui ne l'est pas, c'est-à-dire la norme, le travailleur social s'inscrit dans une logique de contrôle. Vial propose donc de parler d'éthique de la relation où les problèmes abordés n'ont pas pour but ultime d'être résolus, mais plutôt de faire l'objet de problématisations et d'apprentissages. « L'éthique est vécue comme fragments discontinus, surgissements dialectiques en situation entre les décisions à prendre [...] et les savoirs situés dans un milieu historique, éprouvé par l'expérience (Vial, 2005: 5)».

Vivre un dilemme éthique, c'est se sentir vulnérabilisé par la non-réponse, l'inquiétude ou l'incertitude. Afin de porter un jugement éclairé sur la situation et de prendre position dans l'intérêt de la personne âgée impliquée dans le dilemme éthique, le travailleur social cherche en lui et à l'extérieur de lui des balises claires et précises afin de déterminer ce qu'il convient de faire. Il s'agit d'un effort de raisonnement par lequel le travailleur social traite, conserve, récupère ou utilise les informations dont il dispose (Richard, 2008).

Le travailleur social qui se retrouve confronté à un dilemme éthique issu de l'accompagnement d'une personne âgée qui est socialement vulnérable, risque fort d'éprouver un certain bouleversement, des remises en question et des prises de conscience lourdes de sens (Richard, 2008). En effet, les difficultés auxquelles il doit faire face dans l'exercice de son jugement clinique et dans la prise de décision éthique sont souvent sources de malaises et de problèmes éthiques difficiles (Beaulieu & Giasson, 2005). Comme le souligne Richard, « il y a différentes façons de vivre le choc provoqué par l'accompagnement d'autrui, il y a différentes façons de faire face à ce choc (attitudes) et d'y répondre sur le plan des objectifs dans les interventions et les conditions du rapport qu'ils veulent instaurer avec l'autre, les autres et l'organisation. (Richard, 2008: 215) »

Bourgeault se propose de poser « quelques jalons d'une éthique de la responsabilité faisant place à l'incertitude et à la reconnaissance de l'ambiguïté de l'action. (Bourgeault, 2003a: 92) » Pour lui, l'ambiguïté est inhérente à l'intervention sociale en acte en ce sens peu

importe la direction que l'on souhaite lui faire prendre, l'intervention conduira toujours là où on n'avait pas prévu aller. C'est pourquoi l'intervenant doit renoncer à son statut d'expert omniscient qui est en fait, selon Bourgeault, une imposture. L'intervenant doit compter sur l'apport des personnes auprès desquelles il intervient, et ce, non seulement dans l'évaluation que dans l'intervention. De plus, l'intervenant a un devoir de vigilance exigeant de lui qu'il renonce à la défense des certitudes, qui ne peuvent être qu'illusoire. Bref, l'intervenant doit apprivoiser l'incertitude tout en valorisant la recherche et la découverte de l'erreur, de la faille:

L'ambiguïté est le lieu en quelque sorte naturel de l'éthique. Quand tout est simple et clair, le bon sens suffit... ou le droit. Surgit l'éthique lorsque, en état de conflit et de guerre déclarée, il faut faire la paix : lorsque, en situation d'injustice, au cœur des dynamiques sociales d'exploitation et d'exclusion, il faut faire œuvre de justice. Mais comment pourrait-on faire la paix et construire la justice sans participer à la guerre et aux conflits sociaux? La conscience de l'ambiguïté de sa situation, de son rôle, de ses actions peut aider l'intervenant social qui prend acte lucidement et loyalement à prendre les moyens pour réduire la part de « perversité » qui résultera de ses pratiques.

Bourgeault, 2003a: 104

Pour le travailleur social, le raisonnement désigne l'autonomie professionnelle dont il dispose au sein de l'organisation ou autonomie professionnelle en intervention psychosociale (identité et autonomie professionnelle) (Beaulieu & Giasson, 2005). Le raisonnement clinique sous-entend les processus de pensée et de prise de décision permettant au clinicien d'opter pour les actions qui lui apparaissent comme étant les plus appropriées dans un certain contexte de résolution de problème. Le raisonnement clinique « peut être considéré comme l'activité intellectuelle par laquelle le clinicien synthétise l'information obtenue dans une situation clinique, l'intègre avec les connaissances et les expériences antérieures et les utilise pour prendre des décisions (Nendaz & coll., 2005 cités dans Richard 2008). Le raisonnement clinique est lié au processus de pensée et de prise de position. Il s'ensuit que le but ultime du raisonnement est d'orienter la conduite humaine ou dans le cas qui nous intéresse, l'exercice du travailleur social. De ce fait, « en tant que réaction organisée » pouvant être communiquée et extériorisée, le raisonnement clinique

devrait, en principe, pouvoir être démontré et sa conduite justifiée par le travailleur social. Autrement dit, le travailleur social, par la prise de conscience des opérations par lesquelles il perçoit, connaît, analyse, comprend, juge et traite les faits obtenus lors de son évaluation de l'aptitude de la personne âgée, devrait pouvoir répondre à la question : pourquoi avoir pris une telle position (Richard 2008) ?

Dans une certaine vision dominée par la pensée gestionnaire, l'éthique de l'action et de la responsabilité viserait une objectivation des conduites, une responsabilisation des sujets menant à une optimisation des résultats ou l'amélioration des pratiques. Ainsi, le problème éthique est construit pour être résolu (téléologie, pensée par objectifs). Dans le cadre d'un ordre professionnel ou d'une organisation, les vertus telles l'altruisme, la justice, la prudence, le courage, la tempérance sont conçues comme des moyens de contrôle sur le sujet dont il convient de se méfier. En effet, ici le « facteur humain » est perçu comme une source d'erreurs. L'action rationnelle ne serait donc possible que grâce à l'autocontrôle, qui permettrait selon cette vision de l'éthique d'éviter les dérives du désir (Vial, 2005).

Les théories de l'action rationnelle réfléchies dans la logique de contrôle, dans la prise de décision rationnelle et la résolution de problèmes omettent de considérer que toute action est aussi re-création, voire invention et que bien que nécessaire, le contrôle ne peut être l'essentiel (Vial, 2005). Plutôt que de parler d'action rationnelle, nous parlerons d'agir professionnel que nous définirons comme étant « le lieu d'investissements symboliques participant à la dynamique identitaire, en situation ». L'agir ne peut dès lors se réduire à la prise de décisions rationnelles dans la résolution de problèmes. (Vial, 2005). Cette idée implique que l'éthique soit au cœur même de la profession de travailleur social où la rationalité de ce dernier est par définition, limitée.

Dans cette perspective, l'agir suppose « un retravail de principes généraux, d'une réévaluation partielle et toujours inanticipable à partir des contraintes et des expériences de toute activité humaine dans lesquelles ces principes ont à prendre un corps par un « travail des valeurs », un « retravail des valeurs par ces expériences incorporées » (Schwartz, 2001 cité dans Vial, 2005: 4). Ceci implique que l'éthique ne peut en aucun cas être objectivable et qu'à ce titre, il convient de parler d'expérience éthique où le sujet, à partir des fluctuations, des opacités, des contradictions fluctuantes de l'activité, se met en processus d'auto-questionnement. Ce processus fait fois du débat intérieur du sujet qui, à travers un

travail de valeurs, oscille entre normativité (ce qui correspond à la norme) et normalisation (rendre normal) (Vial, 2005). Ceci nous amène à aborder les principales théories éthiques des quelles sont issues les principes, les valeurs, les normes et les règles qui influencent le comportement éthique des travailleurs sociaux.

1.1.2.2 Les fondements philosophiques du comportement éthique

Les normes et les pratiques éthiques des travailleurs sociaux ont été sensiblement influencées par les idées et les notions de la philosophie morale. En effet, ces idées et ces notions sont appliquées quotidiennement aux questions et aux dilemmes éthiques rencontrés par les travailleurs sociaux, par le biais de l'éthique professionnelle. Il existe, dans le domaine de la philosophie morale, une variété considérable de théories éthiques. Or, en ce qui a trait au raisonnement concernant la prise de décisions éthiques basées sur des principes d'actions, deux théories sont prépondérantes, à savoir la théorie fondée sur l'éthique kantienne et celle fondée sur l'utilitarisme. Elles sont souvent décrites comme des systèmes éthiques normatifs ou encore comme des méthodologies d'application des notions éthiques à la prise de décisions pratiques (Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, 2006). Selon l'éthique kantienne, une action ou une décision peut être considérée éthique sur le plan moral si celle-ci est fondée sur le respect de la personne et des principes moraux transcendants qui sont dictés par la raison (Pullen-Sansfaçon & Cowden, 2012). Quant à la théorie utilitariste, souvent décrite comme étant une sorte d'éthique conséquentialiste, elle propose que la moralité d'une action soit évaluée en fonction des conséquences qui émaneront de cette action (Pullen-Sansfaçon & Cowden, (2012). Les différents codes professionnels auxquels sont assujettis les travailleurs sociaux tiennent compte de l'influence exercée aussi bien par la théorie kantienne que par la théorie utilitariste. Bien qu'il y ait une véritable volonté pour que les idées et les notions extraites des diverses théories éthiques soient intégrées aux différents codes d'une manière cohérente et ce, afin de répondre le mieux possible aux besoins de la profession, il n'est pas rare qu'un cas précis fasse intervenir plus d'un principe. Dans certains cas, ces principes entrent en conflit les uns avec les autres. Comme mentionné précédemment, ces cas de figure appellent les professionnels à une véritable réflexion éthique et à un choix difficile sur les valeurs (Meacham, 2007). En ce qui concerne les grandes théories éthiques, on peut également mentionner l'éthique de la vertu. Il s'agit d'une théorie éthique normative de plus en plus répandue depuis les années 1970. En lien étroit avec la théorie

aristotélicienne selon laquelle les vertus morales telles la justice, la sobriété et la prudence représentent un juste milieu entre deux vices, l'éthique de la vertu met l'accent sur le développement des bonnes dispositions des gens comme l'équité et la compassion et que, par tradition, on désigne comme étant des vertus. Autrement dit, l'éthique de la vertu est une approche morale qui ne prend pas en considération l'action ou la raison de l'action, mais qui met plutôt l'emphase sur l'importance des « traits de personnalité » comme produit d'un fin équilibre entre le vice et l'excès (Pullen-Sansfaçon, 2009). Les travailleurs sociaux doivent ainsi avoir un sens bien développé de ce qu'exigent des vertus comme l'intégrité et le respect et y donner suite dans leurs interventions (Pullen-Sansfaçon, 2009). Un autre concept cher à la pratique du travail social est celui de l'empathie. Malgré le fait que les travailleurs sociaux reconnaissent de façon générale l'importance de ce concept, il se trouve que sa signification s'avère souvent problématique. En se basant initialement sur les travaux de Gilligan (1982/1993), il est aujourd'hui reconnu que la compréhension tacite du sens et de la nature de la relation travailleur social – client peut avoir un impact significatif sur le processus de prise de décision éthique (Arnd-Caddigan et Pozzuto, 2009). Dans la perspective de l'éthique du care, le terme empathie ou « thirdness » pourrait donc être compris comme un trait de caractère ou une vertu qu'il est souhaitable, pour les travailleurs sociaux, de cultiver afin de promouvoir une pratique éthique. À ce propos, Arnd-Caddigan et Pozzuto (2009) soutiennent que « the social worker in a care-giving role must base his or her ethical decisions on an empathic position ».

1.2. La pertinence sociale de la recherche et objectifs de la recherche

Malgré sa complexité et son essentialité, peu de recherches ont exploré de façon systématique le processus de décision éthique en travail social en général (Doyle, Miller, & Mirza, 2009) et en éthique de la protection en particulier (Graton, 2002). De plus, la plupart des articles qui explorent le processus de prise de décision éthique sont basés sur les aspects théoriques de la décision éthique (Doyle, Miller, & Mirza, 2009). Selon Beaulieu & Giasson (2005), les seuls qui peuvent tenter de conceptualiser leur pratique sont les travailleurs sociaux eux-mêmes. Voilà pourquoi il nous a semblé pertinent d'aborder ce processus par une analyse du rationnel derrière la décision éthique des travailleurs sociaux. Pour Doyle, Miller & Mirza (2009), le fait de développer une

meilleure compréhension des schèmes de pensées et les rationnels impliqués dans les décisions éthiques des travailleurs sociaux s'avère être un enjeu critique pour la pratique future du travail social. Pour Healy (1998), il s'avère déterminant pour les travailleurs sociaux de s'intéresser à la prise de décision éthique en ce sens où le développement d'une telle expertise est en lien direct avec la confiance de ces derniers en leur jugement professionnel, l'intensité des tensions éthiques qui surviennent dans la pratique ainsi que le fait de clarifier leur rôle parmi les professionnels de l'équipe interdisciplinaire, notamment dans le processus de détermination de l'inaptitude.

Le but de cette recherche est donc d'accroître notre compréhension du processus de prise de décision du travailleur social dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur. D'une manière plus spécifique, cette étude consiste à retracer et à théoriser, par l'analyse de sa logique d'action, le processus à travers lequel le travailleur social se positionne lorsqu'il se retrouve confronté à des dilemmes éthiques par rapport à la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée. Plus concrètement, nous chercherons à explorer le vécu des travailleurs sociaux par rapport :

- aux dilemmes éthiques associés au processus de prise de décision dans la détermination de l'inaptitude;
- aux éléments qui influencent le processus de prise de décision (tels les principes, attitudes, valeurs professionnelles, valeurs personnelles, croyances, paramètres contextuels, rôle joué par l'individu);
- au rationnel associé au processus de prise de décision (finalités associées à l'action).

C'est ainsi qu'après s'être penchés sur les différents écrits et études qui ont porté sur le parfois difficile processus de prise de décision du travailleur social dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection ainsi que sur la question éthique, nous nous efforcerons, dans les pages qui suivent, à démontrer l'utilité d'utiliser l'individualisme méthodologique tel que présenté par Raymond Boudon et lui-même inspiré de l'interactionnisme de type wébérien comme cadre d'analyse des actions des travailleurs sociaux. Nous montrerons comment ce modèle qui tient compte de la complexité du rationnel derrière la décision, en incluant le contexte socio-culturel, politique et institutionnel peut être qualifié de sociologie néoclassique de l'éthique, permettant de visualiser l'éthique comme objet d'analyse sociale en reconnaissant que

l'expérience éthique individuelle est inconcevable en dehors des rapports sociaux et de l'appropriation individuelle des systèmes normatifs partagés.

CHAPITRE 2

La stratégie méthodologique de la recherche

Dans la présente partie, sera présentée la méthodologie de recherche choisie afin de saisir, à partir de la réalité vécue et exprimée par les travailleurs sociaux, le processus à travers lequel ceux-ci se positionnent lorsqu'ils se retrouvent confrontés à des dilemmes éthiques par rapport à la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée. Dans un premier temps, présenterons notre perspective théorique de recherche. Dans un second temps, nous rendrons compte de la nature de la recherche et du positionnement épistémologique qui animait le questionnement et le type de regard que l'on souhaitait porter sur la réalité de l'étude. On abordera ensuite le contexte de la recherche, à savoir les modalités de l'échantillonnage. Seront exposées, dans un troisième temps, les démarches de collecte de données et la stratégie d'analyse retenue pour donner un sens aux données recueillies, soit l'analyse structurale. Finalement, quelques limites de la recherche seront présentées.

2.1 Perspective théorique de recherche : L'individualisme méthodologique de Raymond Boudon

Contrairement à la sociologie contemporaine qui ne traite de l'éthique qu'en tant que processus subjectifs ou réflexifs (Lopez, 2009), la sociologie classique a fait des sentiments moraux un sujet essentiel. Les sentiments moraux, sous l'influence de mouvements influents, tels le marxisme ou le structuralisme qui ont imposé un modèle d'homo sociologicus soumis à l'action de forces culturelles ou sociales, semblent avoir pratiquement disparu des courants dominants de la sociologie actuelle (Boudon, 2004). Ainsi, alors que Durkheim et Weber se sont inspirés de la conception de Kant où l'individu est pensé comme un être capable d'autonomie, nombreux sont les sociologues contemporains qui considèrent l'acteur social fondamentalement hétéronome, c'est-à-dire soumis à des forces exogènes et donc, pour ces derniers l'autonomie que prêtait la tradition philosophique à l'acteur social ne serait que le produit d'une illusion (Boudon, 2004). Lopez parle d'un malaise des sociologues par rapport à l'éthique comme objet de recherche sociologique possible qui serait en partie lié au fait que l'éthique est abordée à

partir de l'opposition hétéronomie/autonomie. Cette conception rendrait difficile l'appréhension d'une expérience éthique dépendante d'un travail de rationalisation préalable réalisé ailleurs, dans des conjonctures et rapports sociaux déterminés. Ce malaise expliquerait en partie l'essor des approches actuellement dominantes, abordant l'éthique comme « phénomène subjectivisant » (Lopez, 2009).

Ainsi, pour tenter de comprendre le processus de positionnement éthique du travailleur social dans le processus de détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur, il nous a semblé pertinent de se référer à l'analyse du comportement des acteurs selon le paradigme de l'individualisme méthodologique tel que présenté par Raymond Boudon et lui-même inspiré de l'interactionnisme de type wébérien. C'est pour la richesse de ce paradigme et le fait qu'il offre une méthode d'analyse de l'adhésion du sujet social aux valeurs (jugements de valeur) et l'origine des sentiments moraux, que nous avons opté pour le modèle cognitif de Raymond Boudon (Asogba, 1999b). Autrement dit, la sociologie défendue par Boudon s'inscrit dans une perspective propre de l'individualisme méthodologique qui permet de visualiser l'éthique comme objet d'analyse sociale (Lopez, 2009) en opposition au sociologisme et à l'holisme. Pour les tenants du sociologisme, l'autonomie de l'agent social ne serait qu'apparente et donc, celui-ci peut être traité comme étant passif alors que pour ceux de l'holisme, ce sont d'abord les structures qui expliqueraient les actions des individus. Pour Boudon, l'homme est avant tout un être réflexif capable de résoudre rationnellement les problèmes posés par son environnement, tant naturel que social (Clément, 1999). Pour Boudon, les modèles développés par la sociologie contemporaine pour expliquer l'adhésion de l'acteur social aux valeurs restent insatisfaisants puisqu'ils se limitent essentiellement à l'explication des valeurs instrumentales (Assogba, 1999). Boudon adhère à la notion de rationalité limitée, contrairement à des auteurs tels que Gordon Tullock, James Buchanan ou Mancur Olson pour qui l'action individuelle est toujours motivée par une rationalité déterminée, parfaitement libre de toutes pressions extérieures et souvent maximisatrice d'utilité (Raveau, 2003).

L'individualisme méthodologique est un concept qui a été développé par plusieurs auteurs, dont J. Schumpeter, et qui regroupe l'ensemble des méthodes utilisées pour analyser des phénomènes sociaux comme étant la résultante d'actions individuelles (Raveau, 2003). Dans les dernières années, les travaux de Raymond Boudon se sont concentrés sur la

défense d'un nouveau paradigme qu'il nomme : sociologie cognitive. Essentiellement, la sociologie cognitive constitue une version revisitée de l'individualisme méthodologique inspiré des travaux de Max Weber (Clément, 1999). Weber fut issu de la tradition allemande dans laquelle l'individu est pensé comme un être possédant une compétence inhérente lui permettant non seulement de distinguer le bien du mal, mais aussi d'utiliser sa rationalité (Kant), voire sa volonté (Nietzsche), pour transcender l'hétéronomie du monde naturel et social. Bref, c'est l'individu qui engendre un ordre normatif collectif par le biais de ses choix autonomes et le sens qu'il rattache à ses actions. Ainsi pour Weber, la reconnaissance de l'expérience éthique individuelle est impensable en dehors des rapports sociaux et de l'appropriation individuelle des systèmes normatifs partagés. La normativité est donc considérée comme étant un objet d'analyse essentiel. Cependant, même si pour Weber, la prise de décision de l'individu est consciente et responsable, la normativité n'est pas simplement située au niveau des valeurs volontaires et rationnellement choisies par l'acteur. C'est pourquoi, lorsqu'il présente dans *Économie et société*, sa typologie des actions, soit les actions rationnelles en finalité et celles traditionnelles, affectives et rationnelles en valeur, il insiste sur le fait que la plupart des actions quotidiennes sont du type traditionnel et affectif. (Lopez, 2009). Pour Weber, les intentions à l'origine des comportements ne peuvent donc être réduites à des rapports instrumentaux de moyens à fins (*Zweckrationalität*). En effet, un comportement peut également être considéré rationnel s'il est adapté à des valeurs (*Wertrationalität*) (Clément, 1999). Cette idée wébérienne de « rationalité axiologique » selon laquelle « les individus ont des raisons de croire à ce qu'ils croient, tant dans le domaine des jugements moraux que dans le domaine des jugements de réalité » (Coenen-Huther, 2001: 237) sera reprise et approfondie par Boudon qui en fera un postulat de rationalité de sociologie cognitiviste. En résumé, pour Weber, la normativité comme objet d'analyse doit être considérée en tant que réalité complexe et émergente, où les rapports sociaux sont hétérogènes et ne peuvent être réduits à une seule cause. Ce cadre analytique et conceptuel permet d'aborder l'éthique comme la résultante des rapports sociaux qui structurent l'espace d'action de l'acteur ou autrement dit, « la configuration ou la constellation spécifique d'une pratique normative » (Lopez, 2009: 39). C'est dans cette logique que Raymond Boudon affirme que, bien que l'action individuelle soit soumise à des contraintes sociales, cela n'implique pas que ces dernières déterminent l'action individuelle. Plutôt que de concevoir ces contraintes comme délimitant le champ du réel, ces contraintes sont vues comme délimitant le champ des

possibles. Ce n'est que par rapport aux notions corrélatives d'action et d'intention que la notion de contrainte prend son sens. De la même manière, ce n'est qu'en référence aux intentions et aux projets d'acteurs que la notion de structure sociale trouve sa signification. Un phénomène doit donc être analysé comme l'effet émergent résultant de l'agrégation de comportements individuels. Autrement dit, comprendre le social dans cette perspective, c'est analyser les rationalités des individus afin de saisir leurs « effets de composition », c'est-à-dire la façon dont l'ensemble des actions individuelles s'agrègent pour créer un phénomène social (Boudon, 2004).

Comprendre le rôle du travailleur social qui intervient dans le processus de détermination de l'inaptitude d'une personne âgée dans le cadre des régimes de protection du majeur nécessite donc d'analyser la rationalité de ce dernier en tant qu'acteur au sein d'un système d'interactions. Il nous faudra donc tenir compte dans notre analyse du fait que tout au long de son processus de décision, le travailleur social se trouve constamment en interactions avec d'autres acteurs concernés par la situation. Ceux-ci sont par exemple, le médecin chargé de l'évaluation médicale, le notaire ou les avocats impliqués dans le dossier, les représentants du curateur public, les membres de l'équipe multidisciplinaire au sein de son organisation (collègues infirmiers, ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc., et supérieurs hiérarchiques) sans oublier bien évidemment, le client et son réseau. Comprendre la logique d'action du travailleur social réclame également la prise en compte d'une multiplicité de contraintes auxquelles ce dernier est confronté et de l'ambivalence des normes auxquelles il doit faire face. À ce titre, Boudon souligne que toute organisation inclut un ensemble de rôles qui sont plus ou moins différenciés. Ceux-ci peuvent être définis comme étant des systèmes de contraintes normatives auxquelles les acteurs qui les détiennent doivent en principe se plier. Pour Boudon, le rôle définit une zone d'obligations et de contraintes corrélative d'une zone d'autonomie conditionnelle (Boudon, 2004) puisque les rôles ne sont jamais définis dans la réalité avec un degré de précision tel qu'il empêcherait toute place à l'interprétation. C'est ce qu'il identifie comme étant la variance des rôles et la première source de l'autonomie de l'acteur social. En effet, cette variance suffit à donner une dimension stratégique à tout système de relations des rôles, système qui définit un champ d'interaction stratégique (Boudon, 1979). Quant aux normes rattachées aux rôles, celles-ci sont fréquemment contradictoires. Cette ambiguïté généralement observable constitue une deuxième source fondamentale de l'autonomie des acteurs. Il faut

également noter que les rôles sont, de manière générale, des ensembles complexes composés de sous-rôles plus élémentaires et que les individus jouent le plus souvent des rôles multiples entre lesquels peut se produire des phénomènes d'interférence. La variance des rôles, l'ambivalence des normes qui « définissent » les rôles, le caractère composite de certains rôles et les interférences entre ces rôles introduisent dans les systèmes de rôles un jeu suffisant pour que l'existence d'une dimension stratégique soit toujours garantie et ce, peu importe le degré de minutie avec lequel les institutions définissent les éléments d'un système de rôles (Boudon, 1979). De plus, comme la découverte des normes attachées aux rôles se fait généralement pour l'acteur selon un processus graduel plus ou moins long et laborieux, celui-ci doit se fonder sur l'information qui est souvent tronquée et ambiguë. Aux incertitudes « objectives » des rôles, s'ajoute donc l'incertitude résultante de ce que l'information relative aux normes définissant les rôles est souvent difficilement accessible pour l'acteur (Boudon, 1979). Tous ces éléments contribuent au caractère ambigu du rôle du travailleur social dans le processus de détermination de l'inaptitude.

En effet, face aux institutions, aux situations et aux attentes d'autrui, le travailleur social se détermine à travers un processus de décision qui peut parfois être long et complexe (Perrenoud, 1998), particulièrement dans les cas controversés où l'aptitude de la personne âgée semble suspecte. Ainsi, c'est à partir des valeurs, des savoirs, des notions, des schèmes de pensée et d'évaluation dont il dispose que le travailleur social construit sa conduite. Il va sans dire que l'évaluation de l'inaptitude et la prise de décision concernant l'avenir de la personne âgée « entraîne[nt] de lourdes conséquences pour la personne déclarée inapte, notamment la perte de sa capacité juridique (c'est-à-dire la possibilité pour le majeur d'exercer lui-même tous ses droits), laquelle a pour effet de la placer en position de dépendance et de porter atteinte à son autonomie » (Bélanger et Beaulieu, 2006 ; 61). Il est donc attendu que chaque professionnel chargé de l'évaluation se base sur des critères pragmatiques et cliniques pour produire des rapports selon leur expertise et que, selon les exigences du curateur public, ces deux rapports concordent (Curateur public du Québec, 2004, cité dans Bélanger et Beaulieu, 2006). Dans ce contexte, le travailleur social, dont le rôle est d'observer directement la personne âgée dans son environnement, apparaît être l'évaluateur pertinent et le témoin crédible du fonctionnement au quotidien de la personne sans qu'il n'y ait d'intérêt sur le plan financier ou d'implication sur le plan émotionnel. Cependant, il nous semble incontournable de souligner le caractère irréductiblement

idiosyncrasique des critères pragmatiques au cœur du jugement clinique du travailleur social. En effet, contrairement aux dimensions médicales, les dimensions sociales ne s'objectivent pas aisément, d'où la grande complexité à porter son jugement clinique. (Couturier et coll., 2006)

La concept de rationalité limitée implique que l'acteur, en tant qu'acteur intentionnel, doté d'un ensemble de préférences, cherchant des moyens acceptables de réaliser ses objectifs, agit en fonction d'une information limitée et dans une situation d'incertitude puisqu'il est plus ou moins conscient du degré de contrôle dont il dispose sur les éléments de la situation dans laquelle il se trouve ou autrement dit, sur les contraintes structurelles qui limitent ses possibilités d'action (Boudon, 1977). La notion de rationalité doit donc être perçue comme étant dépendante de la structure des situations ainsi que de la position et des caractéristiques sociales des acteurs, éventuellement des valeurs auxquelles il croit. Il est souvent difficile pour l'acteur social de déterminer le choix susceptible d'aboutir aux conséquences les plus conformes à ses préférences du fait que les situations où l'acteur dispose d'assez d'informations pour faire un choix « optimal » sont très rares. En effet, « certaines situations de décisions sous des conditions d'incertitudes et certaines situations de décision sous des conditions d'interaction marquées par des oppositions dans les systèmes de préférence des acteurs tendent à produire des discordances entre objectifs et résultats obtenus » (Boudon, 2004). Les effets inattendus débordent fréquemment les intentions des acteurs et peuvent, par exemple, pousser les acteurs à adopter une stratégie garantissant un risque minimum, c'est-à-dire à se contenter des mesures dont on a le sentiment qu'on peut anticiper les conséquences ou autrement dit, à faire un choix « satisfaisant » (Boudon, 2004). Cette notion d'effet pervers, contraire aux projets des acteurs, pour laquelle Boudon a beaucoup plaidé, vient supporter sa vision de l'acteur intentionnel puisque sans intentionnalité, celle-ci n'aurait pas lieu d'être (Perrenoud, 1998). Bref, pour Boudon, *l'homo sociologicus* doit être considéré comme un acteur intentionnel, doté d'un ensemble de préférences, qui agit en fonction d'une information limitée et dans une situation d'incertitude, qui est plus ou moins conscient de son degré de contrôle sur les éléments de la situation et qui cherche des moyens acceptables de réaliser ses objectifs (Perrenoud, 1998). Ceci implique que le travailleur social se trouve irrémédiablement devant une information limitée et donc, dans une situation d'incertitude où il a plus ou moins conscience du degré de contrôle qu'il a sur celle-ci. Sachant cela,

pour quelle stratégie le travailleur social optera-t-il? Quelle valeur privilégiera-t-il? Le maintien de l'autonomie de la personne âgée, le respect de sa liberté ou la protection de cette dernière? Quelle finalité son évaluation visera-t-elle? Pour qui ou dans le meilleur intérêt de quel acteur les recommandations de son évaluation de l'inaptitude seront-elles formulées?

Pour Boudon, les raisons que peuvent invoquer les acteurs pour appuyer leur décision sont de deux ordres, soit normatif et cognitif (Coenen-Huther, 2001). L'ordre normatif fait référence à la rationalité instrumentale ou *cohérence téléologique*, qui implique que l'acteur soit fidèle à un principe fort en donnant une priorité à un argument d'efficacité supposée. La rationalité instrumentale permet au sujet social de prendre une position d'ordre « prático-éthique » (Assogba, 1999b). Prenons le cas d'un travailleur social qui, par manque d'informations, se retrouve dans une situation d'incertitude où il doit prendre une décision. Il pourrait décider de baser son action sur ce qu'il considère un choix « satisfaisant ». Par exemple, il pourrait décider de recommander la prise en charge totale de la personne âgée dont l'inaptitude totale aux biens et à la personne lui apparaît douteuse parce qu'il considère que son rôle est d'étayer les conclusions de l'évaluation médicale et qu'il se dit que de toute façon, la capacité cognitive de son client finira fort probablement par se détériorer au point où l'inaptitude totale ne fera plus de doute. Le fait que l'acteur soit fidèle envers et contre tout à un principe fort ne signifie cependant pas que son processus de décision se résume simplement à une évaluation de type utilitariste où il s'agirait pour celui-ci d'évaluer les conséquences favorables ou défavorables de son action (Coenen-Huther, 2001). D'une part, bien que pour Boudon les effets de la socialisation ne puissent être considérés comme étant les seuls déterminants de l'action, ceux-ci ne peuvent être éliminés de l'analyse du processus de décision. Il importe donc dans le cadre de notre recherche de prendre en compte non seulement le contexte, notamment institutionnel dans lequel il exerce, mais également au parcours de chacun des travailleurs sociaux que nous interrogerons. À ce sujet, nous dit Boudon : « Il va sans dire que les *intentions* de l'agent social peuvent, dans certains cas, être incompréhensibles si on ignore son passé. Il est évident que ces intentions sont généralement incompréhensibles si on ne tient pas compte des contraintes structurelles qui dérivent de sa position sociale. Mais il ne résulte en aucune façon de ces évidences que le comportement de l'agent social est déterminé. *Intelligible*, oui. *Déterminé*. Non. La distinction est fondamentale. Elle entraîne des

conséquences considérables du point de vue du fond comme celui de la méthode » (Boudon, 1997 cité dans Perrenoud, 1998). D'autre part, réduire la rationalité instrumentale au modèle utilitaire qui ramène l'adhésion aux jugements de valeur aux intérêts individuels ou collectifs (Assogba, 1999b) ne rendrait pas justice à la complexité du modèle. Pour mieux saisir ce modèle qui, selon Boudon, est applicable à toutes les situations où l'acteur tend à « trouver bon » l'ordre des choses qui lui profite, il faut plutôt se rapporter au fonctionnalisme. Celui-ci pose qu'une situation est considérée comme bonne par les individus lorsqu'elle facilite le fonctionnement d'un système auquel ils sont attachés. (Boudon, 1999). Ce modèle, bien qu'il ne puisse pas expliquer toutes les croyances appréciatives, explique, selon Boudon, de façon tout à fait satisfaisante bien des phénomènes axiologiques. (Boudon, 1999).

L'ordre cognitif faisant pour sa part référence à la rationalité cognitive ou *cohérence logique* permet au sujet social de prendre une position d'ordre « intellectuel-théorique » (Assogba, 1999b). Illustrons ce cas par le travailleur social qui déciderait de baser sa stratégie sur un choix « éthique », et ce, malgré une certaine conscience des effets non désirés susceptibles d'être engendrés par son action. À ce titre, pensons au cas où celui-ci déciderait, malgré une situation d'incertitude, d'utiliser son pouvoir pour prendre clairement position contre un aidant, ayant été choisi par la personne comme mandataire, qu'il soupçonne d'abuser de la personne âgée, et ce, parce que pour lui, le principe de protection prime sur tous les autres, notamment celui du respect de l'autonomie du client. D'une part, cette décision risque de briser la relation entre ce dernier et la personne choisie comme mandataire et ainsi la priver de ce qui est peut-être son seul aidant naturel. D'autre part, en prenant une telle décision, le travailleur social met en péril son propre lien avec son client et peut se voir ainsi condamné à l'impuissance par rapport au bien-être de celui-ci. Selon Boudon, l'individu qui raisonne selon cette approche, accepte un état de fait ne le concernant pas personnellement parce que cela lui paraît juste (Raveau, 2003). Par l'idée de rationalité cognitive, Boudon pose le principe selon lequel est rationnelle toute action dont l'observateur est en mesure d'identifier les bonnes raisons qu'a le sujet social de se comporter d'une telle façon. Ces bonnes raisons doivent nécessairement avoir un sens pour le sujet. Bien que ces raisons soient fondamentalement valides, l'application de celles-ci dépend toujours des situations. Du point de vue analytique, la notion de bonne raison suppose des « argumentations comportant au moins un énoncé localement (c'est-à-dire en

fonction du contexte) valide. Bien entendu, l'acteur dépourvu par définition de possibilités de distanciation peut ne pas avoir le caractère contextuel de tel énoncé. En d'autres termes, la notion de « bonne raison » suppose qu'on puisse se donner un observateur distancié capable de voir le caractère contextuel de l'argumentation de l'observé » (Boudon, 1995, cité dans Assogba, 1999b). En résumé, toute croyance est contextuelle. Ce n'est pas parce que l'individu a des raisons fortes de croire en quelque chose que ces raisons ne pourront pas être modifiées, si le contexte cognitif dans lequel il se trouve est différent. Ces raisons peuvent notamment se trouver modifiées en raison de paramètres de position (l'individu adhère à une opinion de par sa position sociale) et de paramètres cognitifs (ex. le niveau d'éducation développe les capacités d'analyse et l'esprit critique) (Raveau, 2003). Le modèle cognitiviste, tel que développé par Raymond Boudon, inclut la notion de « rationalité axiologique » (wertrationalität) parmi ses notions fondamentales et dont nous avons dit qu'elle s'inspirait des travaux de Max Weber. « [L]a rationalité axiologique repose sur le postulat selon lequel lorsque le sujet social porte un jugement de valeur, ce jugement est fondé dans sa pensée, consciemment ou métaconsciemment, intuitivement ou explicitement, sur un système de raisons, sur une théorie ou une doctrine que le sujet perçoit comme forts (Assogba, 1999b: 108) ». Ainsi, Boudon propose de « considérer que le sujet social n'a pas le seul souci de son intérêt ou des effets sur son bien-être des institutions sociales, mais aussi celui de donner une théorie acceptable de ce que sont une bonne société, un bon gouvernement, etc. (Boudon, 1999) » Il prend notamment pour exemple la pression qui a jadis été exercée sur l'Afrique du Sud par les démocraties occidentales en vue de mettre fin à l'apartheid. Dans ce cas, le caractère axiologique de la rationalité s'impose du fait que par leur essence même, les droits fondamentaux s'appliquent à tous et donc, les bénéfices de la démocratie ne peuvent sans contradiction être réservés à une catégorie de citoyens (Boudon, 1999). Par conséquent, il est envisageable de penser que malgré le fait qu'un acteur soit conscient que son action peut entraîner un effet indésirable, celui-ci puisse faire le choix de faire primer un principe « éthique » sur les conséquences négatives que son application est susceptible d'entraîner. Pour expliquer en quoi le concept de rationalité axiologique se démarque de celui plus général de la rationalité cognitive, Boudon se sert d'une citation de Pharo : « Tandis que dans la rationalité cognitive, la validité objective demeure encore du côté de la raison plus générale, elle semble être davantage du côté de la raison la plus locale dans le cas de la rationalité axiologique » (Pharo, 1996, cité dans Boudon, 1999). Prenons par exemple la

norme du respect de la dignité humaine chère aux travailleurs sociaux. Celle-ci relève de la rationalité cognitive. Cependant, comme les individus ont de bonnes raisons d'y adhérer et qu'il y a également l'influence du contexte, on peut parler de rationalité axiologique. Dans ce cas, la bonne conception du respect de la dignité humaine dépend toujours du système d'interaction auquel le sujet social se réfère (Assogba, 1999b). Le concept de rationalité axiologique de Boudon s'appuie sur l'idée de rationalité pratique développée par Rescher (1928-) selon laquelle : « on peut avoir des raisons fortes de juger approprié l'objectif qu'on poursuit, tout comme on a des raisons fortes d'utiliser les moyens adéquats pour l'atteindre » (Boudon cité par Raveau, 2003). En définissant la rationalité axiologique comme le fait de se conformer à une valeur à laquelle on croit, Boudon a démontré la rationalité des sentiments moraux. Cependant, comme la combinaison des actions individuelles, voire leurs confrontations, conduit à développer des effets pervers qui échappent aux individus, les acteurs, conscients de cet état des choses (examiner les particularités de chaque cas avant d'agir, bien agir selon les circonstances), adaptent leurs comportements afin de poursuivre leurs objectifs. De plus, bien que la structure sociale ne permette en aucun cas de justifier à elle seule les comportements individuels, celle-ci en fixe les contraintes (Raveau, 2003).

Boudon tente de démontrer la portée heuristique du modèle compréhensif ou de ce qu'il nomme la rationalité cognitive selon lequel « l'acteur social endosse un jugement de valeur parce qu'il fait sens pour lui » (Boudon, 1995, cité dans Assogba, 1999b) et ce, indépendamment du contenu des idées. Ce modèle repose sur l'idée que toute conviction s'appuie sur ce qu'il désigne comme un système de *raisons transsubjectives* (Assogba, 1999b). Sont considérées comme étant des raisons transsubjectives les raisons qui peuvent être endossées par un ensemble de personnes et non sur les bonnes raisons de l'acteur individuel. Ces raisons ne sont dès lors ni objectives ni subjectives, c'est-à-dire largement perçues comme convaincantes (Coenen-Huther, 2001). Les *raisons transsubjectives*, ne sont pas nécessairement valides sur le plan objectif, mais sont perçues par le sujet social comme étant assez solides, démonstratives ou convaincantes pour appuyer sa conviction (Assogba, 1999b). Autrement dit, c'est parce qu'il a des raisons fortes d'accepter les raisonnements qui appuient ses convictions que l'acteur individuel a de telles convictions morales. Il y a donc un lien entre les bonnes raisons de l'acteur individuel et les raisons fortes qui rencontrent l'approbation générale. Les bonnes raisons étant celles qui sont

propres à l'individu observé (Coenen-Huther, 2001). C'est parce qu'il s'appuie sur des raisons fortes qu'un jugement moral fait sens pour l'acteur individuel. Ainsi, peu importe la validité initiale des bonnes raisons de l'acteur, celles-ci grâce au critère de transsubjectivité s'en trouvent fortifiées. Il s'agit donc d'un processus circulaire. (Coenen-Huther, 2001). Le critère de transsubjectivité ne permet pas en soi aux jugements moraux d'accéder au critère d'universalité. En effet, la notion de bonne raison suppose que l'observateur soit en mesure d'identifier le caractère contextuel de l'argumentation de l'observé. De ce fait, lorsque l'on envisage des cas de figure complexes tels ceux vécus lors de dilemmes éthiques où les situations d'interactions qui alimentent les raisonnements peuvent fortement diverger selon le milieu social ou socioculturel dans lequel l'acteur évolue, la notion de transsubjectivité perd de sa force. (Coenen-Huther, 2001). Le terme de compréhension implique que le chercheur doit procéder à une reconstruction de sens. Afin de tenter de surmonter la distance sociale ou culturelle qui nous sépare du sujet, cette posture présuppose que tout en recherchant des informations pertinentes, nous devons adopter une attitude de décentrement. Celle-ci nous permettra de nous situer mentalement dans une logique d'action et dans un contexte situationnel éloigné de ce que nous pourrions être tentés *a priori* de considérer comme une évidence. Parce qu'elle repose au moins en partie sur l'application d'une généralisation qui est basée sur l'expérience propre de l'observateur ou sur son sens personnel de l'évidence, cette opération mentale de compréhension par effort d'identification à autrui représente un risque pour la validité de la recherche (Coenen-Huther, 2001). À cet égard, Coenen-Huther fait valoir le danger pour l'observateur d'attribuer à l'acteur une logique d'action qu'il considère comme ayant une portée universelle alors qu'elle est en réalité liée à un contexte socioculturel particulier. De ce fait, certaines interprétations risquent de refléter davantage la subjectivité du chercheur que celle de l'acteur. Cela représente un risque bien réel, et ce, malgré le fait que le chercheur mette tout en œuvre pour se placer dans une logique qui, est en soi, une de découverte avec la remise en doute systématique de toute évidence que cela implique (Coenen-Huther, 2001).

On pourrait résumer la pensée de Boudon à ces trois postulats fondamentaux : l'unité logique de l'analyse est constituée par l'agent social individuel; la rationalité des agents est généralement de type complexe et les agents sont inclus dans des systèmes d'interaction dont la structure fixe certaines des contraintes de leur action (Boudon, 1979). Ce cadre

d'analyse pourrait être qualifié, selon l'expression de Raveau (2003), d'« individualisme méthodologique contextualisé ». En effet, « face aux institutions, aux situations et aux attentes d'autrui, telles qu'il les définit, l'acteur se détermine au gré d'un processus de décision parfois long et complexe » (Perrenoud, 1998: 124). Notre objectif n'est donc pas de juger de la valeur ou de la légitimité des décisions prises par les travailleurs sociaux ou du bien-fondé de leur logique d'action, mais plutôt de comprendre à l'aide de ce cadre d'analyse comment, à partir des valeurs, des savoirs, des notions, des schèmes de pensée et d'évaluation dont ils disposent, ces derniers définissent leur réalité, construisent des significations et des stratégies lorsqu'ils considèrent être confrontés à un dilemme éthique dans un processus de détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur.

2.2 La nature de la recherche et le positionnement épistémologique

La recension des écrits a fait apparaître qu'il existe très peu de données et de connaissances systématisées portant sur le processus de prise de décision éthique du travailleur social dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur. D'une façon plus générale, selon Doucet (2009), le travail social n'a jamais fait l'objet d'une véritable théorisation du fait que l'action ne serait pas questionnée en tant que possibilité de connaissance. En fait, la pauvreté du discours en travail social serait liée au fait qu'il soit largement limité à des questions sur le faire (dans le sens technique), les raisons d'agir (politiques ou idéologiques) ou la névrose identitaire (Doucet, 2009). C'est donc dans le but de se familiariser avec les préoccupations et la façon dont les travailleurs sociaux se positionnent par rapport aux dilemmes éthiques auxquels ils sont confrontés que l'on a opté pour une recherche qualitative de nature exploratoire (Deslaurier et Kérésit, 1997; Poupart, 1997). L'intérêt étant de saisir et de décrire en profondeur la complexité du processus de prise de décision du travailleur social. Selon Doucet (2009), l'enrichissement de la pensée devrait passer par l'étude des pratiques quotidiennes des travailleurs sociaux et non simplement par des analyses critiques qui reflètent une rupture entre la pratique et la théorie. Le but de l'exploration est de saisir l'action dans sa singularité, d'interpréter les conduites sociales des travailleurs sociaux, à la lumière de leur propre perspective et ce, dans l'optique d'atteindre une compréhension plus

générale de la pratique, allant au-delà de l'instant de l'acte, vers une éthique susceptible d'être universalisée. À ce propos, Doucet plaide pour « une perspective universaliste qui met au centre, les actions réciproques [...] essentielles dans la transmission des savoir. On ne peut pas [nous dit-t-elle,] décrire une intervention sans référer au sens et ultimement à l'éthique. » (Doucet, 2009) L'intérêt d'utiliser la perspective de Raymond Boudon ici est qu'elle s'oppose au décisionnisme pour adopter un point de vue rationaliste. Ainsi, l'éthique peut être associée au contexte intersubjectif où le libre-arbitre intervient comme vecteur fondateur (Doucet, 2009). Ceci revient à dire que l'action de l'individu ne peut entièrement être la résultante des déterminations puisque celui-ci dispose d'un espace de jeu, ce qui lui permet d'interpréter les codes de façon à donner un sens à ses actions et à celles des autres. Il y a donc reconnaissance de l'autre en tant que sujet indissociable de la question de l'altérité (Doucet, 2009). Ainsi, c'est dans cette perspective de sociabilité que nous tenterons de comprendre de manière inductive le processus de prise de décision du travailleur social dans la détermination de l'inaptitude.

Les entretiens de type qualitatif ont été utilisés afin que les données soient recueillies dans les termes mêmes des travailleurs sociaux interviewés en tant qu'informateurs-clés et qu'elles reflètent ainsi, le plus justement possible leur expérience. Cela, dans le but de comprendre et d'interpréter leur compréhension du monde, leur structure de pensée, leurs perceptions et représentations puisque, comme le mentionne (Doucet, 2009), il est impossible de décrire une intervention sans se référer au sens que prend celle-ci pour l'intervenant. Bref, ce qui caractérise l'action c'est d'abord et avant tout l'action ; c'est ce que le faire veut dire. Nous avons choisi de situer ce mémoire dans une perspective phénoménologique. C'est donc à partir des significations qui se dégagent du discours des travailleurs sociaux à l'égard de leurs pratiques et de leurs décisions éthiques que nous tenterons de comprendre leur expérience. Chaque travailleur social attribue un sens particulier à ce qu'il fait, puisque chacun entretient un rapport unique tant avec ses clients et les autres professionnels avec qui il collabore, qu'avec son mandat ou son rôle. Dans une perspective phénoménologique, la conscience contribue, par la variation de ses modes, styles, formes, etc. à donner aux objets ou aux données leur véritable signification. Conséquemment, on ne saurait présenter ceux-ci de façon « neutre » (Giorgi, 1997). Ce rapport à l'expérience est influencé par l'unicité de la trajectoire de vie du travailleur social, c'est-à-dire ses expériences, sa formation et ses valeurs. Autrement dit, ce n'est non

pas dans leur sens objectif que la phénoménologie analyse les intuitions ou les présences² vécues par les sujets, mais précisément sous l'angle du sens que ces phénomènes ont pour eux (Giorgi, 1997). Cette subjectivité dont est empreint le travailleur social lorsqu'il prend des décisions ne peut être éclaircie que par lui-même. Ainsi, « [l]e sens [qu'il] donne à ses actions ne s'observe pas dans ses comportements professionnels, mais prend forme dans son positionnement en rapport à la situation vécue par les personnes avec qui [il] intervient, et par le registre de significations qu'[il] utilise pour saisir leur réalité » (Albert, 2006). Le concept d'intention est un autre aspect important de la phénoménologie en ce sens « où l'intentionnalité est une dimension essentielle de la conscience dans la mesure où la conscience est toujours dirigée vers un objet qui n'est pas lui-même la conscience. Plus précisément, la conscience tend toujours à investir un objet et cet objet transcende toujours l'acte par lequel il apparaît. (Giorgi, 1997) » Ainsi, le travailleur social est le seul qui puisse décrire, expliquer ou nuancer la position qu'il a prise, ses actions ou encore ses inactions et de ce fait, laisser apparaître les valeurs à la source de ses attitudes et de ses comportements (Albert, 2006). En plus de considérer que les travailleurs sociaux sont des sujets capables d'analyser leur propre situation, on estime que par sa propre analyse de la réalité qu'elle tente de saisir, la chercheuse va contribuer à construire cette réalité. Comme l'écrit Poupart (1997), cette position s'apparente à celle du postmodernisme selon laquelle « les analyses devraient être le résultat d'une construction mutuelle, le produit d'un dialogue entre le chercheur et les personnes étudiées » (Poupart, 1997). Cette façon de concevoir la compréhension du monde est partagée par Raymond Boudon et il s'en inspirera notamment dans son analyse sur les médecins devant l'innovation. Dans cette étude, Boudon décrit la situation vécue par les médecins hospitaliers et par les médecins libéraux travaillant en cabinet et leur raisonnement par rapport à un nouveau médicament arrivant sur le marché (Muchielli, 2007). Comme le cadre théorique dont nous nous inspirons pour notre recherche s'inspire des travaux de Boudon, il nous apparaît cohérent de prendre la même perspective théorique dans notre recherche.

² L'« intuition », pour Husserl, correspond à cette caractéristique principale de la conscience qui est de nous présenter des objets. En ce sens l'intuition se rapporte à l'expérience ordinaire. Cependant, pour lui le terme d'intuition est plus vaste que celui d'expérience qui en appelle à un éventail plus restreint de « présences », présences supportant les indices de la réalité. Or, beaucoup des phénomènes auxquels s'intéressent les sciences humaines sont des « présences » qui ne peuvent pas avoir de support « réel » (Giorgi, 1997 :344).

2.3 Le contexte de la recherche

Le contexte dans lequel a lieu le processus de prise de décision du travailleur social dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, de même que les différents enjeux éthiques auxquels il est confronté, ont été présentés dans la partie précédente; ceci afin de permettre une meilleure appréciation des dimensions qui encadrent l'action de ces travailleurs sociaux, dans le cadre des régimes de protection du majeur. L'intention de cette section est donc essentiellement de donner des précisions concernant l'échantillon.

2.3.1 La sélection des travailleurs sociaux

Étant donnée la nature qualitative et exploratoire de l'étude, le processus d'échantillonnage ne visait pas la généralisation d'un échantillon au sens opérationnel du terme, mais plutôt une sorte de généralisation à un niveau théorique global ou analytico-théorique (Pires, 1997). Autrement dit, il ne s'agissait pas d'atteindre un objectif de généralisation basé sur la vérification statistique d'hypothèses, mais plutôt de saisir le plus justement possible la réalité des sujets sélectionnés et ainsi, accéder à une représentativité théorique de l'échantillon (Miles et Huberman, 2003). Chacun des travailleurs sociaux interviewés a été considéré comme le « porteur de la culture et des sous-cultures auxquelles il appartient et [dont] il est représentatif » (Michelat, 1975, cité *in* Pires, 1997) L'observation de l'expérience de chacun des sujets était donc apparentée à une étude de cas. Notre échantillon était de type non probabiliste (ou théorique) et intentionnel (ou typique). Il a donc été constitué en fonction de certaines caractéristiques précises définies au départ et correspondant à la logique de la problématique. De plus, il privilégiait des individus qui répondent au « type idéal » par rapport aux objectifs de notre recherche (Ouellet et Saint-Jacques, 2000). Après avoir vérifié s'ils correspondaient effectivement aux critères définis préalablement, les sujets ont été inclus dans l'étude au fur et à mesure qu'ils se présentaient, selon le principe de l'échantillonnage de convenance. On prévoyait recueillir le témoignage d'une dizaine de travailleurs sociaux, excluant les sujets rencontrés pour valider notre guide d'entrevue, afin d'éviter d'être submergé de données. Dans les faits, nous n'avons procédé qu'à un total de 7 interviews. Cependant, on tient à souligner qu'il apparaît difficile de se prononcer préalablement et de façon précise sur la taille de

l'échantillon puisque comme l'explique Deslauriers (1991) à propos de l'échantillon non probabiliste : « la taille de l'échantillon est rarement déterminée à l'avance, car tout dépend de l'évolution de la recherche et des informations nécessaires; il s'ensuit que l'échantillon relève des besoins de la recherche, du jugement du chercheur et de la saturation des catégories » (cité par Albert, 2006 : 89).

2.3.2 Le choix du terrain d'échantillonnage

Nous avons travaillé à partir d'un échantillon de milieu ou plus précisément institutionnel. Le CSSS de la Montagne (**Centre de santé et de services sociaux** de la Montagne) a servi de « milieu » comme univers de travail pour la constitution de notre corpus empirique (Pires, 1997). Celui-ci est issu du regroupement du CLSC de Côte-des-Neiges, du CLSC Métro et du CLSC de Parc-Extension. Le CSSS de la Montagne est situé dans la partie centre de l'île de Montréal. Son territoire correspond, au niveau municipal, au quartier Côte-des-Neiges de l'arrondissement Côte-des-Neiges/Notre-Dame-de-Grâce, à l'arrondissement Outremont, à la ville (arrondissement) de Ville Mont-Royal et au quartier Parc-Extension de l'arrondissement Villeray–Saint-Michel–Parc-Extension. De plus, il comprend le district Peter McGill de l'arrondissement Ville-Marie, une partie de l'arrondissement Plateau Mont-Royal et de la ville (arrondissement) de Westmount (CSSS de la Montagne).

2.3.3 Les critères de sélection

Les sujets sélectionnés devaient détenir un *baccalauréat* ou une maîtrise en service social, être diplômés d'une université canadienne et exercer en CLSC (Centre local de services communautaires) dans le programme "Perte d'autonomie liée au vieillissement" (PPALV) de l'un des deux sites suivant : CLSC Métro ou CLSC de Parc-Extension. Le site du CLSC Côte-des-Neiges n'a pas été retenu puisqu'il s'agit de notre milieu de pratique immédiat. De plus, ils devaient avoir eu l'occasion, dans le cadre de leurs activités professionnelles au PPALV, de produire une évaluation psychosociale visant notamment à apprécier l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur. Finalement, ils devaient, lors de cette expérience, avoir eu à se positionner face à un

dilemme d'ordre éthique. Les personnes qui ne répondaient pas à ces critères étaient exclus de la recherche.

2.3.4 Le recrutement des sujets

Nous avons recruté les sujets par l'intermédiaire des chefs de programmes et responsables du service social des programmes PPALV au CSSS de la Montagne en excluant celui du site du CLSC Côte-des-Neiges. Nous leur remettions une lettre afin de les informer de notre projet et leur expliquions pourquoi nous sollicitons leur aide et en quoi celle-ci consistait (voir Annexe 1). Il a été demandé à ces derniers d'informer de notre démarche les travailleurs sociaux du CSSS de la Montagne susceptibles d'être intéressés à participer à notre projet de recherche et à constituer l'échantillon de milieu de notre étude. Concrètement, il leur a été demandé de diffuser cette information par différents moyens de communication, notamment l'envoi de courriels dans Lotus Note et de messages téléphoniques. Une brève lettre de présentation du projet leur a été fournie à cet effet (voir Annexe 2). Nous avons également été invités, sur chacun des sites concernés, à présenter notre projet dans une réunion à laquelle participaient les travailleurs sociaux. Les sujets qui ont accepté de participer à notre étude ont été ensuite contactés par téléphone. Le formulaire de consentement (voir Annexe 3) ainsi qu'une copie du questionnaire leur ont été fournis par courrier interne. Le fait de prendre connaissance des questions qui leur seraient posées avant l'entrevue permettait d'une part, d'avoir des réponses susceptibles d'être plus riches et d'autre part, de s'assurer que le consentement des participant se fasse d'une façon qui soit davantage éclairée.

2.4 Les modalités de la collecte de données

Dans l'approche phénoménologique, le chercheur postule que la personne interrogée lui présente l'objet qui l'intéresse tel qu'il lui apparaît et donc avec ce qu'il signifie (Muchielli, 2007). Le chercheur doit recueillir différentes descriptions de mêmes objets ou phénomènes provenant de différents sujets afin de tenter de trouver les points communs de ces diverses descriptions. De ce fait, l'« échantillonnage et la constitution du corpus

reposent sur la définition par le chercheur des sujets qui peuvent parler dans des circonstances définies du problème de recherche qui le concerne, étant entendu que ce problème englobe les objets ou les phénomènes sur lesquels il fait parler ces gens. » Il s'agit pour le chercheur de procéder à un premier procédé intellectuel de cadrage par comparaison-recherche d'analogies (Muchielli, 2007).

2.4.1 La forme et les modalités de l'entrevue

L'entrevue a été choisie comme principal outil de collecte. En effet, comme les données recherchées portaient sur les attitudes, les principes ou les valeurs des personnes, il aurait été complexe, voire impossible, de les recueillir par simple observation. Par ailleurs, dans la mesure où la recherche était exploratoire et interrogative plutôt que confirmative, on a opté pour l'entrevue semi-structurée à questions ouvertes. En effet, ce type d'entrevue est particulièrement approprié pour les recherches visant à circonscrire les perceptions qu'a le répondant de l'objet étudié, les comportements qu'il adopte, les attitudes qu'il manifeste (Mayer et Saint-Jacques, 2000). L'entrevue de chaque sujet devait se faire sur une période de 60 à 90 minutes. Elle s'accompagnait d'un guide d'entretien comportant une série de questions ouvertes, de sorte qu'un degré de liberté plus ou moins grand était laissé au sujet (voir Annexe 4). Les questions étaient suffisamment larges et ouvertes pour permettre une expression abondante du point de vue de nos sujets et ainsi obtenir une description concrète et détaillée de leur expérience et de leurs actes, qui soit le plus fidèle possible à ce qui a été vécu (Giorgi, 1997). En résumé, ces questions portaient d'abord sur l'expérience de détermination de l'inaptitude d'une personne âgée dans le cadre des régimes de protection du majeur et portaient ensuite sur le récit d'incidents critiques relatifs à cette expérience. Chaque entrevue était enregistrée et retranscrite. Cette modalité a été mentionnée sur le formulaire de consentement (voir Annexe 3). Cependant, nous prenions la précaution de demander verbalement la permission d'enregistrer l'entrevue. En cas de refus, bien qu'il nous aurait été probablement plus difficile de porter toute notre attention sur les propos du sujet et de les utiliser fidèlement, nous aurions pris des notes afin de respecter la décision du travailleur social. Cependant, dans les faits, aucun sujet n'a formulé d'objection à cet effet. Il est également à noter que nous avons privilégié de faire nos entrevues les journées où nous sommes en congé pour raison d'études ainsi que les

jours où nous étions en vacances. Dans les cas où cela fut impossible pour la personne interviewée de se rendre disponible à l'une de ces journées, nous avons demandé à notre chef d'équipe la permission de prendre quelques heures sur notre temps de travail à titre de congé sans solde dans la mesure du possible, de reprendre ces heures en dehors de notre horaire régulier.

2.4.2 Les différents types de données recherchées

Dans le but de trouver une réponse à la question de recherche, différentes stratégies de collecte de données ont été adoptées, selon les types de données qui intéressaient la chercheuse. Celles-ci peuvent être classées en différentes catégories, soit des données de type biographique concernant la trajectoire du travailleur social; des données d'ordre philosophique, idéologique et cognitif que sont les valeurs, la définition et la conception des enjeux rencontrés par le travailleur social dans le cadre du processus de détermination de l'inaptitude; des données d'ordre factuel et expérientiel, liées à des événements vécus dans l'exercice de son rôle. Il s'agit ici du récit d'incidents particulièrement significatifs où il a été confronté à des dilemmes éthiques qui ont rendu son positionnement par rapport à l'évaluation de l'inaptitude plus ou moins difficile. Ces incidents concrétisent d'une certaine manière sa dynamique motivationnelle en action et témoignent des représentations (conceptions) sur lesquelles il base ses besoins, ses buts, ses tâches, son action, son projet d'action, etc. La technique de l'incident critique, en tant que méthode de recherche qualitative fut développée à l'origine par Flanagan (1954) et utilisée principalement dans les domaines de la psychologie, des sciences infirmières et de l'éducation (Weyers et van den Berg, 2006). Bien que l'on retrouve différentes définitions de l'incident critique dans la littérature, celui-ci réfère généralement « [...] to some event or situation which made a significant turning-point or change in life of a person or an institution... or in some phenomenon" (Tripp, 1993). These events "provoke the individual into selecting particular kinds of actions, they in turn lead them in particular directions, and they end up having implications for identity" (Measor, 1985, p. 61) » (Angelides, 2001). Selon Mucchielli (1983), il est possible de parler de « cas significatifs » uniquement lorsque les observations retenues présentent un aspect typique, positif ou négatif, du rôle professionnel

étudié. Toujours selon cet auteur, voici les quatre critères par lesquels l'incident critique peut être défini :

[...] c'est une tranche d'activité professionnelle observable formant un tout isolable du point de vue du compte-rendu que l'on peut en faire ; la situation ainsi définie doit permettre d'étudier des causes et des effets, des origines et des conséquences, et donc avoir valeur de compréhension du point de vue de l'activité étudiée ; la situation ne doit pas être confuse ni douteuse ; les incidents rapportés doivent être des cas extrêmes de comportements soit remarquablement efficaces, soit remarquablement inefficaces par rapport aux buts généraux du rôle étudié.

Mucchielli, 1983: 93-93

Finalement, nous avons noté sur une fiche signalétique, l'information sur les caractéristiques socioculturelles de chacun des travailleurs sociaux. Cette information a permis à la chercheuse de faire, lors de l'analyse des résultats, des recoupements entre l'expérience de prise de décision éthique et les caractéristiques socio-démographiques des travailleurs sociaux.

2.4.3 Lieu des entrevues

Les entrevues se sont tenues dans des locaux du CSSS de la Montagne. Afin de faciliter la participation des sujets, nous demandions aux responsables de chaque site, d'utiliser un local à l'endroit où travaillait l'intervenant, à moins que ce dernier n'en ait décidé autrement. Ceci n'a pas été le cas.

2.5 L'analyse des données

Dans le cadre de cette recherche, nous avons opté pour l'analyse structurale comme technique d'analyse du discours, car celle-ci permet de rendre compte des représentations ou constructions mentales individuelles ou sociales que se font les sujets et de dégager les systèmes de sens qui orientent leurs perceptions et leur agir (Piret, Nizet & Bourgeois, 1996). L'analyse structurale nous a permis de dégager du contenu de nos entrevues les dilemmes éthiques associés au processus de prise de décision dans la détermination de l'inaptitude ainsi que les éléments qui influencent le processus de prise de décision, c'est-

à-dire les principes, attitudes, valeurs professionnelles, valeurs personnelles, croyances, paramètres contextuels et les perceptions des travailleurs sociaux par rapport à leurs rôles.

Inspirée de la linguistique, cette technique d'analyse des représentations sociales a été mise formellement au point par Hiernaux (1995) pour l'analyse d'un matériau issu d'entretiens de recherche (Ruquoy, 1990). La contribution de l'analyse structurale dans l'analyse de contenu est de proposer des principes théoriques basés sur la sémantique structurale de Greimas (1986) afin de construire des catégories tirant leur origine des représentations du sujet (Martinic, 2006)

Dans son essence, l'analyse structurale est une technique d'analyse du contenu du discours (Bourgeois et Piret, 2006). De façon générale, l'analyse de contenu permet de se centrer sur le discours du sujet (ce que disent les individus de la réalité) et les contextes sociaux de son énonciation. On prend pour acquis que l'existence sémantique du texte se connecte avec les conditions sociales qui le produisent et le communiquent via l'interaction contenue dans la situation relatée par le sujet. Les changements qui se créent dans les catégories et les structures mettant en relation ces catégories sont engendrés par les conflits qui surviennent à l'intérieur des contextes et des interactions. Le but de l'analyse structurale de contenu est de mettre en évidence les principes par lesquels s'organisent les éléments du discours (les systèmes de relation, les règles d'enchaînement, d'association, d'exclusion...) et ce, indépendamment du contenu même de ces éléments (Martinic, 2006). Contrairement à d'autres techniques d'analyse de contenu, l'analyse structurale s'intéresse exclusivement au sens du texte, c'est-à-dire à la signification que le locuteur donne aux mots et aux expressions qu'il emploie dans son discours. C'est pourquoi l'analyse structurale est qualifiée de sémantique (Bourgeois et Piret, 2006).

Pour Ruquoy (1990), c'est à partir de préoccupations en lien avec l'impact des facteurs culturels sur les zones d'autonomie et de contraintes, de compétence et d'incompétence en terme d'initiative propre à l'acteur social, l'individu ou groupe, que la méthode d'analyse structurale fut élaborée. Boudon (1999) s'inscrit dans une perspective semblable en soutenant que les effets de la socialisation ne peuvent être considérés comme étant les seuls déterminants de l'action, alors que ceux-ci ne peuvent être éliminés de l'analyse du processus de décision. En ce sens il nous serait impossible d'aborder le processus de décision par rapport à l'évaluation de l'inaptitude sans tenir compte non seulement du

contexte, notamment institutionnel et culturel dans lequel il exerce, mais également du parcours de chacun des travailleurs sociaux interrogés. Ruquoy (1990) associe la culture à la manière collective de définir le possible, le légitime, le normal. Autrement dit, elle réfère à un stock d'idées, de valeurs qui orientent subjectivement les conduites et déterminent l'approche qu'un groupe a de la réalité, la façon dont il définit les problèmes ainsi que les solutions. Les termes dans lesquels les individus expriment leur point de vue, à partir d'un point donné dans un champ d'actions, peuvent varier. Cependant, ils se réfèrent à un ensemble commun de schèmes fondamentaux ou autrement dit, à des principes d'ordonnance du monde et de façons de se percevoir soi-même relevant de logiques culturelles dépassant l'individu. En tant que chercheuse, ce sont ces schèmes fondamentaux qui nous intéressaient.

Le traitement du contenu nous a permis de révéler de façon systématique les éléments signifiants du texte ainsi qu'à les objectiver (Bourgeois et Piret, 2006). Il s'agit dans un premier temps, dit de recomposition de la structure, d'identifier les unités de base du sens ainsi que les relations qui existent entre elles. Le chercheur doit donc tenter d'identifier des «réalités » ou catégories, qui s'associent entre elles dans des relations d'opposition et d'équivalence. L'unité minimale de sens (catégorie) se construit à partir de la disjonction, c'est-à-dire une relation opposant deux termes sur un même axe sémantique (conjonction) (Martinic, 2006). Un ou plusieurs des termes de la disjonction peuvent être connotés positivement ou négativement. C'est ce que l'on nomme l'indice de valorisation (- ou +). Si l'un des termes est valorisé positivement (exemple A+), l'inverse de ce terme sera valorisé négativement (B-) et vice versa (Piret, Nizet & Bourgeois, 1996). Alors que la disjonction sert à préciser la valeur du terme utilisé en le distinguant d'un autre acquérant la valeur inverse ou contraire, la conjonction permet de définir le contenu de ces deux termes en opposés. La distinction acquiert donc son sens à partir de l'axe sémantique. (Martinic, 2006).

Dans un deuxième temps, dit de dynamisation de la structure, la méthode consiste à organiser le mouvement de ces relations en distribuant les oppositions et associations trouvées afin d'identifier un modèle d'action orientant la pratique des sujets dans la formulation de leur discours. Autrement dit, le chercheur tente à cette étape de découvrir des constantes significatives dans les relations qu'il a précédemment identifiées. Pour ce faire, il nous faudra identifier et décrire les relations (structures sémantiques) entre les

différentes catégories préalablement établies. L'analyse structurale sous-entend que la structure est composée d'une combinaison d'éléments ou termes qui n'ont aucune signification s'ils sont pris de façon isolée. Ces structures parallèles, hiérarchisées et croisées viennent rendre compte des principes symboliques et de classification implicites contenus dans le discours du sujet. Les catégories sont mises en relation soit en fonction de leur position à l'intérieur du système défini (code de base ou code de qualification), soit en fonction de la qualification positive ou négative des termes mis en relation à l'intérieur des catégories elles-mêmes. Les catégories mises en relation en fonction de leur position dans le système sont le signifiant du texte et incarnent la matérialité ou référent du discours (Martinic, 2006). Dans une structure parallèle, les règles de valorisation restent les mêmes que celles applicables à la disjonction. Cependant, à cela s'ajoute le fait que la valorisation d'un seul terme suffit à l'analyste pour déduire la valorisation de tous les autres termes de la structure (exemple : si A1 est valorisé positivement, A2 sera nécessairement valorisé positivement et inversement, B1 et B2 seront valorisés négativement (Piret, Nizet & Bourgeois, 1996). Dans la structure hiérarchisée, le problème de la valorisation doit être considéré à chaque niveau de structure. Il en résulte donc que la valorisation d'un terme peut soit être renforcée, soit devenir ambivalente. Enfin, un dilemme éthique constitue une structure croisée; la réalité fécondée la plus positive étant inaccessible. Le choix est donc posé entre les deux réalités fécondées à connotation ambivalente. Pour trouver une issue, un axe doit être plus valorisant que l'autre (Piret, Nizet & Bourgeois, 1996)..

Afin de comprendre le rationnel associé au processus de prise de décision éthique du travailleur social dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, nous nous sommes référés à la typologie boudonnienne de la rationalité telle que présentée par Yao Assogba (1999a). Nous présenterons celle-ci de façon détaillée sous peu. Cependant, il nous apparaît ici important de rappeler quelques principes fondamentaux de l'individualisme méthodologique de Raymond Boudon afin que le lecteur puisse constater l'intérêt de l'analyse structurelle de contenu dans notre démarche. Rappelons d'abord que *l'homo sociologicus* de Boudon doit être considéré comme un acteur intentionnel, doté d'un ensemble de préférences, qui agit en fonction d'une information limitée et dans une situation d'incertitude, qui est plus ou moins conscient de son degré de contrôle sur les éléments de la situation et qui cherche des moyens acceptables de réaliser ses objectifs (Perrenoud, 1998). Ceci implique que le travailleur social se trouve irrémédiablement

devant une information limitée et donc, dans une situation d'incertitude où il a plus ou moins conscience du degré de contrôle qu'il a sur celle-ci. C'est à partir de ces aprioris que nous tenterons d'analyser les logiques utilisées par les travailleurs sociaux, les stratégies empruntées, les valeurs privilégiées, les finalités visées par l'évaluation psychosociale de l'inaptitude. Pour qui ou dans le meilleur intérêt de quel acteur les recommandations de son évaluation seront-elles formulées?

Assogba (1999a) a pu dégager de la théorie boudonnienne cinq sortes de rationalité soit, la rationalité de *type instrumentale* à visée utilitaire, la rationalité de *type téléologique* ou la rationalité par rapport aux fins, la rationalité de *type axiologique* ou la rationalité par rapport aux valeurs, la rationalité de *type traditionnel* et enfin, la rationalité de *type cognitif*.

Dans le cadre de notre étude, la rationalité de *type instrumentale* à visée utilitaire pourrait se résumer dans la formule suivante: le travailleur social avait de bonnes raisons de faire A1, car A1 correspondait à son intérêt ou à ses préférences. Par exemple, le travailleur social qui dirait avoir décidé d'évaluer la personne inapte totalement aux biens et à la personne afin d'être en mesure de procéder rapidement pourrait constituer une illustration de ce type de rationalité.

La rationalité de *type téléologique* ou la rationalité par rapport aux fins pourrait prendre la forme suivante : le travailleur social avait de bonnes raisons de faire A1, car A1 était le meilleur moyen pour celui-ci d'atteindre l'objectif qu'il s'était fixé. Ce type de rationalité désigne une action utilisant des moyens adaptés aux fins recherchées.

La rationalité de *type axiologique* ou la rationalité par rapport aux valeurs: le travailleur social avait de bonnes de raisons de faire A1, car A1 découlait du principe normatif X ; que le travailleur social croyait en X, et qu'il avait de bonnes raisons d'y croire. Ce type de rationalité désigne une action adaptée non à des fins mais plutôt à des valeurs. Imaginons un travailleur social pour qui il serait intolérable de laisser une personne vulnérable risquer de se faire abuser. Ce dernier pourrait estimer que le principe selon lequel il faut protéger

une personne contre un éventuel abus serait fondamental, au point de surpasser celui de l'autonomie et pourrait décider d'évaluer une personne inapte totalement aux biens et à la personne afin de s'assurer que la personne soit protégée.

La rationalité de type *traditionnel* : le travailleur social avait de bonnes raisons de faire A1, car il avait toujours fait A1 et qu'il n'avait aucune raison de remettre cette pratique en question. La rationalité de type *traditionnel* montre que certaines actions relevant de la tradition peuvent être tenues pour rationnelles. Pensons au cas d'un travailleur social qui aurait toujours fait concorder sa propre évaluation de l'inaptitude avec celle du médecin et qui dirait avoir évalué

une personne inapte totalement aux biens et à la personne afin que son évaluation soit cohérente avec l'évaluation médicale.

Enfin, dans le cas de la rationalité de type *cognitif* ou *cohérence logique*, le travailleur social avait de bonnes raisons de faire A1, car A1 découlait de la théorie X; qu'il croyait en X et qu'il avait de bonnes raisons d'y croire. Illustrons ce cas par le travailleur social qui déciderait de baser sa stratégie sur un choix « éthique » et ce, malgré une certaine conscience des effets non désirés susceptibles d'être engendrés par son action. Par exemple, un travailleur social qui déciderait d'évaluer la personne inapte totalement aux biens car il entretiendrait l'idée que le fait de produire une évaluation différente risquerait de nuire à sa relation avec le mandataire désigné. Il lui apparaîtrait donc plus juste que la relation entre la personne et son mandataire soit préservée plutôt que d'évaluer le niveau d'inaptitude de la personne selon sa réelle perception de l'inaptitude. Selon Boudon, l'individu qui raisonne selon cette approche, accepte un état de fait ne le concernant pas personnellement parce que cela lui paraît juste (Raveau, 2003). Par l'idée de rationalité cognitive, Boudon pose le principe selon lequel est rationnelle toute action dont l'observateur est en mesure d'identifier les bonnes raisons qu'a le sujet social de se comporter d'une telle façon. Ces bonnes raisons doivent nécessairement avoir un sens pour

le sujet. Bien que ces raisons soient fondamentalement valides, l'application de celles-ci dépend toujours des situations (Boudon, 1995).

L'analyse structurale s'avère être particulièrement utile pour reconstruire les représentations mentales du sujet dans leurs trois dimensions essentielles telles que définies par Moscovici (1961). En effet, les disjonctions révèlent le contenu informationnel des représentations (les mots, concepts, termes), les structures sémantiques, leur structure (la façon dont est organisé le contenu informationnel, les relations des termes et concepts entre eux) et la distribution des valorisations au sein des structures sémantiques, leur dimension normative (ex : la valorisation en termes de bon/mauvais, bien/mal) (Piret, Nizet & Bourgeois, 1996).

Nous avons opté pour l'analyse structurale d'une part, parce qu'elle convient parfaitement à des recherches concernant des comparaisons synchroniques telles que des comparaisons interindividuelles comme dans le cas qui nous intéresse. D'autre part, cette méthode est, selon Bourgeois et Piret (2006), tout-à-fait appropriée pour des recherches de type exploratoire. Cependant, l'analyse structurale a l'inconvénient comme d'autres techniques d'analyse de contenu de nécessiter beaucoup de temps. Le chercheur doit donc aborder le matériau d'une manière très sélective soit en traitant plus superficiellement l'ensemble du matériau ou comme nous avons préféré le faire, en travaillant sur un volume restreint de matériau que l'on aura choisi pour sa pertinence avec la problématique de recherche, l'efficacité du traitement (éviter les répétitions) ainsi que pour la comparabilité des thèmes (Bourgeois et Piret, 2006). Il est également à noter qu'il s'agit de récits singuliers et comme l'ont souligné Damazière et Dubar (1997 cités dans Millet, 2010), il est parfois difficile par le biais de l'analyse structurale de parvenir à une typologie commune aux entretiens et d'ainsi parvenir à une systématisation des résultats. De plus, comme le soutiennent Icart et Bordeleau (1998) en ce qui concerne l'intrusion de l'analyste, non seulement, l'opération de condensation opérée lors de la construction de catégories structurantes ampute le discours de ses inflexions, mais également, le fait d'interpréter le matériel induit automatiquement un travestissement de celui-ci.

2.6 Limites de la recherche

Les limites que l'on a pu identifier sont essentiellement de trois ordres : le risque lié à la désirabilité sociale, le risque lié à l'influence de la chercheuse en cours d'entrevue et enfin, la portée limitée de la recherche liée au nombre de participants.

En ce qui concerne le risque lié à la désirabilité sociale présent dans tout entretien qualitatif, on anticipait un écart potentiel entre ce qui a été dit en entrevue et ce qui a été fait dans le contexte de la pratique. Le fait que la chercheuse soit elle-même dans le domaine du travail social exposait à une augmentation du risque lié à la désirabilité sociale. On pense, par exemple, au fait que les participants ont pu se sentir « obligés » d'harmoniser leurs réponses avec certaines valeurs ou principes communément véhiculés par la profession. D'un autre côté, cette proximité chercheuse/participants a pu aussi être bénéfique puisque comme l'écrit Deslauriers (1991): « Le fait de partager une certaine culture permettrait de mieux la comprendre et de la décrire plus justement, précisément parce qu'on la connaît ».

Quant au risque associé à l'influence de la chercheuse en cours d'entrevue, nous avons tenté de limiter au mieux celui-ci en adoptant une position de découverte. De plus, une attention particulière a été portée, au moment de l'écoute des entretiens, afin d'identifier les lieux où les participants auraient pu être influencés dans leurs réponses.

Enfin, en ce qui a trait à la limite de portée liée au nombre de participants, on croit utile de rappeler qu'il s'agit d'une démarche compréhensive dont les résultats exprimeront le point de vue des travailleurs sociaux qui exercent au sein du programme PPALV du CSSS de la Montagne. Ces points de vue ne sont le reflet que d'une réalité observée à partir du regard propre de la chercheuse, filtré par le cadre conceptuel de l'étude, soit le paradigme de l'individualisme méthodologique de Boudon et plus précisément, les cinq sortes de rationalité qu'Assogba (1999a) a pu dégager de la théorie boudonnière.

2.7 Considérations éthiques

Finalement, nous aimerions revenir brièvement sur certains enjeux relatifs au fait que nous soyons nous-mêmes travailleuse sociale dans le programme PPALV-DPA au CSSS de la

Montagne. Dans un premier temps, il nous apparaît que cette posture de praticienne-chercheuse, bien qu'elle requière certainement une attention particulière en termes de validité scientifique et d'enjeux éthiques, est définitivement un avantage pour cette recherche. De plus, comme le suggère De Lavergne (2007), la recherche née d'un questionnement issu de la pratique a le mérite de proposer à la communauté scientifique, une analyse scientifique de ce qui était auparavant compris intuitivement. Cette recherche constitue donc un accès privilégié aux enjeux éthiques, en lien avec l'ouverture d'un régime de protection, vécus par les travailleurs sociaux dans la pratique. Il résulte cependant de l'adoption de cette posture certaines difficultés, notamment en ce qui concerne l'accès à certaines informations informelles et repères qui de l'extérieur, nous serait sans doute plus difficilement accessibles (Thiault, 2009). Cette double identité peut notamment soulever certaines questions, particulièrement en ce qui concerne la préservation de la confidentialité et la vie privée de tiers dont il sera fait mention par le travailleur social lors de l'entrevue. Afin que celle-ci soit le moins possible compromise, nous avons demandé de façon formelle au travailleur social qui avait accepté de participer à notre étude, de prendre soin de ne faire mention d'aucun nom ou d'aucune date qui aurait pu nous permettre d'identifier les personnes impliquées de près ou de loin dans les événements dont discussions au cours de l'entrevue et ce, de façon directe ou indirecte.

Il va sans dire que toutes les précautions ont été prises afin de préserver l'anonymat des participants et des clients dont les cas ont été rapportés par les travailleurs sociaux. Ainsi, chaque nom a été associé à un numéro d'identification de répondant, le verbatim de l'entrevue a été associé à ce numéro. De plus, aucun nom n'a été utilisé pour les extraits qui seront repris dans les résultats et l'analyse. Certains extraits ont également été modifiés afin de ne pas permettre l'identification des lieux d'intervention des répondants ainsi que les clients ou différents partenaires impliqués dans les incidents rapportés. Nous avons notamment décidé de rapporter au masculin tous les cas exposés.

Sur le plan déontologique, la chercheuse s'est portée garante, tout au long du processus de sa recherche, du respect de la confidentialité, de l'anonymat et du droit de retrait des participants. Dès le premier contact avec chaque participant, le but de la recherche fut clairement indiqué et la chercheuse s'est assurée de ne pas insister et de mentionner qu'un désistement de sa part était toujours possible et ce, sans qu'il n'ait à justifier sa décision.

Les coordonnées de la chercheuse figuraient sur les fiches de consentement et étaient présentées à nouveau lors de chaque entrevue.

CHAPITRE 3

La présentation et l'analyse des résultats

3.1 La présentation des résultats

À partir des données recueillies lors de nos entrevues, nous avons tenté de comprendre le processus de prise de décision du travailleur social dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur. L'objectif de l'analyse des données était donc de retracer et de théoriser, par l'analyse de la logique d'action de chacun des sujets, le processus à travers lequel le travailleur social se positionne lorsqu'il se retrouve confronté à des dilemmes éthiques par rapport à la détermination de l'inaptitude chez une personne âgée. Rappelons que l'analyse de l'expérience du travailleur social s'est faite à travers le paradigme de l'individualisme méthodologique, tel que défini par Raymond Boudon et que nous avons opté pour l'analyse structurale de contenu. En effet, l'analyse structurale de contenu, comme toutes les analyses de contenu en général, nous semblait tout à fait opportune dans le cadre de cette étude, du fait que celle-ci permet d'appréhender la réalité dans sa complexité, sa dynamique et sa globalité et qu'elle privilégie la recherche de compréhension et du sens des événements. L'analyse structurale de contenu permet donc d'analyser le contexte écologique et historique des acteurs tout en s'intéressant à leur point de vue et à leurs croyances (Pourtois et Desmet, 2007) et ce, conformément aux principes d'explication du phénomène social par le paradigme de l'individualisme méthodologique. Rappelons que les deux grands principes de l'individualisme méthodologique sont la représentation du phénomène social vu comme le résultat d'actions, d'attitudes, de croyances ou en général de comportements individuels, ainsi que le fait de considérer comme incomplète l'explication du phénomène social où l'on fait fi du sens ou des « bonnes raisons » des comportements individuels qui l'ont produit ou provoqué (Assogba, 1999).

Pour rendre compte le plus fidèlement possible du processus de prise de décision emprunté par chacun des travailleurs sociaux dans la détermination de l'inaptitude, nous avons décidé dans un premier temps de restituer de façon individuelle les entretiens réalisés auprès de chacun des sept travailleurs sociaux rencontrés. Ceci avait pour objectif de mettre en évidence les actions, les attitudes, les croyances et de façon générale, les

comportements propres à chacun et ce, d'une manière contextualisée. En effet, pour Boudon, le sujet est un être situé et daté (Assogba, 1999).

Notre intention était avant tout d'exprimer ce que les sujets vivent et ont vécu, leur point de vue sur le monde et leurs « définitions des situations vécues ». Or, comme le soulignent Demazière et Dubar (1997), restituer les entretiens retranscrits ne suffit pas à reconstruire les « univers de croyances » tels qu'exprimés dans les entretiens et co-construits avec le chercheur. Ainsi, pour analyser les structures de signification du discours, il nous a fallu, dans un second temps, par le biais de l'analyse structurale de contenu et le paradigme de l'individualisme méthodologique, analyser les mécanismes de production du sens. L'objectif était plutôt que étant bien sûr d'aboutir à la reconstruction d'un schème spécifique symbolisant « le processus de prise de décision du travailleur social dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur » mis en mot dans chacun des entretiens réalisés.

3.1.1 Entretien avec le travailleur social 1 (TS1)

Lorsqu'on le questionne sur ce qu'est pour lui un dilemme éthique, TS1 nous dit comprendre les dilemmes éthiques comme étant le fait d'avoir à faire un choix moral entre deux options supportées par des valeurs et où chacune d'elles s'accompagne de conséquences positives et négatives : « Un dilemme pour moi, [...] c'est une situation où on doit prendre une décision difficile pour le bien du client peut-être. On est dans un dilemme dans le sens où chacun des choix a des conséquences positives ou négatives. » Lorsque qu'on lui demande de décrire un dilemme éthique, TS1 donne l'exemple d'une situation qui concerne sa propre responsabilité dans l'avenir du client, notamment lorsqu'il a à se positionner sur l'aptitude d'une personne et que celle-ci n'est pas claire : « Les dilemmes sont toujours par rapport à qu'est-ce que je veux prouver au bout du compte? Qu'est-ce que je finis par dire au bout du compte? Quel impact? Qu'est-ce que ça implique que je dise : elle est inapte ou apte ou totalement apte. » TS1 dit ne pas avoir reçu de formation particulière en lien avec les régimes de protection et estime que cela lui manque. Lorsqu'il a été confronté à une situation où la question de l'ouverture d'un régime de protection s'est posée, il a dû se référer à des documents écrits. Il a toutefois reçu des

informations de la superviseure clinique et dit pouvoir également se référer à son chef de programme au besoin.

Ça me manque; mais une collègue a un gros classeur sur tout ça avec des exemples, c'est comme la formation sur papier. Je suis passé au travers parce que j'ai pas eu le choix, parce que j'ai eu une situation où fallait que je fasse un rapport psychosocial. Donc, je me suis inspiré de ça. Pis y a ma supervision clinique : une formation, je te dirais d'une heure max., une formation des grands, grands points, mais pas en profondeur. Puis, je peux demander à mon chef de programme si j'ai des questions particulières, mais non pas une formation comme tel. (TS1)

Quand au soutien reçu en lien avec la prise de décision éthique, TS1 souligne l'apport des groupes de pairs qui permettent au travailleur social de ventiler dans un contexte de confiance. Il souligne également le fait qu'échanger avec ses collègues lui permet de profiter de l'expérience et des savoirs de ces derniers, notamment au niveau du cadre juridique.

Les groupes de pairs, ça aide beaucoup parce que c'est des discussions qui sont franches, pis que moi je trouve sincères, pis qui nous outillent, pis qui nous permettent de ventiler aussi. Puis y a des gens plus expérimentés que moi. Parce que moi, je suis récent. Les gens qui connaissent les lois un peu. Peut-être que connaître le droit un peu ça aide dans une affaire comme ça. Ça te permet aussi de régler des affaires, plutôt qu'entre toi et toi-même pis, d'être perturbé. (TS1)

TS1 mentionne cependant qu'il éprouve un certain malaise à discuter avec ses collègues de dilemmes ayant trait à un conflit de valeurs avec l'application des directives institutionnelles.

Quand c'est des dilemmes, par exemple, par rapport à mon allégeance à mon employeur versus à mon client, ça je peux pas en parler à ma job [...] parce que si jamais c'est ce que je fais comme décision pis j'en parle, j'ai mis tous ces collègues là dans un secret pour quelque chose qui ne leur appartient pas pis, ça serait mon initiative de le faire. (TS1)

Le dilemme éthique spécifiquement discuté par TS1 concerne l'évaluation de l'aptitude du client en lien avec le droit du client de mener une existence originale, versus les inquiétudes de la famille par rapport aux dangers encourus par le style de vie de la personne âgée. Il en décrit l'enjeu principal comme émergent d'une tension entre, d'un côté, son désir de considérer les volontés du client et de l'autre, la responsabilité de

protéger la personne : « [M]on dilemme dans tout ça et donc, qu'est-ce je prime dans tout ça ? Est-ce que c'est la sécurité? C'est le bien-être [du client]? Cette valeur-là ou son autonomie puis son libre-arbitre ? (TS1) » TS1 rapporte ainsi les propos du client qu'il considère, malgré tout, valables pour expliquer l'excentricité de ses comportements.

[Le client me dit :] À mon âge je peux bien faire ce que je veux? [...] Vous êtes qui vous pour me dire qu'est-ce que je... Vous allez m'enfermer ? Je suis un enfant? Un malade mental ? [Le client] est assez allumé pour parler comme ça. Pis ça vient te chercher parce qu'il y a une partie que... Tsé, regarde la personne, à veut faire ce qu'elle veut. On peut-tu vivre et laisser vivre un peu? Puis en travail social, on s'entends-tu que c'est une grosse valeur qu'on a l'autonomie de la personne, le libre-arbitre pis, alouette? (TS1)

TS1 nous explique que la demande d'évaluation vient de la famille. Celle-ci s'inquiète de certains comportements du client, par exemples, le fait que le client ait donné une importante somme d'argent à une connaissance, des négligences par rapport à l'hygiène personnelle, des refus des services, etc.... En conséquence, elle aimerait procéder à l'homologation du mandat dans une logique de protection. TS1 explique avoir le sentiment de s'être fait donner un mandat par la famille et considère ceci comme une obligation professionnelle à intervenir.

Pis là, y a la famille qui dit : faites quelque chose [...] C'est vraiment parce qu'ils s'inquiètent pour [le client ...] Oui, [je me sens une obligation par rapport à la famille] d'évaluer le mieux que je peux mais... J'essaie de vraiment travailler en équipe avec eux, pis qu'on soit sur la même longueur d'onde. (TS1)

Cependant, le souhait de la famille de procéder à l'homologation du mandat dans le but d'avoir un contrôle sur les finances et les décisions du client vient questionner TS1 par rapport à l'objectif d'un régime de protection. S'agit-il de protéger ou de prendre des décisions à la place de client? Le problème est ici de déterminer ce qui relève de la protection et ce qui relève plutôt du paternalisme.

Protéger le client contre lui-même, c'est pas mon genre de valeur mais tsé. En même temps, si je veux qu'il soit le mieux, le plus longtemps possible [...] On est avec une clientèle qu'on dit fragile, vulnérable, qu'on dit qu'il faut protéger pis ça, c'est dangereux. Pis moi, je me bats contre ça. Décider pour eux pis, jouer à la mère avec eux. (TS1)

Le malaise éthique de TS1 se traduit par le sentiment de ne pas être suffisamment outillé pour prendre une décision concernant le degré d'inaptitude du client. C'est ainsi que TS1 va jusqu'à remettre en question sa légitimité par rapport à la prise de décision :

Y a cet inconfort-là de dire : Je suis qui moi pour avoir ce pouvoir décisionnel-là, qui peut tout changer dans le monde de cette personne-là? Je suis comme un médecin qui pose un diagnostic [...] On les connaît comme on les connaît ces clients-là, puis on a les connaissances qu'on a. Travailleur social, c'est pas Dieu là. On prend des grandes, grandes décisions. Je trouve qu'on est une personne avec un médecin pis là, ensemble, on change toute la vie de la personne. Puis, certainement que c'est gros, pis que j'ai un inconfort à avoir cette position-là. (TS1)

Le poids de la responsabilité lui apparaît être si lourd qu'il va jusqu'à dire qu'il préférerait que le médecin décide seul et que la décision de ce dernier soit sans équivoque. De plus, même s'il comprend les limites de l'évaluation médicale, TS1 estime qu'en l'absence d'une évaluation médicale claire, le travailleur social est contraint de se pencher sur ce qui prime pour lui, sur ce qui guide la décision qu'il prendra. Le fait d'avoir à porter le poids d'une telle décision s'accompagne du besoin pour lui de partager la décision en formant «une entité » avec l'équipe de psychogériatrie du CSSS.

Si on avait un médecin derrière qui nous mettait un sceau derrière qu'il y a telle atteinte là. Ça marche pas pantoute. [Le client] ne peut pas décider pour [lui-même]. J'aimerais ça là; mais c'est moi qui doit prendre cette décision là, pis le médecin est pas clair non plus avec sa décision [...] Je me suis armé de mon équipe de psycho-gériatrie. Je suis allé demander qu'une équipe me "back", parce que moi je ne suis pas expert. Je sais pas si on le devient un jour; mais en tout cas moi j'ai assez d'humilité pour dire que je connais rien, pis j'ai besoin d'une équipe pour m'abreuver de leur expertise, expérience. (TS1)

Le dilemme éthique discuté par TS1 concerne cette tension entre, d'un côté, son désir de considérer les volontés du client et de l'autre, la responsabilité professionnelle ressentie de protéger la personne. Le questionnement sur l'évaluation de l'aptitude du client se pose donc en lien avec le droit du client à mener une existence originale versus les inquiétudes de la famille relatives aux dangers encourus par le style de vie de la personne âgée. Devant l'importance de la décision, TS1 croit ne pas être suffisamment outillé pour prendre une décision par rapport au degré d'inaptitude du client. Bien qu'au moment de l'entrevue, la décision finale n'avait pas été prise, TS1 croit que celle-ci sera d'opter pour une inaptitude partielle plutôt que totale. Dans ce cas, TS1 explique que bien qu'il ne soit pas possible

pour la famille de procéder à l'homologation du mandat en cas d'inaptitude, il sera possible de procéder à l'ouverture d'une tutelle privée. Cette décision se justifie, selon TS1, par la nécessité d'exercer une sorte de surveillance sur les décisions du client sans pour autant le priver de tous ses droits.

Analyse structurale du dilemme éthique de TS1

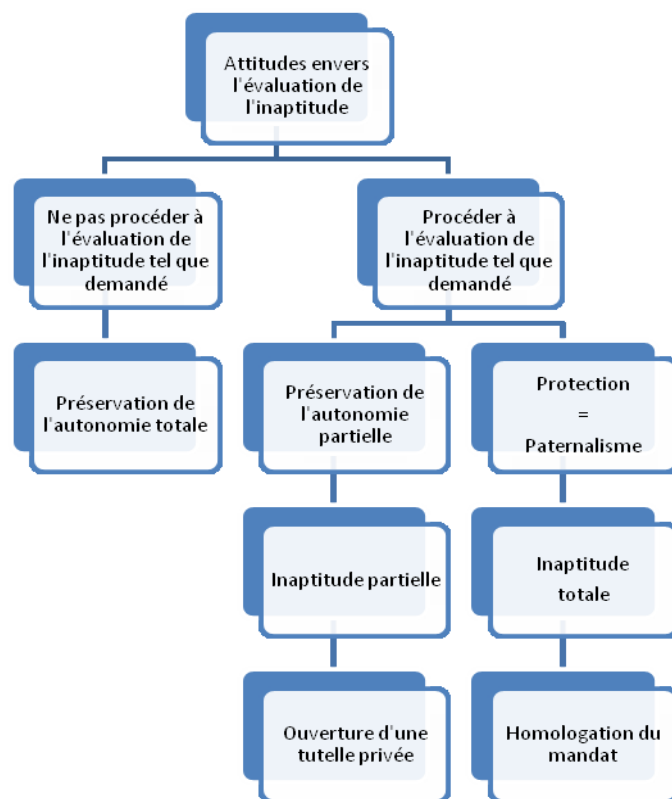


Fig. 5

3.1.2 Entretien avec le travailleur social 2 (TS2)

Pour TS2, le dilemme éthique intervient lorsqu'une décision risque de brimer les droits de certaines personnes et qu'il y a un questionnement éthique du travailleur social par rapport aux normes professionnelles ou à ses valeurs personnelles.

Est-ce que nos façons d'intervenir, les approches de l'administration, éthiquement, est-ce [...] qu'on ne vient pas brimer une personne? Est-ce qu'on respecte ses droits? Puis, aussi par rapport à notre éthique professionnelle en lien avec notre responsabilité comme [travailleur social]. Est-ce qu'on suit vraiment les directives de l'administration [...]? Est-ce qu'on se sent à l'aise par rapport aux normes de notre ordre ou par rapport à notre propre éthique, à nos valeurs. (TS2)

En ce qui a trait à la résolution des dilemmes éthiques, TS2 mentionne que d'avoir accès à de la supervision clinique est particulièrement aidant. Le fait qu'au moment de l'entrevue la personne assurant cette supervision était en congé prolongé et que TS2 a dû faire pendant cette période des supervisions avec un chef de programme a été perçu comme moins aidant pour la résolution de dilemmes éthiques. D'une part, TS2 estime ne pas être en mesure d'exprimer clairement ses préoccupations éthiques lorsque la supervision se fait avec un chef de programme. D'autre part, il trouve que celui-ci ne conçoit pas nécessairement facilement les enjeux éthiques soulevés par les situations qu'il rapporte.

Je trouve que, principalement avec [la superviseuse clinique], ça nous aide beaucoup. On le sent présentement qu'elle n'est pas là. Parce qu'on peut pas aborder le sujet clairement, sans avoir une emprise administrative [...] c'est vrai que quand c'est avec les chefs, je trouve qu'ils ne sont pas assez vigilants ou alarmés. Que si il y a une situation, je ne dirais pas litigieuse, mais comme sociale de vulnérabilité, on voit que ce n'est pas autant que comme si [le client] avait un pansement. (TS2)

Par rapport aux limites imposées par le contexte de travail au PPALV, TS2 soulève la difficulté associée au fait de ne pas toujours être en mesure d'aller jusqu'au bout de l'intervention.

C'est qu'en fait entre notre travail de travailleur social, puis de gestionnaire de cas, [...] à part offrir des services, on ne peut rien offrir [...] Ça fait que je trouve qu'on n'a jamais le sentiment de faire les choses parfaites [...] Je pense que c'est à cause de la charge de travail, tu sais qui est répartie d'un client à l'autre, qu'on n'a comme pas le temps de réfléchir... (TS2)

En termes de résolution de dilemmes éthiques, TS2 croit également que les travailleurs sociaux bénéficieraient d'être davantage formés par rapport au contexte juridique entourant l'ouverture des régimes de protection. Il croit également que ceux-ci gagneraient à être mieux formés à la rédaction du rapport de l'évaluation psychosociale en général.

On devrait peut-être être plus formé sur tous les articles de lois, toute la formation des notaires, les trucs avec la cour, sur toutes les lois qui pourraient influencer ça. Je pense que ça nous aiderait. Puis comment rédiger des rapports. Cette année, je vais essayer de me trouver une formation pour mieux rédiger des rapports [...] Donc, quelles informations sont pertinentes? Est-ce que l'analyse est assez détaillée ou alors on écrit trop selon la situation? (TS2)

Le dilemme éthique spécifiquement abordé par TS2 concerne l'application de la bienfaisance versus la protection de l'autodétermination. D'une part, TS2 considère qu'il y a une évidence de besoin de protection et se dit choqué par rapport à la dégradation de l'état de santé du client, un refus des services, une situation d'encombrement et d'insalubrité qu'il croit être causée et entretenue par une situation d'abus d'un membre de la famille, ainsi qu'un déficit au niveau du jugement et des capacités d'introspection et de la prise de décision du client. D'autre part, il se retrouve confronté à la volonté du client qui, ne se trouve pas inapte et qui souhaite que l'aidant soupçonné d'abus continue à s'occuper de lui. TS2 exprime malgré tout être intimement convaincu du bien-fondé de la nécessité de pousser ses démarches pour que le client soit déclaré inapte et ce, dans le but que la personne soit hébergée et de démontrer que le mandataire désigné n'est pas adéquat. En effet, TS2 est convaincu que ce dernier abuse du client.

[Le client] veut garder sa liberté, il ne se trouve pas inapte. Donc, là tu te bats un peu contre lui. Tu sais, éthiquement c'est difficile puis, émotionnellement [...] tu n'arrives pas à le raisonner [...] Mais tu sais, des fois, tu as des éléments qui sont tellement choquants. Tu sais, ça vient te chercher. (TS2)

Cette conviction qu'a TS2 de devoir intervenir pour protéger le client, ne l'empêche pas d'éprouver le sentiment de travailler contre celui-ci et celui qu'il a désigné comme mandataire. Cette impression de brimer le client dans son droit à l'autodétermination fait émerger chez TS2 certains questionnements en lien avec son rôle ainsi que la justesse de son évaluation.

C'est sûr que quand tu es dans le vif de l'action, tu veux surprotéger. Après ça, bon, l'autre personne a ses droits aussi, comme mandataire. Est-ce que [l'aidant] est informé? Est-ce que je l'ai suffisamment invité aux rencontres? Je trouve ça difficile dès qu'on prend partie [...] C'est quoi mon rôle? Est-ce que je vais en dehors de mon rôle? Puis effectivement, est-ce que mon feeling est bon? Parce qu'on sait que le rapport qu'on va rédiger ça va aller en cours. C'est un rapport qui est officiel. On appose notre signature sur ça. Ça va être très déterminant dans la vie de la personne, autant pour elle que pour la personne qu'on recommande. (TS2)

En fait, le questionnement éthique de TS2 est principalement axé sur la détermination des limites de l'intervention du travailleur social dans une perspective de protection de la personne âgée vulnérable en contexte de maintien à domicile. Cette tension entre sa volonté de protéger la personne âgée et le respect du droit à l'auto-détermination du client est exacerbée par une compréhension plus ou moins partagée de l'équipe médicale par rapport à l'inaptitude du client et à la nécessité d'intervenir pour protéger le client.

Je ne trouvais pas de docteur pour le déclarer inapte. J'avais l'impression que tous les docteurs qui la voyaient [...] avaient peur parce qu'ils disaient le mandataire, c'est la personne qui abuse puis, ça va être comme trop difficile. En fait ils ne voulaient pas rentrer là-dedans. Ils ne voyaient pas les éléments d'inaptitude. (TS2)

Il explique également que l'administration de son établissement lui conseille de modérer son ardeur à vouloir démontrer l'inaptitude et la situation d'abus dans laquelle se trouverait le client, d'abord par souci d'équité envers ses autres clients et ensuite, en arguant que le fait d'intervenir dans l'immédiat ou dans le futur n'y changerait rien.

Puis des fois, certains chefs me disaient : Bien là il faut que tu t'occupes de tes autres dossiers. Tu t'emballer trop! Tu sais, tu n'es pas en défense de droits. Calme-toi un peu [...], [le client] a été dans cette situation-là toute sa vie. Que tu viennes aujourd'hui ou demain, est-ce que ça va changer sa situation? (TS2)

TS2 décide malgré tout de pousser l'évaluation, notamment en utilisant la feuille de risques élaborée par l'équipe de psychogériatrie du CSSS (annexe 5) et ce, afin d'illustrer les déficits du client et ainsi, démontrer son inaptitude à l'équipe médicale.

Le questionnement éthique de TS2 est principalement axé sur la détermination des limites de l'intervention du travailleur social dans une perspective de protection de la personne âgée vulnérable en contexte de maintien à domicile. Cette tension entre sa volonté de protéger la personne âgée et le respect du droit à l'auto-détermination du client est exacerbée par une compréhension plus ou moins partagée de l'équipe médicale et de l'administration par rapport à l'inaptitude du client et à la nécessité d'intervenir pour protéger le client. TS2 décide malgré tout de persister pour que l'inaptitude du client soit évaluée médicalement comme telle et que l'importance de protéger le client soit reconnue par l'administration.

Analyse structurale du dilemme éthique de TS2

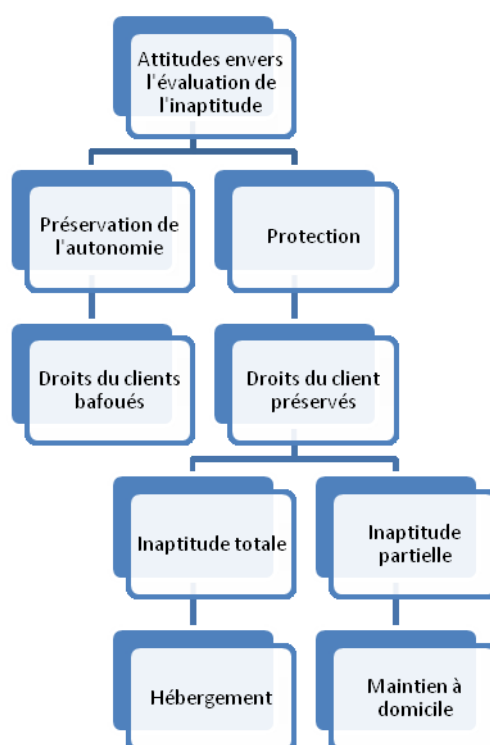


Fig. 6

3.1.3 Entretien avec le travailleur social 3 (TS3)

Lorsque questionné sur ce qu'est pour lui un dilemme éthique, TS3 définit le dilemme éthique comme un questionnement quant aux solutions à apporter à un problème mettant en cause différentes valeurs d'une part, et d'autre part, le fait pour le travailleur social de se retrouver à l'intersection de différentes façons d'appréhender le problème. Il évoque également l'idée que les limites organisationnelles induisent la notion de compromis ou comme le dit TS3, l'idée de la « solution la moins néfaste ».

Un dilemme éthique c'est [...] quand il y a beaucoup de valeurs qui sont en cause [...] Souvent, c'est ce que je me rends compte parce qu'on a beaucoup de limites de ressources, puis de l'organisation aussi. Ça fait que c'est quoi la solution la moins néfaste pour maintenir ou améliorer une situation. Quand il y a des points de vue de différentes disciplines puis que, par exemple, les médecins, ergo, vont juger qu'une personne devrait être hébergée, puis moi, c'est pas mon avis. Qu'il pourrait y avoir une démarche alternative avant l'hébergement, mais que le CLSC ne peut pas offrir

les ressources [...] le dilemme éthique, c'est : Est-ce que je vais accepter qu'on héberge cette personne-là? [...] Moi ma position, c'est plus de trouver des compromis là. (TS3)

Un problème éthique que dit rencontrer TS3 dans sa pratique en lien avec la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée concerne le peu de temps disponible afin de connaître le client et de bien approfondir la situation :

Quand c'est simple, souvent c'est des homologations de mandats. Quand on se rend compte que le médecin, nous, on a le même avis. Pis la personne oui, elle est inapte complètement à assurer sa protection et l'administration de ses biens est adéquate, là ça va de soi. C'est pas super long [...] Mais c'est dans les cas où est-ce qu'il y a des conflits ou que l'on a des sérieux doutes de l'aide qui est accordée à la personne par les aidants ou dans le réseau qui faut démontrer ou aller questionner. Ça prend vraiment des incidents parce qu'on se base vraiment sur les faits. Qu'est-ce que la personne reçoit ou qu'est-ce que la personne ne reçoit pas pour avoir un jugement sur ça [...] Souvent mon plus gros problème que moi j'ai eu, quand le médecin, je ne connais pas beaucoup le client ou la cliente, pis [le médecin] me dit faut aller, faut ouvrir un régime de protection. Moi je trouve qu'on n'a pas assez de temps à bien approfondir toutes ces choses-là. J'ai peur de tourner trop vite les coins ronds. (TS3)

En lien avec le soutien à la prise de décision éthique, TS3 mentionne que la consultation auprès des collègues et la supervision clinique sont ses principales sources pour résoudre les dilemmes éthiques. Comme l'a fait TS2, il explique que d'avoir dû, en l'absence de la superviseuse clinique, aller chercher cette aide auprès d'un chef de programme était plus contraignant au niveau du sentiment de liberté à exprimer librement toutes ses réflexions et observations sur la situation. Cependant, il assure que la supervision est pour lui essentielle, car elle lui permet d'arrimer ses interventions, notamment avec les valeurs de l'organisation.

C'est d'aller chercher du soutien beaucoup ou du support ou du questionnement auprès de mes collègues. Moi, j'utilise beaucoup la supervision. Là, en ce moment, c'est sûr que c'est partielle ma supervision. C'est un chef de programme qui son rôle est très administratif. Les choses que je lui partage, il le rapporte, c'est évident. C'est clairement dit aussi. Il est transparent, puis ça, je trouve ça bien aussi mais tout ça, il va le dire à mon chef de programme. Ça fait que ça, j'aime moins ça. Alors qu'avant, on avait une supervision avec [la superviseuse clinique] qui était très externe, puis toutes ces choses-là administratives au contraire, là y en avait pas [...] Moi j'en ai besoin. Pas que j'ai pas confiance, mais c'est beaucoup plus parce que je veux que ça corresponde aux valeurs de l'organisation, aux valeurs de l'individu, à mes propres valeurs aussi [...] Ça fait que oui, la supervision,

rencontrer mes collègues avec qui j'ai une bonne relation, qui je pense que leur jugement, pour moi est plus approprié. (TS3)

TS3 évoque également l'utilité de faire appel à l'expertise de l'équipe de psychogériatrie du CSSS en ce qui concerne l'évaluation de l'inaptitude et fait mention de la consultation auprès d'un intervenant au Curateur public.

Souvent, c'est d'aller chercher des expertises de psychogériatrie. Sont super aidants [...] Ça m'est arrivé de les appeler parce que je me posais des questions sur l'aptitude ou l'inaptitude de la personne puis vraiment, y m'ont aidé beaucoup [...] Des fois, j'ai appelé aussi le curateur en consultation. (TS3)

Quant aux consultations auprès de l'avocat et l'éthicien du CSSS, TS3 regrette que ces ressources soient peu accessibles aux travailleurs sociaux et que les décisions soient plus souvent administratives qu'éthiques.

J'aimerais ça avoir accès plus rapidement puis, beaucoup plus souvent, à l'éthicien ou à l'avocat. Ça, je trouve, c'est des ressources qui sont là, mais actuellement, je trouve que ce n'est pas moi qui en bénéficie. C'est plus les gestionnaires. C'est plus nos chefs de programmes qui ont accès alors que moi, j'ai souvent demandé puis j'ai pas eu. J'avais demandé à mon chef de programme. Il me disait que oui c'était possible mais, il n'y a pas eu de suite là dans tout ça. Puis, des fois, oui je trouve que ça serait pertinent, parce que je trouve que c'est beaucoup justement des positionnements administratifs. Je trouve qu'il y a des choses là-dedans qui ne sont pas à l'intervenant à assumer. (TS3)

En ce qui concerne la formation concernant l'inaptitude, TS3 dit avoir suivi deux formations avec l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) depuis qu'il intervient au PPALV et rapporte n'avoir jamais été mis en contact avec cette notion durant ses études en service social : « J'en ai suivi 2, celle-là par rapport aux régimes de protection en tant que tel puis l'autre, c'était par rapport aux consentements aux soins. [...] Avant d'être au maintien à domicile, dans mon BAC là, juste de nom là comme ça. Je ne savais même pas qu'est-ce que c'était. »

Le dilemme éthique spécifiquement discuté par TS3 concerne l'évaluation de l'aptitude des clients en lien avec son jugement professionnel d'un côté, et les demandes de l'équipe médicale de l'autre. TS3 décrit son dilemme comme émergent d'une tension entre son

souci de produire une évaluation de l'aptitude basée sur des faits probants et les pressions exercées par un médecin pour que le travailleur social procède rapidement à l'évaluation de l'inaptitude : « Le médecin, elle avait écrit dans son rapport que le client ne prenait pas bien sa médication, que des fois il pouvait être avec un tempérament plus agressif puis, qu'il était en danger à domicile puis, qu'il fallait l'héberger d'urgence. » En déclarant le client inapte, nous dit TS3, la famille serait en mesure d'entamer une relocalisation en centre d'hébergement pour personnes âgées. Le travailleur social se retrouve ainsi, pris entre une logique médicale (le médecin et l'équipe de cognition) de prévention des dangers potentiels où l'on met l'accent sur la vulnérabilité de personne et où, le fait de déclarer le client inapte se justifie par le fait que celui-ci est atteint d'une maladie dégénérative et la nécessité d'un changement de milieu de vie et celle d'une famille qui n'est pas prête à faire homologuer le mandat en raison des coûts financiers élevés et qui n'en voit pas l'intérêt.

[L]a famille n'était pas prête à faire homologuer le mandat. Pour quelle raison, c'est comme s'il y avait des coûts financiers qui étaient élevés pour eux. Puis, de toute façon, il y avait une administration qui était réalisée depuis très longtemps [...] Puis, le problème c'était que le médecin voulait qu'on homologue le mandat pour que la famille prenne la décision d'héberger Monsieur. La famille n'est pas prête à héberger Monsieur. Il n'y a pas de danger non plus [...] ça pouvait rester comme c'est là, à part, peut-être, mettre un repas de plus pour la popote roulante. (TS3)

Cependant, peu de temps après, l'infirmier du médecin contacte à nouveau TS3 pour lui demander de procéder à l'homologation du mandat en cas d'inaptitude et ce, malgré le fait que la famille du client n'ait entamé aucune démarche en ce sens. Cette insistance de l'équipe médicale donne l'impression à TS3 que :

Le message qu'on m'envoyait, c'était comme si je ne voyais pas que le monsieur était négligé, qu'on pouvait facilement abuser de lui, qu'il était en danger et qu'il fallait le protéger. Même encore aujourd'hui, je ne le vois pas qu'il faut encore le protéger plus que qu'est-ce qu'il a, l'encadrement qu'il a. (TS3)

TS3 décide alors d'appeler au bureau du Curateur public du Québec pour soumettre la situation. La personne qui lui répond lui conseille effectivement de ne pas procéder en raison des nombreuses capacités résiduelles du client et du fait que la famille n'a pas entamé de démarches afin de procéder à l'homologation du mandat. Elle lui conseille également d'entrer en contact avec le médecin pour discuter de la situation.

[La personne] qui m'avait répondu à ce moment-là, m'avait dit ben, c'est pas nécessaire. [Le client] est capable de faire beaucoup de choses. T'as pas à procéder surtout que tu n'as pas d'affidavit encore. Dis ça au médecin puis, t'as beaucoup d'éducation à faire par rapport médecin. Ça fait que j'ai essayé de rentrer en contact avec le médecin puis, je ne sais pas pourquoi, je n'ai pas eu aucun appel... on ne s'est pas parlé face à face par rapport à ce monsieur-là. Ça fait que ça toujours été par courriel, par lettre même. (TS3)

Le médecin envoie alors une lettre au CLSC dénonçant une situation de négligence envers la personne. La direction rencontre alors TS3 et lui conseille de procéder à l'ouverture d'un régime de protection publique de manière préventive. Ce qui apparaît être tout à fait incongru à l'esprit de TS3, du fait qu'il ne juge pas qu'il y a effectivement un besoin de protection.

Il a envoyé une lettre dénonçant qu'il y avait de la négligence du CLSC dans cette situation-ci, jusqu'à la direction des services professionnels et c'est à partir de là, que mes chefs m'ont rencontré pour me dire : fais ça, continue, puis si la famille veut pas bouger, c'est un événement qui justifie une ouverture de régime de protection publique [...] Fait l'ouverture [du régime de protection] de manière préventive. Puis moi dans ma tête, ça ne marchait pas parce qu'on ne peut pas faire un régime de protection de manière préventive. On le fait quand il y a une inaptitude, ce qui était le cas et ce qui est encore le cas, mais quand il y a aussi des besoins de protection [...] C'était ça l'idée, de façon préventive parce que la famille ne voulait pas faire homologuer le mandat. Puis moi je me suis dis, on ne peut pas faire ça : vraiment le besoin de protection, il est où?

Le travailleur social dit avoir procédé parce qu'on l'y a contraint et non parce qu'il évaluait que le client nécessitait d'être protégé.

Si ça aurait été de moi non, ça aurait continué comme de façon plus informelle, je dirais oui, parce que je trouvais qu'il n'y avait pas de nécessité à avoir ce papier-là [...] C'était ça l'attitude. C'est de dire puisque vous ne voulez pas procéder à l'ouverture d'un régime de protection, votre personne est inapte. Moi, d'ici deux semaines, si je reçois aucun affidavit on va procéder à l'ouverture d'un régime de protection publique parce que c'est ce qu'on me demande ici au CLSC. (TS3)

Il se soumet donc aux demandes de son établissement en prenant la décision de procéder à l'ouverture d'un régime de protection ce qui a pour résultat effectivement de faire bouger

la famille. Cependant, TS3 décide malgré tout de faire ressortir dans son évaluation ses préoccupations relativement au fait qu'il estime ne pas avoir eu suffisamment de temps pour apprécier le niveau d'aptitude du client et ce, dans le but délibéré que ce soit au niveau juridique que soit prise la décision au regard à l'inaptitude. À ce sujet, TS3 explique :

Au lieu d'aller dire clairement dans mon rapport que je suis du même avis que le médecin, je vais nuancer. En essayant d'aller chercher un peu plus de temps. Dire que ma position, c'est, soit je ne la connais pas assez pour procéder à mon évaluation puis, ça va prendre quelque temps, puis que la cour se prononce par rapport à l'aptitude ou à l'inaptitude de la personne parce que c'est des recommandations. C'est pas coulé dans le béton que parce que oui, j'ai écrit que la personne est inapte... Le greffier ou le juge pourrait dire non, non, non la personne est apte quand même. Elle a certaines capacités à administrer. (TS3)

Par souci de ne pas tout faire basculer de manière injustifiée dans les habitudes du client, TS3 décide de « couper la poire en deux » en recommandant dans son rapport que ce soit un membre de la famille qui soit représentant et que celui-ci se fasse aider par la personne que le client avait choisi pour l'aider dans la gestion de ses affaires.

Rappelons que TS3 décrit son dilemme comme émergent d'une tension entre son souci de produire une évaluation de l'aptitude basée sur des faits probants et les pressions exercées par un médecin pour que le travailleur social procède rapidement à l'évaluation de l'inaptitude. Le travailleur social se retrouve pris à l'intersection de différentes façons d'appréhender le problème : TS3 ne juge pas qu'il y a effectivement un besoin de protection et se retrouve confronté à une logique médicale (le médecin et l'équipe de cognition) de prévention des dangers potentiels où l'on met l'accent sur la vulnérabilité de la personne et où, le fait de déclarer le client inapte se justifie par le fait que celui-ci est atteint d'une maladie dégénérative et la nécessité d'un changement de milieu de vie. D'un autre côté, il doit composer avec la famille qui n'est pas prête à faire homologuer le mandat en raison des coûts financiers élevés et qui n'en voit pas l'intérêt et l'administration qui lui conseille de procéder à l'ouverture d'un régime de protection publique de manière préventive, alors que le Curateur public lui conseille effectivement de ne pas procéder en raison des nombreuses capacités résiduelles du client et du fait que la famille n'a pas entamé de démarches afin de procéder à l'homologation du mandat. Dans un premier temps, TS3 décide d'entrer en contact avec le médecin afin de lui partager son

évaluation de la situation. Dans un second, il se soumet aux demandes de son établissement en prenant la décision de procéder à l'ouverture d'un régime de protection, ce qui a pour résultat effectivement de faire bouger la famille. Cependant, TS3 décide malgré tout de faire ressortir dans son évaluation ses préoccupations quant au fait qu'il estime ne pas avoir eu suffisamment de temps pour apprécier le niveau d'aptitude du client et ce, dans le but délibéré que ce soit au niveau juridique que soit prise la décision par rapport à l'inaptitude.

Analyse structurale du dilemme éthique de TS3

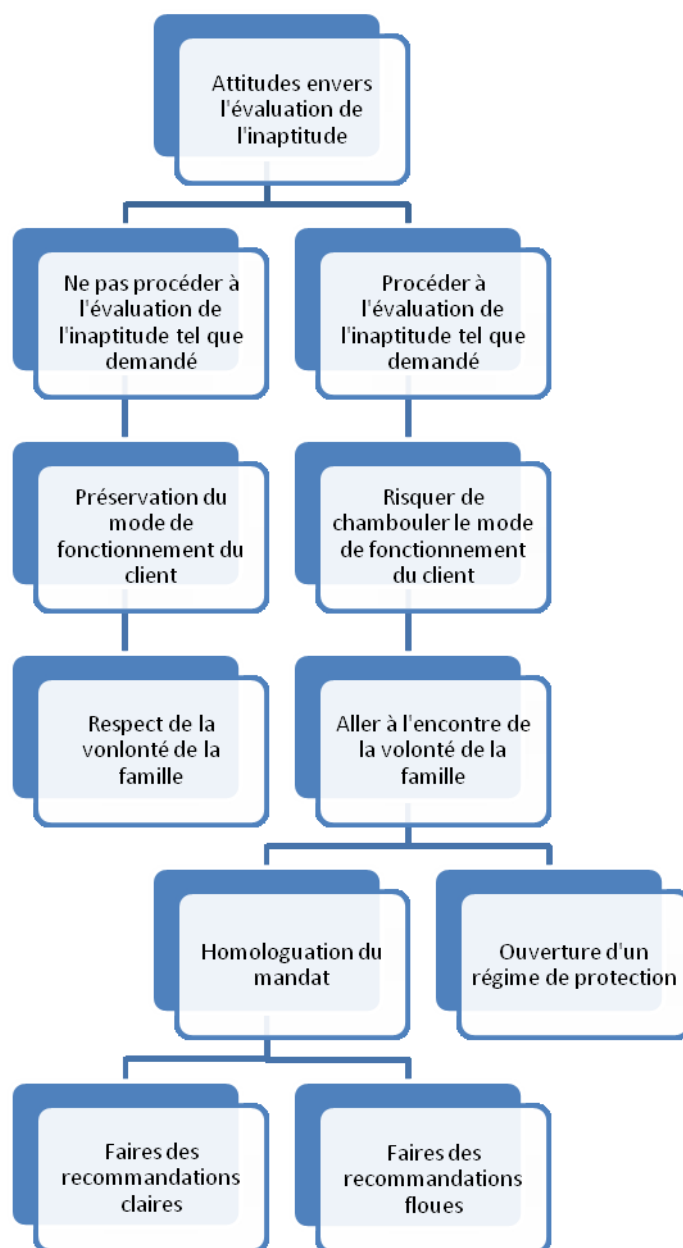


Fig. 7

3.1.4 Entretien avec le travailleur social 4 (TS4)

À la question qu'est-ce qu'un dilemme éthique, TS4 révèle qu'en contexte de maintien à domicile, le dilemme concerne surtout la gestion du risque et survient lorsque le travailleur social a un doute par rapport à la détermination du niveau de risque tolérable, une fois que le client a été médicalement évalué inapte.

Pour moi, c'est vraiment le doute par rapport à ce qu'on devrait, par rapport à ce qu'on doit faire puis, par rapport au contexte que vit la personne puis, par rapport au diagnostic parce que parfois, on dit, dès que vous avez une personne qui semble inapte, faites tout de suite un régime de protection. Bon il faut se poser des questions avant puis, c'est sûr, la personne est évaluée [par le médecin] mais, une fois évaluée, mon dilemme éthique, c'est que si la personne, oui elle est inapte, mais je la trouve quand même assez... parce qu'inapte ça ne veut pas dire qu'elle est complètement perdue [...] Donc, tu vois quand tu tombes dans les inaptes partiels [...] Combien de temps on doit les garder versus ce qu'il vit en ce moment. (TS4)

Pour TS4, un dilemme éthique survient dans les contextes de risque lorsque le travailleur social sait qu'il doit agir mais, où il sait qu'en agissant, il risque aussi de perdre le lien de confiance avec son client. Ces situations surviennent, nous dit TS4, lorsque le client concerné n'est pas prêt à accepter l'intervention, justement parce qu'il n'a pas le jugement pour comprendre que l'intervention est nécessaire. TS4 fait aussi la distinction entre le diagnostic (la déclaration d'inaptitude) qui impose au travailleur social une obligation d'agir et le contexte dans lequel évolue la personne, qui lui, donne une latitude quant au choix de son intervention.

Du moment où on nous enseigne, on nous forme pour protéger une personne et pour qu'on évalue si la personne n'est plus capable [...] la notion que dès que tu vois qu'il y a un client qui semble inapte, que tu as une évaluation d'inaptitude, que c'est marqué mettons partiel, [...] t'es obligé de faire une demande de protection si y a personne autour de cette personne-là. C'est dans ce sens-là que je me dois, on se doit d'agir. Mais dans un certain sens si tu peux, toi comme travailleur social, trouver d'autres alternatives pour une personne qui a été jugée inapte, évidemment par un médecin [...] et que tu vois que ça va être déjà très difficile de faire comprendre à la personne qu'elle va être sous un régime de protection... C'est là que je te dis que c'est l'ambivalence [...] Parce que nous notre rôle c'est ça, c'est de passer à l'acte puis, de passer à des évaluations puis, homologuer des mandats dès qu'on voit qu'il y a une perte quelconque cognitive. Ça dépend de chaque environnement aussi, c'est pas que diagnostique. (TS4)

TS4 souligne également le fait que ces démarches représentent une charge de travail supplémentaire pour le travailleur social. La charge de travail imposée par le contexte organisationnel exerce selon TS4 une pression pour que le travailleur social procède.

Est-ce que tu fais vivre à la personne des moments de perte de pouvoir alors que tu sais qu'avec un bon encadrement, on peut attendre avant d'arriver à ça ou t'as tellement de clients, t'as tellement de demandes, que tu te dois de faire ça pour passer à l'autre... Tu te dois de faire ça parce que dans une institution on te demande beaucoup et t'as pas de choix de le faire. (TS4)

En ce qui a trait au soutien à la prise de décision éthique, TS4 dit le trouver auprès de l'équipe de psychogériatrie du CSSS ainsi que de la superviseuse clinique. Ce type de consultations permet à TS4 d'obtenir un appui quant au niveau de risque qui peut être toléré et aux interventions à privilégier.

[S]ouvent, je fais appel à des professionnels comme en psychogériatrie pour évaluer les risques majeurs [...] pour valider, voir si ce que j'ai observé comme risques... Puis des fois, c'est ça. Ça va prendre un peu plus de temps à confirmer mes craintes ou des fois, ça m'aide juste à comprendre que j'étais dans la bonne voie puis, qu'on va juste continuer avec les démarches. C'est souvent en psychogériatrie que je consulte ou bien la superviseuse clinique qu'on rencontre selon nos besoins. Souvent, [la superviseuse clinique] nous donnait un peu des idées de la situation puis [...] quelle intervention privilégier puis, laquelle on pourrait peut-être attendre. (TS4)

En ce qui concerne l'intervention, TS4 aborde spécifiquement la question de l'hébergement contre le gré du client. Lorsque que le travailleur social décide qu'il doit procéder à l'hébergement, vient alors le problème éthique lié à l'utilisation ou non par le travailleur social de stratégies destinées à faciliter la transition du domicile au centre d'hébergement. Par exemple, tenter de faire croire à la personne qu'il s'agit d'un hébergement temporaire, le temps de procéder à des rénovations dans son appartement alors que l'on souhaite l'héberger de façon permanente.

C'est un dilemme éthique. C'est jusqu'où on va pour faciliter la transition d'un client. Et eum... Je l'ai fait puis, je ne me sens pas mal de l'avoir fait pour tel ou tel client. Maintenant, y sont bien. Ça bien fonctionné la transition puis, après un certain temps y se sont adaptés. (TS4)

D'une part, TS4 justifie l'utilisation de ce type de stratégies par le souci de ne pas créer de traumatisme pour le client qui, n'est pas nécessairement en mesure de retenir l'information en raison de ses problèmes de mémoire. À cet égard, TS4 fait part de son malaise à être confronté à la détresse du client. D'autre part, TS4 souligne que leur utilisation semble satisfaisante, selon lui, les autres intervenants impliqués dans le dossier.

Aussi j'ai beaucoup de misère avec les chocs et les traumatismes. Je me dis, ces gens qui ont perdu tout, tout ce qui leur reste, c'est leur mémoire à long terme, leur mémoire ancienne. C'est clair. C'est sûr qu'il va y avoir une crise drastique sauf que... C'est là que tu dis : c'est pas optionnel [...] Puis la curatrice, les cas où j'ai eu à utiliser ça, ben y ont été assez contents, déjà que la personne parte sans à avoir à aller à l'extrême, sans les ordres de cour, que la transition s'est bien faite puis, tout le monde est content. (TS4)

Le dilemme éthique qu'a choisi de discuter TS4 à travers l'illustration d'un cas vécu concerne encore une fois l'application de la bienfaisance versus la protection de l'autonomie. Ici, le questionnement éthique de TS4 est lié à la détermination du niveau d'incapacité du client. Pour TS4, cette évaluation risque fort d'avoir un impact sur le type d'intervention choisi afin de protéger celui-ci. Bien que le client présente un "profil santé mentale" et que plusieurs éléments soient identifiés par TS4 comme étant des facteurs de risque pour le maintien à domicile (problème d'accumulation, refus des services, difficulté à gérer ses finances, hygiène négligée, alimentation moyenne, etc...), le client ne présente aucune atteinte physique ou cognitive majeure. TS4 est d'avis que le client devrait être davantage encadré, idéalement en procédant à une localisation dans un hébergement avec services et tout au moins, par de l'aide à domicile. Toutefois, TS4 craint de provoquer une crise si le client est placé sous curatelle.

Donc, j'hésite entre l'incapacité complète et partielle parce que justement il ne prend plus soin de lui mais, c'est sûr qu'il n'a pas de problème majeur aussi, mais quand même... je veux dire... il est tout le temps sale. Euh, c'est le cas des personnes qui... peut-être d'ici un an, il ne se lavera plus. Là, il se lave encore mais est à la limite. Puis, il tient encore à s'occuper de ses choses même s'il ne le fait pas bien. Donc, encore une fois, est-ce qu'on lui enlève tout son pouvoir et c'est le choc total, la crise totale [...] on coupe la relation et on le met sous régime de protection ou on y va quand même avec l'option de partielle dans le but de lui laisser certains droits mais, euh, ça va dépendre aussi de l'évaluation du médecin là. (TS4)

TS4 rapporte que l'équipe médicale suggère que le client soit déclaré inapte totalement. Cependant, TS4 a conscience que sa propre évaluation a une certaine influence sur la décision du médecin. Au moment de l'entrevue, TS4 hésitait toujours entre recommander une inaptitude complète ou partielle et ce, compte tenu des éléments d'incertitude contenus dans la situation et considérant les effets qu'auront sur la personne une mise sous curatelle. En effet, TS4 craint que le fait de déclarer le client totalement inapte constitue pour ce dernier un terrible choc dans la mesure où, l'état d'inaptitude totale est conçu implicitement comme requérant l'hébergement. De plus, bien que TS4 considère que le client n'est pas en mesure de prendre soin de lui-même et de ses affaires de façon appropriée, il souligne le désir de celui-ci à continuer de le faire. Il souligne aussi le tempérament indépendant du client qui tient à conserver la liberté de ses allers et venues et n'avoir à dépendre de personne.

Encore une fois, le dilemme éthique concerne l'application de la bienfaisance versus la protection de l'autonomie et le questionnement éthique de TS4 est lié à la détermination du niveau d'inaptitude du client. Pour TS4, cette évaluation risque fort d'avoir un impact sur le type d'intervention choisie afin de protéger celui-ci. TS4 est d'avis que le client devrait être davantage encadré, idéalement en procédant à une localisation dans un hébergement avec services et tout au moins, par de l'aide à domicile. L'équipe médicale suggère que le client soit déclaré inapte totalement. Toutefois, TS4 craint de provoquer une crise si le client est placé sous curatelle, dans la mesure où l'état d'inaptitude totale est conçu implicitement comme requérant l'hébergement. Cependant, pour TS4, l'option de déclarer le client inapte partiellement est valable dans la mesure où les risques mentionnés plus haut restent somme toute modérés. Bien qu'au moment de l'entrevue, TS4 n'ait pas encore résolu son dilemme par rapport au degré d'inaptitude à recommander, il dit prévoir s'en remettre à l'évaluation médicale pour faire ses recommandations dans l'évaluation qui sera transmise au Curateur public.

Analyse structurale du dilemme éthique de TS4

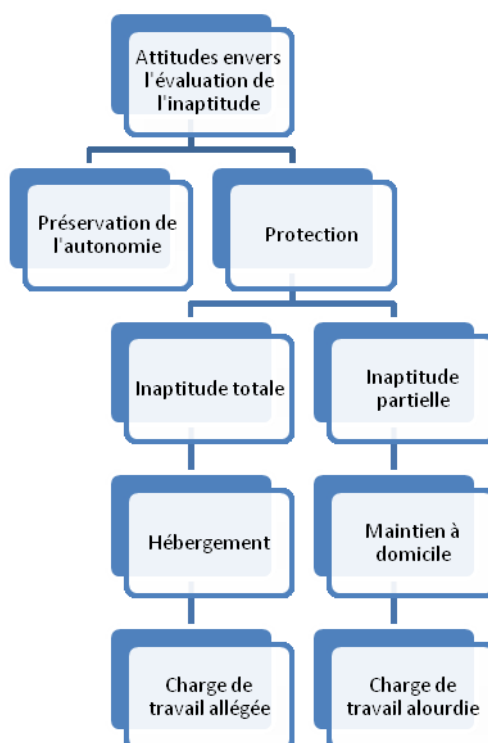


Fig. 8

3.1.5 Entretien avec le travailleur social 5 (TS5)

Pour TS5, les dilemmes éthiques sont issus principalement du malaise éthique à devoir prendre des décisions qui auront des impacts sur l'avenir de la personne. Il parle de la responsabilité du travailleur social d'être le plus précis possible dans ses évaluations et ce, afin de réduire au maximum les risques d'interprétation susceptibles de pénaliser la personne concernée.

Le dilemme éthique c'est lorsqu'on n'a pas un texte qui définit clairement. Euh, je prends dans le cas de l'aptitude. C'est très ouvert et puis, il y a l'appréciation médicale, l'appréciation du TS. Il y a tellement d'appréciations. À un moment donné, il faut qu'on se concentre et qu'on réfléchisse par rapport à nous aussi, par rapport au texte [...] C'est tellement large et sujet d'interprétation que c'est pourquoi c'est difficile à rédiger parce que chacun l'interprète. L'interprétation

pour moi, c'est encore pire dans la mesure où, il y a toute la dimension culturelle aussi qui intervient. (TS5)

En lien avec la lourdeur de la responsabilité pour le travailleur social de devoir se prononcer sur l'inaptitude dans le cadre des régimes de protection et son corollaire implicite, la question de l'hébergement, TS5 nous fait part des différences qu'il a pu constater entre les systèmes français et québécois. En effet, celui-ci fait remarquer la facilité avec laquelle il est possible de procéder à l'ouverture d'un régime de protection au Québec comparativement à ce qui se fait en France.

[Dans le système français], c'est très difficile d'héberger quelqu'un contre son gré. Même si on sait que la personne perd de ses capacités. Alors, il y a toutes les valeurs culturelles aussi qui interviennent [...] [I]ci, le médecin se prononce [sur l'inaptitude] mais le TS aussi donne son rapport [...] en fin de compte, on complète le rapport du médecin. C'est le rapport du médecin qui prime. Là-bas aussi, c'est le rapport du médecin, mais ils peuvent se passer du rapport du TS. [...] La procédure, elle est très, très longue [...] C'est au palais de justice que ça se traite. Donc avant de s'embarquer dedans... (TS5)

Le fait d'avoir la bonne interprétation quand à la situation problème, de faire la bonne chose dans l'intérêt du client se traduit notamment par le souci de TS5 d'avoir suffisamment de faits pour rédiger convenablement l'évaluation psychosociale destinée à justifier ou non l'ouverture d'un régime de protection. Avoir suffisamment d'exemples pour étayer ses recommandations permet à TS5 de se sentir confortable avec ces dernières, d'où la nécessité pour celui-ci d'avoir suffisamment de temps pour réunir ses preuves et rédiger convenablement le rapport.

[L]orsque ça vient subitement et qu'on n'a pas réuni suffisamment de preuves, t'as du mal à argumenter certaines choses, parce que normalement, tu vas devoir justifier si la personne s'alimentait mal mais, au moins tu sais [...] que j'ai vu ceci, j'ai vu cela. Il y a des trucs qui nous échappent alors, ce qui fait qu'on a toujours l'impression, euh, de ne pas bien argumenter parce qu'on n'a pas suffisamment étayé ce qu'on avait par des exemples [...] Je rapporte des faits et ça, ça donne quand même une certaine consistance à un dossier. Donc c'est ça le dilemme de oui c'est bien de faire la procédure pour une mesure de protection, mais il faut déjà que ton dossier soit bien étoffé... (TS5)

À ce titre, TS5 mentionne qu'il a demandé avec d'autres travailleurs sociaux à recevoir une formation pour faciliter et améliorer la qualité de la rédaction des rapports destinés à l'ouverture de régimes de protection.

Puis on a demandé à faire une formation pour nous faciliter la rédaction des rapports pour [...] les dossiers de la curatelle, parce que chaque TS comprenait à sa manière les choses [...] ça posait un problème parce que ça te ralentit dans la rédaction. Parce que bon bien hein! Quand même on a l'avenir de quelqu'un entre nos mains. On veut être le plus juste possible. Alors c'était plus au niveau éthique [...] Faut faire très attention à ce qu'on dit. Il ne faut pas que ce soit sujet à interprétation et que ça pénalise la personne. (TS5)

À propos du soutien à la prise de décision éthique TS5 dit trouver dans les rencontres de groupe un certain réconfort. Il s'agit également d'un moyen d'aller chercher une validation sur sa lecture de la situation. Tout comme les échanges avec les collègues, la supervision clinique permet d'avoir une vision plus complète de celle-ci. TS5 souligne aussi l'apport de la supervision avec un chef de programme qui apporte, selon lui, un complément à la supervision clinique, notamment, en ce qui concerne les éléments davantage administratifs et d'avoir, dans certains cas, accès de façon indirecte aux services de l'éthicien du CSSS.

On consulte parce que tout seul, tu peux pas [...] donc on se réfère un petit peu à nos supérieurs puis en supervision, on présente un petit peu le dossier et puis les collègues et c'est très enrichissant. Ya des choses auxquelles on ne pense pas et les collègues nous font penser [...], ça crée une certaine émulation et ça nous aide à repartir et à déblayer un petit peu, dédramatiser. [La supervision clinique et la consultation auprès d'un chef de programme ç]a se complète [...] Parce que y a certains aspects qui sont traités en supervision. Mais les aspects plus, euh, au niveau [de] l'institution. C'est plus avec les responsables. La supervision te donne plus l'accès par rapport à une technique, par rapport à la connaissance, par rapport au texte, etc. Si c'est quelque chose où l'institution, euh, est impliquée, où on doit faire très attention [...] alors on est obligé de voir avec nos chefs, qui va se référer aux services éthiques.

La situation dont TS5 a décidé de nous parler aborde le problème éthique de la pression exercée par l'entourage du client sur le travailleur social afin qu'il procède à son hébergement. Dans le cas qui nous intéresse, l'entourage concerné était l'administration de l'immeuble où résidait la personne âgée. Selon TS5, celle-ci amplifiait les risques encourus par le client et arguait que celui-ci devait être relocalisé alors que TS5 évaluait les risques encourus comme acceptables et gérables avec les services du CLSC. Même si une

ouverture de régime de protection pouvait se justifier, il n'y avait pas, selon TS5, nécessité de procéder à un hébergement dans l'immédiat. TS5 nous parle ainsi de son malaise à ce que le client soit déclaré inapte totalement dans le but de procéder à son hébergement.

C'est sûr, ce sont des problèmes, mais pour moi, c'était pas des problèmes majeurs pour pouvoir, euh, placer la personne [...] Dans le même temps, j'avais des personnes âgées qui étaient à domicile et qui étaient pires que [ce client] là et donc, c'était ça qui était un petit peu gênant. (TS5)

Cependant, devant l'insistance de l'administration de l'immeuble, TS5 nous dit s'être résigné à entamer des démarches afin que le médecin de famille procède à l'évaluation de l'inaptitude du client.

Non, c'était les personnes responsables [de l'immeuble], les administrateurs, ils disaient non, non, non, il faut l'enlever, [le client] va faire ci, [il] va faire ça. Donc t'as pas le choix, il faut l'enlever, il faut l'enlever. Sinon on va te le répéter [...] Donc, moi à un moment donné, j'ai dit : c'est mieux que je m'implique tout de suite pour procéder à l'hébergement. Si quelque chose se produit, c'est la responsabilité du CLSC [...] Y a rien qui nous prouvait qu'il y allait se passer quelque chose mais, il faut bien prévenir quelque part. TS5

Après discussion, le médecin exprime sa volonté de déclarer le client inapte partiellement à la personne et totalement aux finances. Puis, il se ravise et décide que le client sera plutôt déclaré inapte totalement aux biens et à la personne afin d'éviter de multiplier les procédures.

[L]e médecin [...] il m'a dit : Bon ben ça va être la curatelle, hein, on n'a pas le choix. Parce que le médecin lui, il a plus vu l'aspect financier, les risques d'abus et ça, c'est vrai. Il dit : Non, on peut pas le laisser comme ça, il va se faire abuser et puis, etc., etc. Donc, lui il était d'accord pour une mesure de protection par rapport à sa personne et à la gestion, ses finances [...] il m'a dit : écoute au lieu de revenir encore dessus, ça va être ça [...] Donc, on a fait comme ça puis après, ben la procédure a suivi son cours... (TS5)

Pour TS5, l'évaluation de l'inaptitude, est d'abord une décision médicale. De plus, il se dit rassuré du fait que le client est atteint d'une maladie dégénérative et donc, qu'il y a fort à penser que, si au moment de l'évaluation des doutes persistent sur le degré d'inaptitude de

la personne, la situation finira par se détériorer : « Ce qui me rassurait quelque part, c'est que y avait la maladie d'Alzheimer qui était présente [...] qui entraînait une détérioration de certaines capacités, mais c'était pas avancé, mais comme la maladie était là qui pouvait... (TS5) »

Le problème éthique abordé par TS5 est en lien avec la pression exercée par l'entourage du client sur le travailleur social pour qu'il procède à son hébergement. TS5 nous parle ainsi de son malaise à ce que le client soit déclaré inapte totalement dans le but de procéder à son hébergement. En effet, la résidence où habite la personne âgée est d'avis que celle-ci doit être relocalisée en raison des risques encourus, alors que TS5 estime que la résidence amplifie les risques encourus par le client et que ceux-ci sont gérables avec des services du CLSC. Même si TS5 croit qu'une ouverture de régime de protection peut se justifier, il ne voit pas la nécessité de procéder à un hébergement dans l'immédiat. De son côté, le médecin penche plutôt pour que le client soit déclaré inapte totalement aux biens et à la personne afin d'éviter de multiplier les procédures. Finalement, TS5 rapporte avoir procédé pour éviter que le CLSC ne soit tenu responsable en cas d'incident et mettre fin aux pressions exercées par la résidence.

Analyse structurale du dilemme éthique de TS5

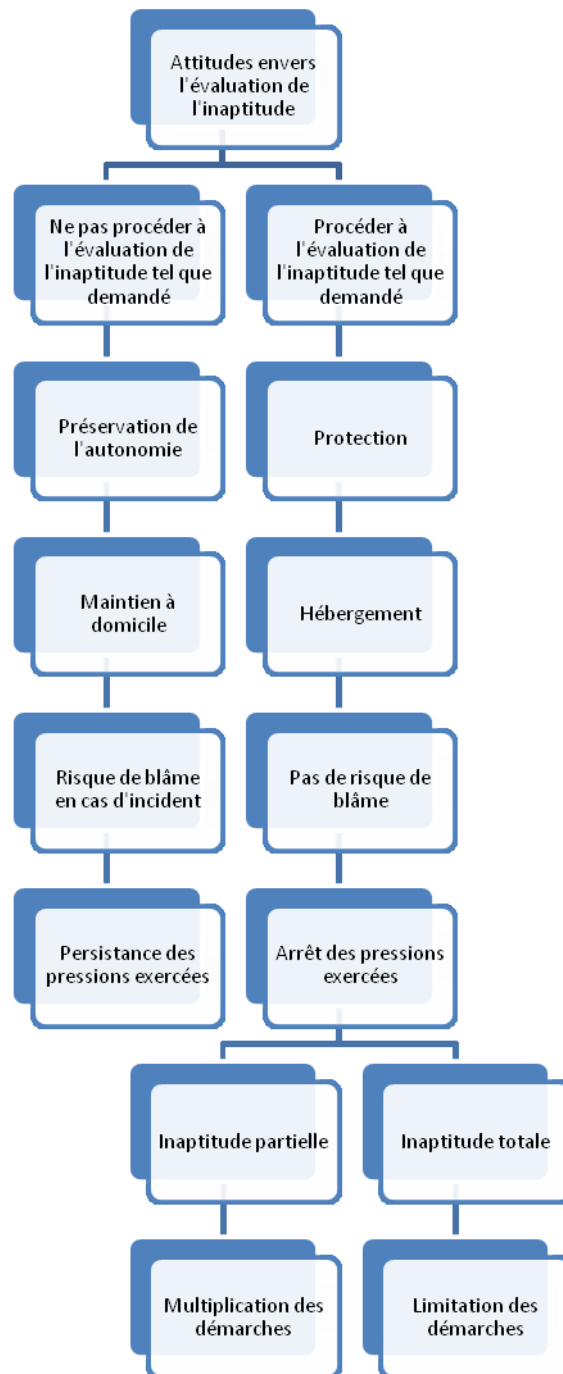


Fig. 9

3.1.6 Entretien avec le travailleur social 6 (TS6)

Lorsque nous questionnons TS6 à savoir ce qu'est pour lui un dilemme éthique, il fait référence à l'affrontement entre deux valeurs reliées aux normes de pratique qui s'opposent. Un dilemme éthique peut également survenir, selon TS6, lorsqu'une règle de fonctionnement, liée au code de déontologie ou imposée par l'employeur, entre en conflit avec des valeurs du travailleur social : « C'est des valeurs qui s'affrontent ou ça peut aussi être une règle de fonctionnement, que ce soit lié aussi au code de déontologie ou que ce soit imposé par notre employeur, qui entre en conflit avec des valeurs. » TS6 insiste sur l'importance de prendre le temps nécessaire à la résolution des dilemmes éthiques.

Comme c'est des situations qui sont souvent complexes, [...] tu peux comme pas trop synthétiser là. Faut que tu prennes le temps de tout décrire en détail là. C'est quoi les risques, c'est quoi la situation, c'est quoi mes inquiétudes. C'est quoi l'impact ça peut avoir au niveau psychologique, que ça peut avoir pour la personne. (TS6)

Selon TS6, le travailleur social au PPALV se retrouve toujours pris entre le principe de protection versus celui du consentement libre et éclairé, lorsqu'il évalue que la personne doit être hébergée mais que celle-ci refuse. Ici, le dilemme soulevé par TS6 réfère à la décision que doit prendre le travailleur social entre dire la vérité à la personne quant à son intention de procéder à son hébergement et ce, au risque que celle-ci s'y oppose de façon catégorique et celle de modifier la réalité pour éviter ce refus. Devant un tel refus, le travailleur social et son établissement pourraient alors décider de maintenir la personne à domicile malgré les risques encourus ou alors, tenter d'obtenir auprès du tribunal une autorisation pour passer outre le refus du client et procéder à l'hébergement tel que le prévoit l'Article 16 du Code civil du Québec³. À cet égard, TS6 souligne que les coûts

³ 16. L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence. Elle est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit. (C.C.Q., 1991, c. 64, a. 16.)

élevés engendrés par l'établissement qui doit avoir recours à une telle procédure et la nécessité pour ce faire que les risques encourus par la personne soient extrêmement importants, sont des raisons pour justifier l'utilisation des stratégies visant à amener la personne à accepter l'hébergement et ce, au détriment du principe du consentement libre et éclairé. L'utilisation de ce type de stratégie (ex : dire qu'il s'agit d'un hébergement temporaire plutôt que permanent) serait selon TS6 une pratique suggérée par certains membres de l'administration.

[C]'est arrivé qu'on ait un peu modifié la réalité pour amener la personne à accepter. Ben, c'est ce qu'on me conseille un peu de faire parce que aussi... Y a aussi que d'aller en cour, ça coûte 10 000\$ au CSSS, pis pour que ce soit accepté aussi, ben ça prend beaucoup d'éléments.

Bien que TS6 rapporte s'être fait dire par un membre du Curateur public que l'utilisation de ce type de stratégie était inadmissible, car elle allait à l'encontre des droits de la personne. Il apparaît, selon l'expérience qu'il a pu avoir notamment avec les résidences pour personnes âgées, que leur utilisation soit monnaie courante dans le milieu.

[La personne au Curateur public] me dit : vous allez contre les droits de la personne [...] J'en ai parlé en supervision. J'en ai parlé avec mon chef de programme. Ben ce qui est ressorti, c'était un peu que c'est sûr que le curateur va défendre cette position-là, mais dans les faits, [... le client], un coup rendu à la résidence [...] C'est un peu banalisé parce qu'ils semblent être un peu habitués à ça. (TS6)

TS6 tient cependant à noter que la plupart du temps, c'est le représentant légal ou un membre de la famille qui prend la responsabilité d'utiliser ce type de stratégies et qu'il ne fait lui-même que le suggérer à la famille. Il souligne, à ce niveau, les risques de dérapage sur le plan éthique. Par exemple, lorsque la famille omet carrément de dire à la personne qu'elle va en hébergement.

Le dilemme éthique dont a choisi de nous parler TS6 a trait à l'évaluation du degré d'inaptitude de la personne âgée. Dans ce dilemme, TS6 se questionnait à savoir si vraiment la cliente plutôt que personne devait être déclarée totalement inapte à la personne du fait que le médecin l'évaluait ainsi et que la famille souhaitait un hébergement rapide. Devant le portrait de la personne âgée qu'il qualifie de "désarmant", TS6 s'interroge sur les critères qui permettent de juger du niveau d'inaptitude.

J'ai l'impression qu'il n'y a pas de vrai consensus par rapport [à la détermination du niveau d'inaptitude]. Si je regarde ce que M. Berthiaume disait dans la formation de l'Ordre. Quelqu'un est inapte à la personne quand y est complètement désorienté [...] La psychogériatrie, ça prend beaucoup moins que ça pour que quelqu'un soit déclaré inapte total. C'est quand quelqu'un [...] est pas capable d'analyser à quelque part les risques. (TS6)

TS6 prendra finalement la décision de procéder en évaluant la personne inapte totalement aux biens et à la personne, conformément à l'opinion du gériatre ayant produit la déclaration d'inaptitude. D'une part, il estime qu'il est difficile et parfois peu payant d'aller à l'encontre de l'opinion médicale, d'autant plus que beaucoup d'éléments selon le gériatre et la psychogériatrie appuient la thèse de l'inaptitude. D'autre part, TS6 croit que le fait de ne pas évaluer la personne inapte totalement aurait mis en péril le processus d'homologation du mandat en cas d'inaptitude ce qui, lui aurait donné l'impression de faillir à sa tâche. En effet, cette impression vient du fait que le mandat est supposé exprimer la volonté de la personne avant que ne survienne l'inaptitude.

Je suis pas allé rappeler le gériatre. Je pourrais le faire tsé mais je me dis : est-ce que ça vaut vraiment la peine? Est-ce que je vais confronter un gériatre... J'étais un petit peu surpris mais en même temps, c'est ça. C'est quand même [un client] qui est des fois complètement absent. De plus, comme il s'agit d'une homologation de mandat en cas d'inaptitude... (TS6)

Finalement, TS6 justifie cette décision par la possibilité de devoir un jour avoir recours à une autorisation du tribunal pour procéder à l'hébergement de la personne: « Dans l'éventualité où l'on doit aller vers une requête en hébergement, ben là j'ai comme pas le choix de la déclarer totalement inapte».

Le dilemme éthique de TS6 a trait à l'évaluation du degré d'inaptitude de la personne âgée. Dans ce dilemme, TS6 se questionne à savoir si vraiment la personne doit être déclarée totalement inapte à la personne, du fait que le gériatre et la psychogériatrie l'évaluent ainsi et que la famille souhaite un hébergement rapide. Devant le portrait de la personne âgée qu'il qualifie de "désarmant", TS6 s'interroge sur les critères qui permettent de juger du niveau d'inaptitude. Le questionnement éthique est donc principalement lié au fait de déclarer la personne complètement inapte à la personne dans le but d'un hébergement puisque, l'inaptitude totale n'apparaît pas clairement ni à l'auxiliaire qui connaît le client

depuis longtemps, ni à TS6. TS6 prend finalement la décision de procéder en évaluant la personne inapte totalement aux biens et à la personne, conformément à l'opinion du gériatre ayant produit la déclaration d'inaptitude, car il estime qu'il est difficile et parfois peu payant d'aller à l'encontre de l'opinion médicale. De plus, TS6 croit que le fait de ne pas évaluer la personne inapte totalement peut mettre en péril le processus d'homologation du mandat en cas d'inaptitude et que dans l'éventualité où le CLSC aurait à s'adresser au tribunal pour demander une requête en hébergement, il est préférable que le client soit déclaré inapte totalement.

Analyse structurale du dilemme éthique de TS6

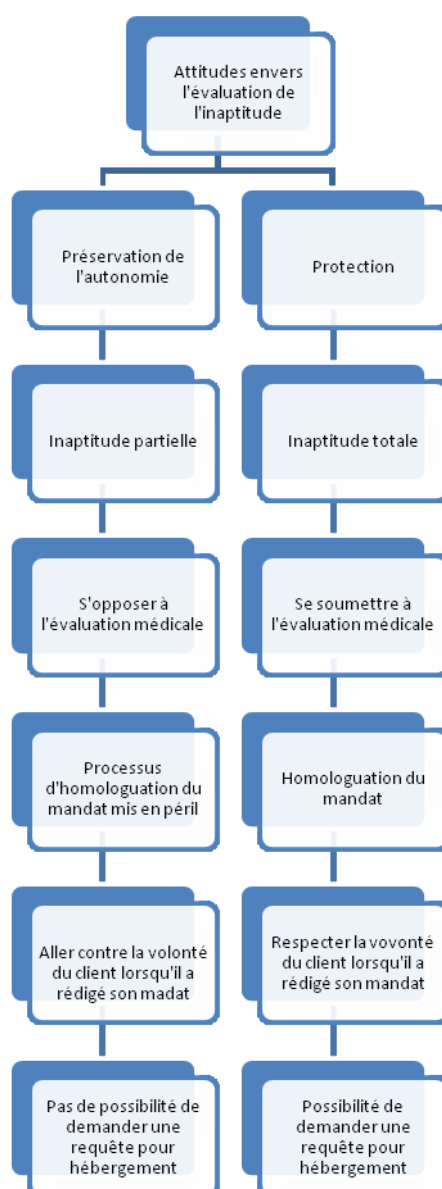


Fig. 10

3.1.7 Entretien avec le travailleur social 7 (TS7)

Pour TS7, un dilemme éthique survient lorsque les droits de la personne sont bafoués et que le travailleur social doit déterminer quelle intervention adopter pour mettre fin à cette situation : « [Un dilemme éthique c'est] quand tu veux protéger les droits de la personne; mais c'est très difficile étant donné qu'il y a de multiples options. Tu sais pas laquelle choisir, dans le fond, pour le bien de la personne. »

En lien avec la formation reçue sur les régimes de protection, TS7 nous dit avoir suivi la formation *Évaluation psychosociale en rapport avec les régimes de protection de la personne majeure* donnée par l'OTSTCFQ et souligne avoir apprécié, contrairement à certains collègues, le fait que cette formation lui ait été donnée avant d'avoir à procéder à l'ouverture d'un régime de protection :

J'ai fait la formation des régimes de protection de l'Ordre de trois jours avec une journée notaire puis deux journées T.S. [...] C'est ma personnalité, j'aime mieux avoir la théorie avant pour être plus à l'aise dans la pratique. Tsé, y a des TS aussi qui me disaient que eux y aimeraient mieux en avoir fait déjà des ouvertures de régimes pour aller se faire plus encadrer de comment faire le régime. TS7

Quant à son sentiment par rapport au fait de se sentir soutenu dans la prise de décision éthique, TS7 révèle que lui et ses collègues aimeraient avoir plus facilement accès à l'éthicien du CSSS.

Généralement, en discutant avec les collègues aussi, on s'aperçoit [...] des gros dilemmes. Y a un de mes collègues qui est allé voir le conseiller clinique puis on dirait qu'on était beaucoup de collègues à se demander dans le fond, c'est quoi la procédure pour avoir accès au conseiller clinique [l'éthicien du CSSS]? Je me garde en réserve si jamais j'arrive à un cas où c'est vraiment problématique vu que je sais qu'on a la ressource au CSSS. TS7

Lorsque nous avons questionné TS7 sur les dilemmes éthiques vécus en lien avec l'évaluation de l'inaptitude, ce dernier dit n'avoir jamais vécu ce type d'expérience. En fait, TS7 nous dit que dans les dossiers qu'il a eus à traiter, l'inaptitude totale de la personne ne faisait pas de doute et qu'il n'a été confronté à aucun cas où son évaluation concernant l'inaptitude différait de celle du médecin. Cependant, les dilemmes rencontrés concernaient davantage le fait de respecter ou non le choix de la personne au moment où elle a rédigé son mandat en cas d'inaptitude par rapport aux mandataires désignés :

D'habitude mon problème éthique, c'est pas tant déclarer la personne inapte. Les deux cas que j'ai eu à faire, c'était flagrant. Puis, on a besoin que quelqu'un d'autre prenne la décision [...] Mon problème éthique, c'était tsé tu respectes la volonté de la personne quand elle était apte, étant données les observations que tu as présentement. Moi j'appelle ça prendre la décision pour son proche [...] Y avait des enjeux qui étaient pas aussi évidents côté protection du patrimoine puis, avec le

consentement aux soins aussi, qui s'en venait avec l'hébergement [...] C'est tout le temps ça mon problème éthique dans le fond. C'est quand y semble avoir de l'abus pis, tu sais pas à quel niveau l'abus parce que justement, la personne partage pas toute l'information. TS7

Toutes les ouvertures de régimes de protection auxquelles TS7 a participé se sont produites dans le contexte de Programme 68 aujourd'hui remplacé par le *Programme d'hébergement pour évaluation* (PHPE) où les travailleurs sociaux ont souvent à procéder rapidement afin que la personne quitte l'hôpital pour une ressource d'*hébergement publique*.

[L]a question que j'ai, lorsque tu te poses la question éthique par rapport à ouvrir un régime de protection, c'est vraiment par rapport à déclarer la personne inapte dans un contexte où tu la connais pas beaucoup? Dans le sens que moi c'est dans ces contextes-là que j'ai dû ouvrir des régimes de protection [...] C'était justement quand j'ai besoin des signatures pour passer à l'acte de trouver le lit d'évaluation. TS7

Le cas pour illustrer ce dilemme dont TS7 a choisi de nous parler concerne un patient dont l'inaptitude ne faisait aucun doute, ni pour l'équipe médicale, ni pour TS7. Le patient avait été hospitalisé et suite à une détérioration significative de son niveau d'autonomie, il a été conseillé à la famille du patient de procéder à un hébergement directement de l'hôpital via le Programme 68. C'est donc dans ce contexte que TS7 fut impliqué au dossier. Cependant, le client et son aidant principal, chez qui il vivait, étaient déjà connus d'un infirmier et d'un autre travailleur social du programme de maintien à domicile. Lorsque TS7 rencontre le proche-aidant afin d'expliquer la procédure et faire signer les consentements exigés par l'Agence de la santé et des services sociaux, ce dernier s'oppose sous prétexte qu'il refuse que le client soit orienté vers un hébergement en dehors de son secteur et ce, même de façon temporaire. Une rencontre est alors organisée avec l'administration de l'hôpital, TS7 et le proche-aidant afin d'expliquer à ce dernier que celui-ci doit prendre une décision en ce qui a trait à l'orientation de son oncle sans quoi des procédures juridiques seront engagées par l'hôpital afin que [le client] soit orienté vers le programme 68 malgré le refus de l'aidant.

Finalement, on a eu une rencontre à l'hôpital [...] pour expliquer au proche-aidant dans le fond que y avait une décision à prendre pis qui était, dans le fond, d'aller en hébergement ou de retourner à domicile parce que sinon eux, y allaient aller en cour pour avoir un consentement aux soins parce que c'était pas adéquat, dans le

fond, le temps d'attente [...] Ça faisait au moins 4 semaines que [le client] occupait un lit d'hôpital alors qu'il était prêt à avoir son congé. TS7

Le proche-aidant, suite à cette rencontre, a pris la décision de ramener le client à domicile en attendant qu'un lit d'évaluation sur son territoire se libère. Cependant, quelques jours plus tard, nous dit TS7, devant la lourdeur des soins à prodiguer, celui-ci a décidé de ramener le client à l'hôpital. C'est à ce moment que le médecin évalue le client inapte. Entre-temps, TS7 comprend en discutant avec le proche-aidant que celui-ci aurait possiblement été désigné comandataire avec un autre membre de la famille avec qui, il est en conflit. TS7 nous explique que cette possibilité vient modifier la donne puisque cela voudrait dire qu'il devrait désormais obtenir l'autorisation des deux mandataires et que cela pourrait éventuellement faciliter la procédure d'hébergement via le Programme 68 si le deuxième mandataire acceptait les contraintes du système.

[C]'est juste là qu'il en parlait alors qu'avant, quand il en parlait, c'était juste lui le mandataire. Donc, moi aussi pour mes décisions, ça venait faire un twist parce que ça, ça veut dire qu'il me fallait l'accord des deux. En espérant que la personne pourrait être capable de voir qu'y a un danger pour [le client], puis qu'il faudrait qu'y aille au bon endroit. TS7

Suite à des démarches subséquentes, TS7 a la confirmation que le proche-aidant et l'autre membre de la famille sont désignés comandataires et que le deuxième mandataire, même s'il souhaiterait idéalement voir le client hébergé sur leur territoire, comprend et accepte les contraintes imposées par le Programme 68. TS7, après avoir discuté du cas avec le travailleur social du maintien à domicile autrefois impliqué au dossier ainsi qu'avec le travailleur social de l'hébergement, (le client a été entre-temps transféré en lit d'évaluation avec l'accord des deux mandataires désignés puisque le lit se trouvait sur le territoire de résidence du proche-aidant.) prend la décision de procéder à l'homologation du mandat. Une raison invoquée pour justifier l'homologation du mandat est que le fait qu'il y ait deux mandataires était considéré comme un élément aidant parce que les décisions ne pourraient pas être prises par le proche-aidant seul. De plus, TS7 juge inappropriées les décisions du proche-aidant, rien ne vient vraiment prouver que celui-ci soit négligent ou abusif envers le client.

[F]inalement, je l'ai homologué parce qu'on jugeait dans le fond que ça aidait la situation qu'ils soient deux. Si ça avait été seulement le premier mandataire, je pense que je l'aurais pas nommé pis, je pense que j'aurais eu assez d'éléments pour le démontrer. Est-ce que la cour aurait été dans mon sens? Peut-être, peut-être pas parce que finalement, il démontre beaucoup d'amour pour [le client] puis, y avait pas tsé de négligence physique contre elle. Mais en même temps, ça fait cinq allers-retours qu'il lui fait faire puis, après ça, il dit que c'est beaucoup de transferts les trois hébergements. Ça fait que c'était tout le temps erroné un peu qu'est-ce qu'il disait parce que c'était un peu lui-même qui faisait subir ce genre de d'événements [au client]. TS7

Une des craintes de TS7 à faire homologuer le mandat concerne le fait que les deux mandataires n'arrivaient pas à s'entendre et que cela pouvait compromettre la prise de décision en lien avec le processus d'hébergement via le Programme 68. TS7 nous explique que c'est ce souci relatif à la prise de décision (ou plutôt la crainte que la décision ne soit pas prise) en lien avec le processus d'hébergement via le Programme 68 qui le motive à procéder à l'homologation du mandat.

C'était un gros dilemme pour moi du fait que les deux étaient en conflit et que ça faisait ultra longtemps qu'ils ne se parlaient pas [...] mais moi, j'ai besoin qu'on continue à prendre des décisions aujourd'hui. Ça m'a questionné à savoir est-ce qu'ils vont être capables de prendre les décisions ensemble [...] Est-ce que l'autre est capable de mettre son pied à terre pire pour dire : ok là, ça suffit pis là, c'est ça qui faut pour [le client] ou est-ce que c'est une personnalité trop passive? Le problème est à savoir est-ce que ça pose problème dans le fond si je nomme deux mandataires ou si ça aide la situation parce que dans le fond là, y auront pas le choix de se parler [...] Une crainte, en fait, c'est que [le client] utilisait un lit d'évaluation puis [le client] devait quitter sous peu pour aller en lit transitoire et je savais que j'allais avoir des problèmes donc, c'était un élément qui jouait beaucoup parce que même si [le client] comme tel allait pas subir les conséquences parce que elle dans le fond, il va être dans un lit jusqu'à ce qu'[il] soit dans un autre lit... Mais en même temps, je savais que ça allait être difficile pour le système peut-être, pour la fluidité des services [...] pis je savais, finalement, qu'en les nommant mandataires, y allaient avoir le droit légal dans le fond par la suite d'accepter. TS7.

Le dilemme éthique auquel est confronté TS7 a trait au fait de procéder ou non à l'homologation du mandat et ainsi respecter ou non le choix de la personne au moment où elle a rédigé son mandat en cas d'inaptitude concernant les mandataires désignés. Il est important de se rappeler que celui-ci se déroule dans le contexte du Programme 68 dans le cadre duquel le travailleur social a l'obligation de procéder rapidement afin que la personne quitte l'hôpital pour son lit d'évaluation. Pour TS7, les aidants doivent être capables de voir qu'il y a un danger pour le client et doivent voir à ce que celui-ci aille au

"bon endroit". Alors qu'un des mandataires s'oppose à un hébergement via le programme sous prétexte qu'il refuse que le client soit orienté et ce, même de façon temporaire, vers un hébergement en dehors de son secteur. TS7 prend finalement la décision de procéder à l'homologation du mandat car il croit que le fait de ne pas procéder à l'homologation aurait rendu le processus d'hébergement via le Programme 68 plus difficile et que cela aurait nuit à la fluidité du système.

Analyse structurale du dilemme éthique de TS7

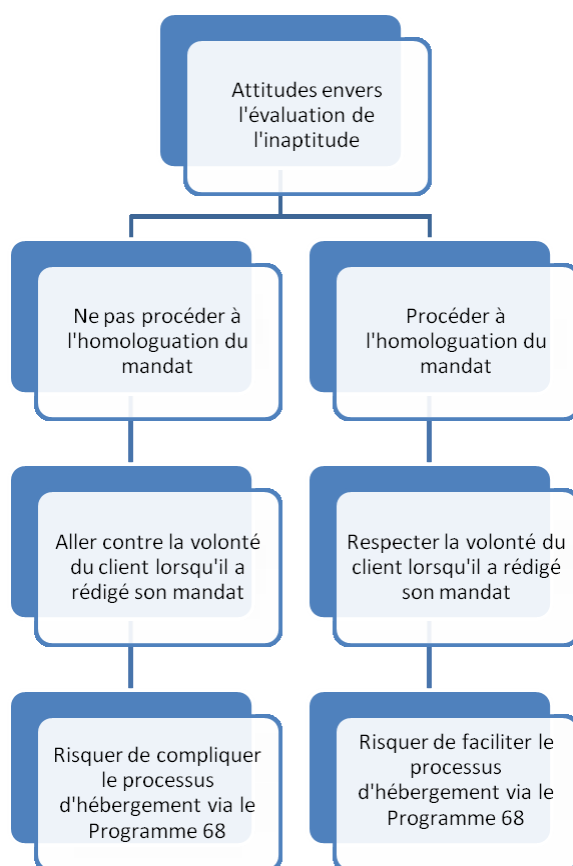


Fig. 11

3.2 Discussion

Comme pressenti lors de la revue de la littérature, les dilemmes éthiques partagés par les travailleurs sociaux rencontrés dans le cadre de cette étude réfèrent tous au fait pour le travailleur social doit prendre une action visant soit de protéger la personne âgée vulnérable, soit de respecter le souhait de la personne âgée à décider pour elle-même. D'un côté, nous avons donc ce qui est identifié par Pullen-Sansfaçon et Cowden (2012) comme une valeur sociétale, soit la protection des personnes vulnérables et de l'autre, ce qu'ils identifient comme une valeur à la fois sociétale et spécifique au travail social, c'est-à-dire, le droit à l'auto-détermination. Une étude exploratoire de Dakin et Pearlmutter (2009) menée aux États-Unis sur les perceptions de la maltraitance envers les femmes âgées

suggère, en fait, que la bienfaisance soit une valeur généralement partagée et davantage supportée que l'autonomie et ce, peu importe le statut socio-économique ou la catégorie ethnique. De plus, dans tous les cas rencontrés, le choix de l'action prise est en lien avec la détermination de l'aptitude. Dans certains cas, il s'agit de déterminer si le travailleur social doit se prononcer ou non sur le niveau d'aptitude du client ou encore, déterminer s'il doit ou non entamer des démarches pour que l'aptitude du client soit évaluée par un médecin. Dans d'autres, il s'agit plutôt de se prononcer sur le niveau de l'inaptitude du client, à savoir si celui-ci devrait être déclaré inapte partiellement ou totalement aux biens et à la personne.

Le choix de l'action prise en lien avec la détermination de l'aptitude chez la personne âgée

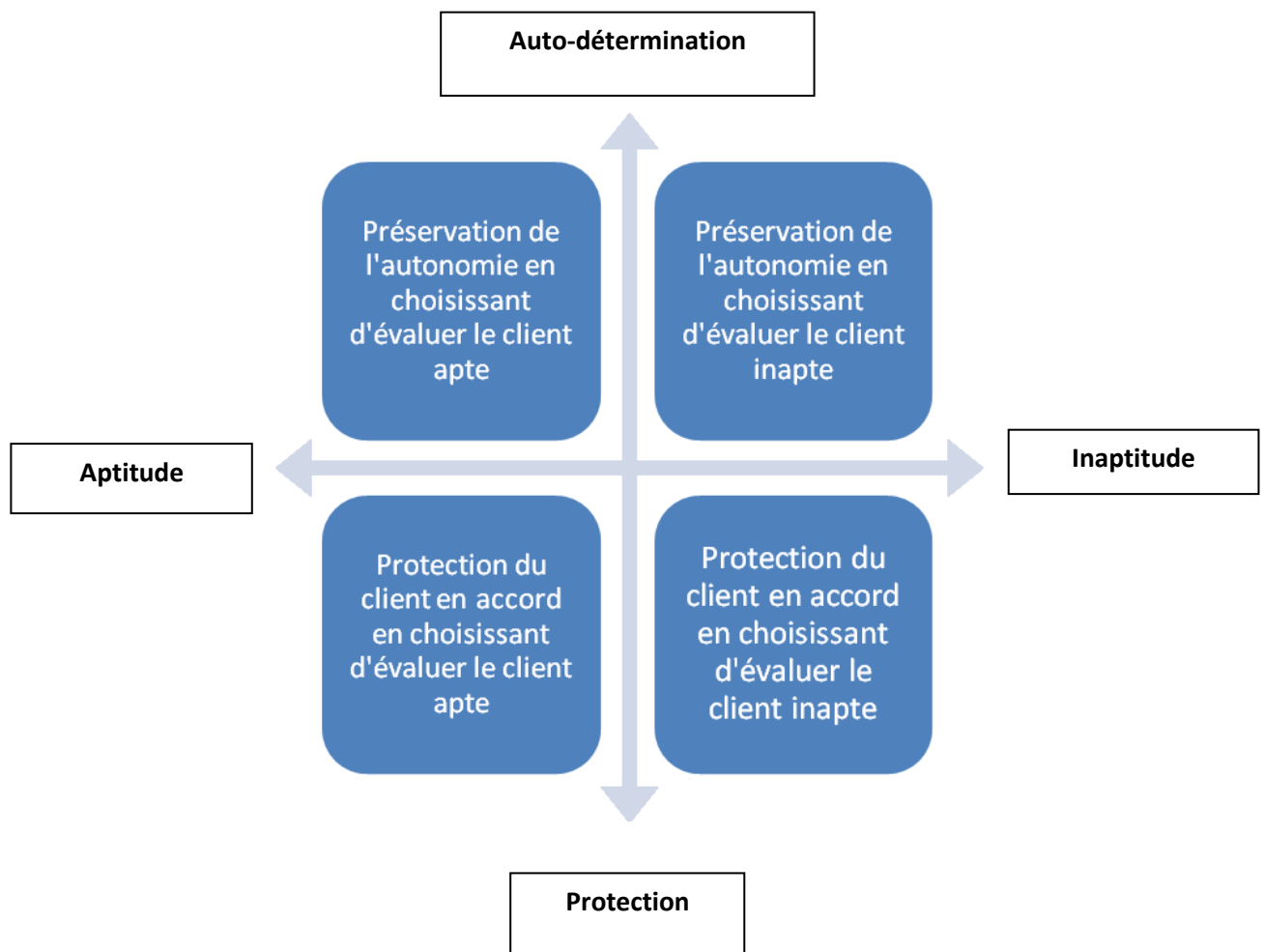


Fig. 12

Il est à noter que dans tous les cas présentés ci-dessous, les sujets rencontrés ont rapporté un conflit soulevé par les intérêts de différents acteurs impliqués dans la situation. En effet, chacune des situations rencontrées impliquaient différents acteurs, soit le travailleur social lui-même, la personne âgée dont l'aptitude était remise en question, les aidants, l'organisation, l'équipe médicale, etc. ayant des souhaits et des besoins parfois incompatibles. Bien que le contexte soit ici légèrement différent, ceci fait écho à ce que rapportent Kadushin & Egan (2001) lorsqu'ils font état de la relation significative qu'il existe entre la présence de dilemmes éthiques et le nombre de parties impliquées dans les congés qui sont donnés de l'hôpital. Toujours selon Kadushin & Egan, plus il y a de personnes impliquées, plus la résolution du dilemme peut s'avérer compliquée. Chacune ayant différentes logiques spécifiques d'action basées à la fois sur des valeurs personnelles, culturelles (Doyle, Miller, & Mirza, 2009) et professionnelles (Couturier & coll., 2006, Pauzé et Gautier, 2009, Lamoureux, 2003).

3.2.1 Types de raisonnement principalement empruntés par les travailleurs sociaux

3.2.1.1 Rationalités de types instrumental et téléologique

De nos résultats, nous avons pu dégager un seul cas où le type de rationalité empruntée par le travailleur social nous apparaissait être davantage de type instrumental à visée utilitaire et un autre dont celle-ci nous apparaissait être surtout de type téléologique ou axée par rapport aux fins.

TS4 est d'avis que le client devrait être davantage encadré, idéalement en procédant à une relocalisation dans un hébergement avec services et tout au moins, par de l'aide à domicile et que son rôle en tant que travailleur social est de protéger la personne qui a été déclarée inapte par un médecin. Toutefois, TS4 craint provoquer une crise si le client est placé sous curatelle, dans la mesure où l'état d'inaptitude totale est conçu implicitement comme requérant l'hébergement. Pour TS4, l'option de déclarer le client inapte partiellement est valable dans la mesure où les risques mentionnés plus haut restent somme toute modérés. Cependant, compte tenu de la charge de travail imposée par le contexte organisationnel, TS4 est d'avis que choisir d'évaluer le client inapte totalement est le meilleur moyen de

protéger celui-ci. En effet, selon TS4, la charge importante de travail exerce une pression afin que le travailleur social procède à l'hébergement plutôt qu'il élabore des plans d'interventions destinés au maintien de la personne à domicile. Pour TS4, l'hébergement implique, implicitement, que la personne soit placée sous curatelle. Il choisit de s'en remettre à l'évaluation médicale pour faire ses recommandations dans l'évaluation qui sera transmise au Curateur public, ce qui constitue le meilleur moyen de protéger le client. TS4 choisit donc d'opter pour la protection du client en évaluant ce dernier inapte conformément à l'évaluation médicale. Le type de rationalité empruntée par TS4 est de type *téléologique*. En effet, ce type de rationalité désigne une action utilisant des moyens adaptés aux fins recherchées (Assogbe, 1999a).

Quant à TS7, il se questionne à savoir s'il doit procéder ou non à l'homologation du mandat et ainsi respecter ou non le choix de la personne au moment où elle a rédigé son mandat en cas d'inaptitude, relativement aux mandataires désignés. Ici TS7 part du principe que les aidants doivent être capables de voir qu'il y a un danger pour le client et doivent voir à ce que celui-ci aille au bon endroit. Ainsi, TS7 avait de bonnes raisons de recommander l'homologation du mandat. TS7 croyait que le fait de ne pas procéder à l'homologation aurait rendu le processus d'hébergement plus difficile via le Programme 68 et cela aurait nui à la fluidité du système. Il est à noter que la perception qu'a TS7 du proche-aidant s'apparente définitivement de celle que Canuel, Couturier et Beaulieu (2010) ont qualifiée du proche problème. En effet, TS7 considère que ce dernier fait obstacle au bon déroulement du processus, notamment par son incapacité à jouer les rôles attendus, tel celui d'informateur fiable. TS7 ne croit pas nécessairement que celui-ci ait l'intention de nuire, mais considère, malgré tout, que ses actions sont inadéquates. TS7 constate également la présence de conflits familiaux entre ce proche et le reste de la famille, ce qui a pour effet de placer celui-ci dans une posture de résistant.

3.2.1.2 Rationalités de type axiologique

TS2 et TS3 ont davantage un raisonnement de type axiologique ou la rationalité par rapport aux valeurs. Ici, ces travailleurs sociaux avaient raison de prendre une telle décision, car celle-ci découlait du principe normatif auquel ils croyaient et qu'ils avaient de bonnes

raisons d'y croire. Dans ces deux cas, la décision est prise en fonction de valeurs et non de fins.

En ce qui concerne TS2, celui-ci considère qu'il y a une évidence du besoin de protection et se dit choqué par rapport à la dégradation de l'état du client et une situation présumée d'abus. TS2 est intimement convaincu du bien-fondé de pousser ses démarches pour que le client soit déclaré inapte et ce, dans le but que la personne soit hébergée et démontrer ainsi que le mandataire désigné n'est pas adéquat. Cependant, il éprouve malgré tout le sentiment de travailler contre celui-ci ainsi que contre la personne que le client a désignée comme mandataire, d'autant plus que TS2 n'a pas à prime abord le support de son administration. TS2 se questionne non seulement sur le bien-fondé de poursuivre ses démarches, mais également sur son rôle comme travailleur social.

Malgré les obstacles, TS2 prend la décision de poursuivre ses démarches. En effet, TS2 avait de bonnes raisons de persister à vouloir démontrer l'inaptitude du client, jusqu'à ce que l'urgence d'agir soit reconnue comme telle par les autres intervenants (équipe médicale, administration). Cette décision découle du principe normatif, lequel induit que le travailleur social a l'obligation de s'assurer que les droits de la personne ne sont pas bafoués. À ce sujet, TS2 a la conviction que les droits du client étaient effectivement bafoués. En effet, la représentation qu'a TS2 du proche-aidant s'apparente à celle que Canuel, Couturier et Beaulieu (2010) définissent comme étant la figure du proche problème. En effet, TS2 est convaincu de l'incapacité de ce dernier à jouer les rôles attendus. Non seulement TS2 croit qu'il y a abus financier de la part de celui-ci, mais il estime également que le proche-aidant fait obstacle à l'instauration de services destinés à suppléer aux déficits du client. Il y a donc un fort sentiment d'injustice ressenti par TS2 qui le pousse à poursuivre ses démarches afin que le client soit évalué inapte et ce, dans le but de le protéger. Ce cas désigne une action adaptée non à des fins, mais plutôt à des valeurs.

Le raisonnement de TS3 nous apparaît également être d'abord de type axiologique. Rappelons que TS3 décrit son dilemme comme émergeant d'une tension entre son souci de produire une évaluation de l'aptitude basée sur des faits probants et les pressions exercées par un médecin afin que le travailleur social procède rapidement à l'évaluation de l'inaptitude. Le travailleur social se retrouve pris à l'intersection de différentes façons d'appréhender le problème : « c'est beaucoup ça le problème aussi. Il y a tellement

d'intervenants que oui, on a pas tous le même regard sur la chose ». TS3 décide d'entrer en contact avec le médecin afin de faire valoir, d'une part, le fait que la famille ne souhaite pas faire homologuer le mandat et d'autre part, que rien n'indique, selon son évaluation, que le client nécessite d'être protégé par l'ouverture d'un régime de protection. Les valeurs considérées sont ici l'autonomie du client et le respect des volontés de la famille. De plus, TS3 croit que la décision de recommander un régime de protection, même s'il s'agit d'une homologation de mandat, doit reposer sur une évaluation juste du besoin de protection et soucieuse des valeurs du client.

Bien c'est long puis, ça prend vraiment comme une démarche pour être certain que la décision pour être prise soit vraiment dans les valeurs de la personne, de notre client. Ça ne sera pas juste comme un protocole parce que la personne est inapte, tout de suite on fait une homologation ou un régime de protection. C'est plus que ça je pense, la personne est inapte oui, mais est-ce qu'elle est en danger. Pour moi ce n'est vraiment pas une finalité un régime de protection. C'est une façon, un moyen que les gens se sont donné pour continuer à bien aider puis bien encadrer la personne qui est inapte. TS3

Il est à noter que, dans un second temps, TS3 va toutefois se plier aux exigences de son administration qui, elle-même, fait face aux pressions exercées par le médecin. Il prendra donc la décision de procéder à l'ouverture d'un régime de protection, ce qui a pour résultat effectivement de faire bouger la famille. Cependant, TS3 décide, malgré tout, de faire ressortir dans son évaluation ses préoccupations quant au fait qu'il estime ne pas avoir eu suffisamment de temps pour apprécier le niveau d'aptitude du client et ce, dans le but délibéré que ce soit au niveau juridique que la décision par rapport à l'inaptitude se prenne. « Si ça aurait été de moi non, ça aurait continué comme de façon plus informelle, je dirais oui (j'ai procédé) parce que je trouvais qu'il n'y avait pas de nécessité à avoir ce papier-là. »

Il est intéressant de voir comment TS3 justifie ce changement de cap, bien que cette décision ait été vraisemblablement fortement influencée par l'administration. En effet, TS3 nous explique que l'ouverture d'un régime était justifié par l'importance des avoirs de la personne, même s'il n'y a pas de critères claires pour TS3 en ce sens: « Puis encore aujourd'hui, je ne sais pas c'est quoi les critères. Certains curateurs m'ont dit que c'était

quand la personne avait plus que 18 000\$, alors que d'autres me disent que non, c'est pas nécessaire, que c'est si il y a une administration qui n'est pas... » TS3 va jusqu'à exprimer une certaine adhésion au principe de prévention : «[...] je me suis dit : éventuellement la maladie va progresser, il va arriver à un stade où il ne pourra même plus dire c'est quoi ses volontés. » Il mentionne également l'importance de respecter la volonté exprimée dans le mandat : « La personne qui gère présentement ses affaires n'est pas celle qu'il avait désignée lorsqu'il a rédigé son mandat. » Finalement, il justifie l'ouverture par la présence de conflits au sein de la famille, même s'il n'identifie en aucun temps celui-ci comme susceptible de mettre le client à risque d'abus ou de négligence: « Le monsieur a une sœur qui habite dans le même édifice que lui, deux étages ou un étage plus haut puis, ils ne se parlent même pas [...] Donc oui, la présence de conflits. Donc ça, c'est un autre élément de plus pour faire une demande de régime, pas privé parce que je n'avais pas de document. TS3»

3.2.1.3 Rationalités de type cognitif

Enfin, nous avons trouvé que TS1, TS5 et TS6 adoptaient un raisonnement davantage de type cognitif dans la résolution de leur dilemme. Rappelons que, dans le cas de la rationalité de type *cognitif* ou *cohérence logique*, le travailleur social a de bonnes raisons de faire A1, car A1 découle d'une théorie en laquelle il croit et qu'il a de bonnes raisons d'y croire.

C'est le cas de TS1 qui décrit son dilemme comme émergeant d'une tension entre, d'un côté, son désir de considérer les volontés du client et de l'autre, la responsabilité de protéger la personne. TS1 qui considère valables les raisons données par son client pour expliquer l'excentricité de ses comportements a le sentiment de s'être fait donné un mandat par la famille et considère celui-ci comme une obligation professionnelle à intervenir. Bien que la décision finale soit encore à prendre au moment de l'entrevue, TS1 croit qu'elle sera probablement de ne pas homologuer le mandat en évaluant le client inapte totalement, mais plutôt de procéder à l'ouverture d'une tutelle privée en évaluant celui inapte partiellement. Cette décision constitue une façon de préserver de l'autonomie du client, tout en choisissant d'évaluer ce dernier inapte. Ici, le système de raisons compréhensibles de TS1 peut être assimilé à la rationalité de type *cognitif*, car la décision de TS1 est basée sur le principe

qu'il doit travailler en équipe avec la famille du client qui s'inquiète de la situation et ce, sans que TS1 ait la conviction que le client nécessite effectivement d'être protégé. Il est à noter qu'ici, l'image que TS1 rapporte de la famille du client correspond à celle d'une famille bienveillante dont l'objectif est d'assurer la sécurité de celui-ci et de prévenir une situation de maltraitance. TS1 croit en effet que la famille est uniquement concernée par le meilleur intérêt de son proche et qu'elle aura le souci d'impliquer ce dernier au maximum de ses capacités dans les décisions qui le concernent (Canuel, Couturier et Beaulieu, 2010). La représentation que se fait TS1 de l'adéquation de la famille aura donc une influence significative sur les conclusions du processus de détermination de l'inaptitude, d'où le désir de concertation avec cette dernière. Ajoutons à cela le fait que TS1 doute non seulement du fait qu'il ait une connaissance assez bonne du client mais également, de sa capacité à prendre une décision par rapport au degré d'inaptitude du client. Il dit également se questionner sur les intentions de la famille : S'agit-il de protéger ou de prendre des décisions à la place de client, ce qui irait à l'encontre des valeurs de TS1. Compte tenu de toutes ces raisons, TS1 fait le choix de partager le fardeau de la décision avec les autres acteurs impliqués. En effet, TS1 croit que la décision finale sera prise en concertation avec le médecin, un neuropsychologue et la famille. Elle risque également d'être influencée par l'évaluation de l'équipe de psychogériatrie.

Quant à TS5, il est confronté aux pressions des responsables de l'immeuble où réside le client. TS5 est d'avis que ceux-ci amplifient les risques encourus par le client et évalue que les risques encourus étaient acceptables et gérables avec les services du CLSC, alors que les responsables souhaitaient clairement que TS5 prennent des mesures pour que le client soit relocalisé. Même si une ouverture de régime de protection pouvait se justifier, il n'y avait pas, selon TS5, nécessité de procéder à un hébergement dans l'immédiat. Dans ce cas, TS5 a de bonnes raisons de procéder à l'évaluation de l'inaptitude totale du client dans l'optique que l'hébergement implique implicitement, que la personne soit placée sous curatelle. D'une part, TS5 croit que si quelque chose se produit (actualisation du risque), le CLSC sera identifié comme responsable de l'incident. C'est la raison pour laquelle TS5 décide d'entamer des démarches pour que l'aptitude du client soit évaluée. D'autre part, TS5 croit que l'évaluation de l'inaptitude est d'abord une décision médicale. De plus, TS5 croit que s'il ne procède pas maintenant, les pressions exercées par l'administration de l'immeuble se feront si insistantes qu'il n'y aura pas d'autres options que de procéder à

une relocalisation du client. Ainsi, il est logique pour TS5 de se rallier à l'évaluation médicale selon laquelle le client devrait être déclaré inapte totalement aux biens et à la personne afin d'éviter de multiplier les procédures.

Enfin, nous avons trouvé que le type de rationalité empruntée par TS6 dans la résolution de son dilemme éthique s'apparentait également à une rationalité de type cognitif. Dans son dilemme ayant trait à l'évaluation du degré d'inaptitude de la personne âgée, TS6 se questionne à savoir si vraiment la personne devait être déclarée totalement inapte à la personne, du fait que le médecin l'évaluait ainsi et que la famille souhaitait un hébergement rapide. Devant le portrait de la personne âgée qu'il qualifie de "désarmant", TS6 s'interroge sur les critères qui permettent de juger du niveau d'inaptitude: « Selon ce qu'on m'a dit dans la formation de l'Ordre des travailleurs sociaux ou ce qu'un autre gériatre m'a dit dans un autre hôpital, je suis pas sûr [que le client] est complètement inapte. (TS6) » Pourtant, TS6 avait de bonnes raisons d'évaluer le client inapte totalement aux biens et à la personne, conformément à l'opinion du gériatre ayant produit la déclaration d'inaptitude. Premièrement, TS6 croyait que le client devait être déclaré inapte totalement dans l'éventualité où le CLSC aurait à s'adresser au tribunal pour demander une requête en hébergement. Deuxièmement, TS6 croit qu'il est difficile et parfois peu payant d'aller à l'encontre de l'opinion médicale, d'autant plus que beaucoup d'éléments selon le gériatre et la psychogériatrie appuient la thèse de l'inaptitude. Dans un troisième temps, TS6 croit que le fait de ne pas évaluer la personne inapte totalement aurait mis en péril le processus d'homologation du mandat en cas d'inaptitude, lequel est supposé exprimer la volonté de la personne avant que ne survienne l'inaptitude.⁴ Encore une fois, la rationalité empruntée par TS6 est de type *cognitif*.

⁴ Selon Fabien (2007), le modèle le plus répandu des mandats en cas d'inaptitude est celui du mandat de protection en pleine administration. L'homologation de ce type de mandat a pour effet de réputer le mandant totalement inapte et le place en situation équivalente à une curatelle. Selon l'article 16 du Code civil du Québec, sous réserve des atténuations que prévoit la loi en matière de soins de santé, le mandant devient alors assujéti aux décisions de son mandataire et ce, en ce qui concerne tous les aspects de la conduite de sa vie.

Ces résultats suggèrent que les différents types de rationalité proposés par Raymond Boudon peuvent s'appliquer à notre objet d'étude et que les « bonnes raisons » qui sous-tendent l'action des travailleurs sociaux nous permettent d'accéder à leur mode de raisonnement. Autrement dit, l'individualisme méthodologique nous a permis de reconstituer les représentations des travailleurs sociaux et de déceler les déterminants qui président à la pratique de la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur. À cet effet, Aubric (1994) souligne que « [l]e repérage de la « vision du monde » que les individus ou les groupes portent sur eux et utilisent pour agir ou prendre position est reconnu comme indispensable pour comprendre la dynamique des interactions sociales et donc éclairer les déterminants des pratiques sociales. » Cette démarche nous a donc permis d'identifier des éléments contextuels qui définissent en propre la singularité du processus de positionnement éthique du travailleur social dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection.

De plus, pour la pratique en tant que telle, l'individualisme méthodologique présente certainement un intérêt pour les travailleurs sociaux en ce qui concerne leur processus de positionnement éthique du travailleur social dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur. En effet, la démarche d'analyse qui caractérise ce paradigme permet à ces derniers de recueillir toutes les informations permettant de bien cerner les « bonnes raisons » des attitudes et comportements des différents acteurs impliqués (clients, administrateurs, autres professionnels, etc.). En mettant en évidence ces « bonnes raisons » qui motivent leurs actions, les travailleurs sociaux parviendront à mieux comprendre ceux-ci étant donné leur passé et la situation dans laquelle ils se trouvent présentement (Assogba, 1999).

3.2.2 Principaux paramètres affectant le jugement des travailleurs sociaux

3.2.2.1 La charge de travail et le manque de ressources

En ce qui concerne les contraintes institutionnelles, l'élément qui a été identifié par plusieurs comme un facteur défavorable à la prise de décision éthique est sans contredit le manque de temps dû à l'importance de la charge de travail. En effet, TS2, TS3 et TS4 ont exprimé leur frustration par rapport au fait de ne pas avoir suffisamment de temps pour bien évaluer la situation. TS3 a notamment soulevé le fait qu'il ressentait certaines pressions ou tensions avec l'administration, du fait que celle-ci avait parfois une idée très vague de la teneur de son travail et de la complexité de certains cas, ce qui alourdit la tâche du travailleur social qui doit produire une évaluation dans le cadre de l'ouverture d'un régime de protection. Le fait que l'administration justifie de ne pas intervenir et le fait que l'on demande aux travailleurs sociaux de s'occuper de ses autres dossiers induisent pour TS2 le doute quant à son réel pouvoir d'action, de décision. Quant à TS4, il mentionne que tenter de trouver des alternatives à l'ouverture d'un régime de protection représente des démarches supplémentaires qui prennent du temps pour le travailleur social et que la « pression des case load », selon son expression, oblige le travailleur social à procéder : « Est-ce que tu fais vivre à la personne des moments de perte de pouvoir, alors que tu sais qu'avec un bon encadrement on peut attendre avant d'arriver à ça ou t'as tellement de clients, t'as tellement de demandes que tu te dois de faire ça pour passer à l'autre ? Tu te dois de faire ça, parce que dans une institution, on te demande beaucoup et t'as pas de choix de le faire. (TS4)»

Le manque de ressources, en termes de services auxiliaires notamment, a également été mentionné comme une contrainte organisationnelle ayant une influence importante sur la décision éthique, en ce sens où la difficulté à offrir des services rend parfois le maintien à domicile très risqué aux yeux du travailleur social. À ce sujet, TS5 nous dit « admettons, je dis la personne peut continuer à demeurer à domicile, faut t'assurer que le CLSC va suivre par rapport à la compensation des services. (TS5)» TS3 a exprimé l'idée d'un travail social dénaturé par les limites imposées par l'institution lesquelles induisent la notion de « ce qu'il y a de moins dommageable » versus « ce qu'il y a de mieux » comme solution à un conflit de valeurs. TS1 partage également son indignation au regard des manques de services : « C'est sûr que moi quand tu me parles de dilemme, y a aussi, présentement, le

dilemme concernant je te dis l'allégeance. Parce que c'est le mot qui me vient, mais tsé ma fidélité, ma croyance en le travail que je fais pis mon allégeance en mon système, le système dans lequel je suis. Pis c'est problématique parce que. En tout cas c'est généralisé quand on se parle en groupe de pairs. On trouve le système malade. On est très critique. On est très critique par rapport au fait qu'on n'a plus rien à offrir au client, on n'a plus une crise de cent à leur donner pis, pourtant y a tellement d'argent qui se perd dans de l'administration, des postes de cadres. Y a quelque chose de mal fait et les clients ont pas... Y a plein d'argent là. Les clients ça ne va pas les aider, eux, parce qu'on ait douze mille boss autour de nous. Un qui fait l'horaire de l'autre, qui fait l'horaire de l'autre, qui vérifie... Pis finalement, il reste trois peanuts et demi. Cette réflexion-là de la technocratie, cette "papratiation" de plus en plus fait que, effectivement, comment pis tsé dans nos pratiques comment on peut rester fidèle à notre... Le dilemme de vouloir accommoder le client pis, travailler en équipe avec mon employeur. Tsé ces questions là. Je ne suis pas quelqu'un qui défie l'autorité pis qui est anarchiste, non pas du tout, mais en dedans de moi oui, y a ces frustrations là qui font que c'est difficile de travailler dans ce contexte-là qu'on a rien à offrir pis, on sait très bien qu'il y en a de l'argent. Elle est juste mal administrée. Ça, tout le monde est d'accord. Tout le monde est d'accord, mais c'est ça qui est ça. Pis ça, c'est un dilemme, je trouve, travailler dans ce contexte-là pis, ne plus pouvoir croire en la machine pour laquelle tu travailles. (TS1)»

Ces commentaires sont conformes aux conséquences du manque de ressources et de temps dans la gestion des cas difficiles tels que les cas de maltraitance chez les personnes âgées rapportés par Beaulieu & Leclerc (2006). En effet, ces derniers rapportaient que ces contraintes contribueraient notamment au fait que les professionnels impliqués ont tendance à passer à d'autres leurs propres responsabilités relativement à la situation et à la création de tensions, au sein de l'équipe interdisciplinaire (Matlaw & Mayer, 1986; Browdie, 1993; Spencer, 1998 cités dans Beaulieu & Leclerc, 2006). De plus, leur présence serait également lié à l'adoption de solutions inappropriées ou non sécuritaires (Sonntag, 1995 cité dans Beaulieu & Leclerc, 2006).

Il est à noter que conformément, à la conclusion de l'étude de Canuel, Couturier et Beaulieu publiée en 2010, dont nous avons fait mention plus haut, les résultats laissent croire que la perception qu'a le travailleur social de la capacité du ou des proches-aidants à assurer la protection de la personne âgée et à répondre à ses besoins est déterminante dans

le processus d'évaluation de l'inaptitude. Au point de vue éthique, l'évaluation de l'adéquation du proche s'appuie selon ces auteurs sur deux principes axiologiques fondamentaux, soit le principe de l'intérêt supérieur de la personne âgée en évaluation et celui de la capacité du proche-aidant à compenser la perte d'autonomie de celle-ci. Il est donc à dire que le processus de détermination de l'inaptitude ne relève en aucun cas d'une posture uniquement objectiviste dont la pathologie serait la preuve scientifique de l'inaptitude, mais plutôt d'une lecture sociale et holiste (Canuel, Couturier et Beaulieu, 2010) d'où l'importance pour les travailleurs sociaux de bien prendre le temps d'évaluer la situation.

En plus de se traduire notamment par une pression pour prendre des décisions rapidement, le manque de ressources risque de mener à un manque de formation et de connaissances par rapport aux enjeux éthiques en lien avec la détermination de l'inaptitude ainsi qu'un manque de soutien clinique et professionnel et de lieux où mener des discussions éthiques, réduisant ainsi la capacité du travailleur social à réfléchir rigoureusement à sa pratique et à tenter de la conceptualiser. Le contexte organisationnel peut également avoir un impact sur l'identité professionnelle des travailleurs sociaux, notamment par le fait qu'il contribue à en faire une pratique plus ou moins autonome (Fortin, 2003 cité dans Beaulieu & Giasson, 2005).

3.2.2.2 La reconnaissance de l'expertise professionnelle

L'impression d'avoir de la difficulté pour le travailleur social à faire reconnaître son expertise a été également vécue très difficilement par TS2 et TS3. Dans les deux cas, l'expertise médicale a été priorisée par l'administration au détriment de celle du travailleur social. TS3, pour qui les événements ont finalement fait en sorte que l'équipe médicale et l'administration se rallient à son opinion, nous a fait part de toute la difficulté reliée à l'impression d'être à contre-courant de tout le monde. Cette difficulté pour les travailleurs sociaux à faire reconnaître leur expertise fait d'ailleurs dire TS6, lorsque qu'il se surprend que le gériatre déclare la personne totalement inapte, alors qu'elle lui apparaît être plutôt inapte partiellement: « Je suis pas allé rappeler le gériatre. Je pourrais le faire tsé mais je me dis, est-ce que ça vaut vraiment la peine? Est-ce que je vais confronter un gériatre... (TS6)»

Landau (2009) fait état du fait qu'il y a souvent au sein de l'équipe interdisciplinaire une vision médiocre des travailleurs sociaux contrairement à celle des médecins, ce qui contribuerait à réduire l'influence des travailleurs sociaux sur le processus de prise de décision éthique (Landau, 2009). Quant à Beaulieu & Giasson (2005), ils rapportent qu'un faible degré d'autonomie professionnelle, se traduisant par l'impression de subir de la pression de la part de ses pairs, de l'organisation, de l'entourage ou encore de la société, serait associé à des sentiments négatifs tels que la peur, l'impuissance, le déni, le retrait, le stress et de ce fait, à un accroissement du risque d'épuisement. Nothfurfter et Lorenz (2010), qui se sont notamment intéressés aux derniers développements dans les discussions concernant le professionnalisme, penchent vers la nécessité de résister au mouvement dominant de la profession "dé-professionnalisée" qui a cours dans le secteur de la santé et des services sociaux dans les dernières décennies. Cette dévaluation des compétences et du savoir professionnel qui, désagrégées et décontextualisées du fait qu'elles doivent être mesurables et évaluables par des critères externes, a pour effet d'effriter la part d'autonomie et de contrôle des professionnels. Ceux-ci sont donc de plus en plus écartés des décisions politiques et des processus de décision.

This means that professional knowledge cannot be represented in the professional's own terms and that job descriptions do not correspond anymore to holistic professional tasks. Rather the discourse is about performance measurement and professional work is cast in fragmented skill or program based terms (Nothfurfter et Lorenz, 2010).

Pourtant, selon Landau (2009), les travailleurs sociaux peuvent eux-mêmes contribuer à majorer l'impact qu'ils ont dans le processus de décision éthique en informant mieux les autres professionnels de leur rôle spécifique et en mettant plus d'efforts dans le développement de leurs relations avec ceux-ci, notamment les médecins. Afin d'acquérir plus de pouvoir et se faire accepter à titre de partenaires égaux dans le processus de décision éthique, les travailleurs sociaux doivent être mieux équipés pour communiquer avec les représentants des autres professions de la santé (ce qui s'applique aux hôpitaux peut s'appliquer au contexte de multidisciplinarité vécu dans les CLSC) (Landau, 2009).

3.2.2.3 La formation en lien avec les régimes de protection

Majorer l'impact des travailleurs sociaux dans le processus de décision éthique passe certainement par la formation. À cet égard, TS3, TS4, TS6 et TS7 nous ont parlé avec beaucoup d'enthousiasme des formations reçues de l'Ordre des travailleurs sociaux en lien avec l'ouverture de régimes de protection. TS6 nous a brièvement décrit le contenu d'une formation portant sur l'évaluation psychosociale en rapport avec les régimes de protection de la personne majeure. :

...les différents types de régime, donc ça, c'est vraiment la base tutelle, curatelle, conseiller au majeur, dans quelle circonstance? Dans quel contexte. Ça, je trouvais ça intéressant parce que ce n'est pas nécessairement obligatoire. Il faut qu'il aille un besoin de régime de protection dans le fond. Ça ils l'expliquaient aussi comment évaluer le représentant légal. C'est quoi les signes, il faut quand même prendre le temps de bien les questionner et puis il faut pousser si on a des inquiétudes. Il y avait simplement comment rédiger un rapport. On avait des exemples. Comment évaluer l'aptitude. Par rapport au mandat aussi. Qu'est-ce qu'on fait avec un mandat quand quelqu'un a un mandat, ça va plus de soi, tsé, de passer à l'homologation d'un mandat d'incapacité que d'ouvrir un régime de protection. (TS6)

TS1 et TS2 se sont, pour leur part, plaints du manque de formation reçue concernant les régimes de protection. L'essentiel de l'information reçue, confiait TS1, venait des supervisions cliniques et de documents écrits. Quant à TS2, il aurait aimé apprendre à partir d'exemples concrets.

Quant à TS5, il a exprimé son désir et celui de ses collègues de recevoir une formation pour leur faciliter la rédaction des rapports d'évaluation psychosociale pour l'ouverture de régimes de protection : « ...pour les dossiers de la curatelle, parce que chaque TS comprenait à sa manière les choses. Ça posait pas... ça posait un problème parce que ça te ralentit dans la rédaction. Parce que bon bien hein quand même, on a l'avenir de quelqu'un entre nos mains. On veut être le plus juste possible. Alors c'était plus au niveau éthique. C'est ça que je trouvais Faut faire très attention à ce qu'on dit. Il ne faut pas que ce soit sujet à interprétation et que ça pénalise la personne. (TS5)»

TS2 a aussi fait part du fait qu'il aimerait avoir plus d'informations sur la façon de rédiger le rapport psychosocial. Il a souligné notamment avoir certaines difficultés à déterminer les faits et les informations pertinentes à l'analyse. TS2 et TS1 ont également parlé du manque de formation par rapport au cadre juridique entourant l'ouverture des régimes de protection qui rendrait certaines décisions plus difficile à prendre.

3.2.2.4 Le soutien à la prise de décision éthique

Comme le souligne Bereza (2002), tout comme les médecins, les travailleurs sociaux sont parfois confrontés à des clients qui ne rencontrent pas nécessairement les standards psychiatriques ou légaux de l'incompétence, mais dont la sécurité et le bien-être est compromis en raison de leur difficultés apparentes à prendre des décisions adéquates. Ceci contribue certainement au sentiment d'incertitude par rapport au fait de déterminer où se trouve le meilleur intérêt du client. D'ailleurs, presque tous les travailleurs sociaux (TS1, TS2, TS4, TS5) ont fait part de la lourdeur éprouvée par rapport à la responsabilité qui leur incombe de devoir se prononcer sur l'inaptitude du client. Certains (TS1, TS3, TS6) ont exprimé leur malaise par rapport au fait de ne pas avoir l'impression de suffisamment connaître le client pour prendre une telle décision. À cet égard, le code de déontologie de l'OTSTCFQ mentionne à l'article 3.01.05 que « [l]e travailleur social ne formule une évaluation de la situation de son client et n'intervient à son égard que s'il possède les données suffisantes pour porter un jugement éclairé sur la situation et pour agir avec un minimum d'efficacité dans l'intérêt du client. »

D'autres (TS1, TS2, TS5) ont également insisté sur la difficulté à gérer le sentiment de trahison éprouvé envers le client. C'est notamment ce que nous dit TS2, qui malgré la conviction qu'il a de devoir protéger le client, éprouve malgré tout le sentiment de travailler contre ce dernier : « [Le client] ne voulait pas. Il veut garder sa liberté, il ne se trouve pas inapte. Donc, là tu te bats un peu contre lui. Tu sais, éthiquement c'est difficile puis, émotionnellement là. (TS2)» À cet effet, le code de déontologie des membres de l'OTSTCFQ nous dit : « Le travailleur social fait tout en son pouvoir pour établir et maintenir une relation de confiance entre lui-même et son client. À cette fin notamment, le travailleur social [...] respecte, dans toutes ses interventions, les valeurs et les convictions de son client (Article 3.01.04). De plus, « Le travailleur social fournit à son client les

informations nécessaires à la compréhension et à l'évaluation des services rendus ou à rendre (Article 3.03.02).

Cependant, puisque comme le rappelle Lamoureux (2003), l'Ordre professionnel n'a pas et ne peut pas vraiment établir des règles strictes permettant de baliser la pratique dans telle ou telle circonstance, les travailleurs sociaux ont de plus en plus à engager leur responsabilité personnelle dans l'accomplissement de leur mandat. En effet, il ne faut pas perdre de vue que les codes d'éthique ont été développés afin d'orienter le processus de décision éthique, en incorporant l'articulation des valeurs de base, des principes éthiques et des standards éthiques et qu'ils ne constituent pas à l'heure actuelle la principale source en ce qui a trait aux prises de décisions complexes qui surviennent dans la pratique (Nothdurfter & Lorenz, 2010, Kugelman, 1992).

Les malaises exprimés par les travailleurs sociaux interrogés par rapport à la lourdeur de la responsabilité ressentie lors de la décision éthique en lien avec l'évaluation de l'inaptitude nous portent à penser qu'il est important, si ce n'est vital, que les travailleurs sociaux soient davantage formés et appuyés dans leurs décisions.

Le fait d'échanger avec les collègues et participer aux groupes de pairs a été mentionné par TS1, TS3 et TS5 comme étant un soutien significatif à la prise de décision éthique. TS5 souligne le fait que ces échanges lui permettent d'avoir d'autres points de vue, de ventiler, d'échanger, d'avoir un autre regard sur la situation, d'autres conceptions, de créer une certaine émulation. Il nous parle également du fait que ça permet de se déculpabiliser et de valider ses perceptions, voir qu'on est dans la bonne direction. Bien que TS1 qualifie ces discussions de franches et de sincères, il mentionne toutefois que, lorsqu'il s'agit de dilemmes éthiques opposant les contraintes organisationnelles et l'intérêt du client, il est plus délicat d'en parler avec ses collègues.

Presque tous les travailleurs sociaux interrogés (TS2, TS3, TS4, TS5 et TS6) ont mentionné l'apport positif dans la prise de décision éthique de la supervision clinique par une travailleuse sociale autrefois clinicienne et dont le rôle n'est aucunement administratif. D'ailleurs, plusieurs (TS2, TS3 et TS6) ont abordé les différences entre le fait d'avoir une supervision avec la superviseuse clinique et un superviseur chef de programme. TS6 mentionne notamment du fait de ses fonctions, le chef de programme est un peu moins disponible. D'autres, dont TS2 et TS3 ont parlé du fait qu'ils se sentaient davantage à

l'aise à partager leurs dilemmes éthiques avec la superviseure clinique justement parce qu'il n'y avait aucune emprise administrative de la part de celle-ci. TS5 a cependant amené l'idée que les deux types de supervision se complétaient : la supervision avec un chef de programme orientant davantage le travailleur social sur les limites organisationnelles (les limites de l'institution), alors que la supervision clinique serait davantage axée sur la technique et les connaissances notamment par rapport au cadre juridique (le savoir-être et le savoir).

Le fait d'avoir recours en consultation à l'équipe de psychogériatrie du CLSC Métro pour que celle-ci évalue le degré d'inaptitude du client est également ressorti comme un élément central en ce qui concerne le soutien à la prise de décision éthique (mentionné par TS1, TS2, TS3, TS4 et TS6). Ainsi, TS1 a souligné l'importance pour lui de partager le poids de la décision éthique et de former une entité avec l'équipe de psychogériatrie. La reconnaissance de leur expertise a été mentionnée par plusieurs travailleurs sociaux dont TS3 qui nous la décrit comme étant « une équipe qui va travailler juste là-dessus, qui va rencontrer le réseau, la famille, tout le monde, la femme, qui va faire toute une grosse enquête d'inspecteur. Ils ont le temps de le faire pis, y rentrent plus en profondeur. (TS3) » TS6 souligne entre autres, l'ouverture des membres de l'équipe de psychogériatrie à recevoir les travailleurs sociaux en consultation, apprécie la rapidité avec laquelle il a accès à ces consultations et le fait qu'il préférerait s'en remettre à l'évaluation de la psychogériatrie dans les cas où l'inaptitude n'était pas claire. TS2, également, fait mention de la feuille de risques élaborée par l'équipe de psychogériatrie du CLSC Metro (voir annexe 5) comme soutien à la prise de décision.

D'autres (TS2, TS3 et TS6) ont aussi mentionné le fait d'appeler un intervenant au Curateur public du Québec comme façon d'obtenir un certain soutien à la prise de décision éthique. C'est le cas de TS2 et TS3 qui ont, dans le passé, cherché à obtenir des conseils auprès de ce dernier et de TS6 pour qui le fait d'appeler le Curateur public avait été une façon de s'informer sur les valeurs de l'institution.

Bien qu'exceptionnelles, les consultations avec l'avocate et l'éthicien du CSSS ont également été mentionnées comme étant un des éléments possible (mentionné par TS2, TS3, TS5, TS7) de soutien à la prise de décision. Selon TS5, ce type de consultation se fait davantage de façon indirecte via l'administration et survient lorsqu'il s'agit de situations

déliçates et que l'institution est obligée de donner au travailleur social des précisions pour qu'il puisse intervenir adéquatement ou encore, de préciser le cadre juridique afin que celui-ci puisse savoir dans quelle optique il doit rédiger son évaluation. TS3 et TS7 ont d'ailleurs déploré le manque d'accessibilité pour les travailleurs sociaux des services de consultation avec l'éthicien ou l'avocat :

Ça, je trouve, c'est des ressources qui sont là mais actuellement, je trouve que ce n'est pas moi qui en bénéficie, c'est plus les gestionnaires. C'est plus nos chefs de programme qui ont accès alors que moi, j'ai souvent demandé puis j'ai pas eu... J'avais demandé à ma chef de programme, elle me disait que oui c'était possible, mais il n'y a pas eu de suite là dans tout ça. Puis des fois oui, je trouve que ça serait pertinent, parce que je trouve que c'est beaucoup justement des positionnements administratifs. Je trouve qu'il y a des choses là-dedans, qui ne sont pas à l'intervenant à assumer (TS3).

En guise de conclusion à cette partie, nous aimerions rappeler les éléments principaux qui semblent se dégager de nos résultats. Ainsi, il apparaît que le fait de se rallier à l'évaluation médicale plus en faveur de la protection du client, soit dans certains cas, perçu par les travailleurs sociaux comme une façon d'éviter de multiplier les interventions. Cette logique s'inscrit dans un contexte organisationnel où la charge de travail imposée est souvent perçue comme lourde et limitante en ce qui concerne les interventions possibles. Le fait de procéder à l'évaluation de l'inaptitude en vue de faciliter le processus d'hébergement a d'ailleurs été invoqué à plusieurs reprises. L'enjeu de la reconnaissance de l'expertise du travailleur social dans ce contexte est ressorti comme un élément central de la prise de décision éthique. En effet, les thèmes de la confrontation par rapport à l'opinion médicale et les pressions exercées par l'administration sont ressortis à quelques reprises comme des éléments importants dans le processus de prise de décision. Finalement, la lourdeur de la responsabilité ressentie par rapport à la prise de décision éthique dans le contexte de l'évaluation de l'inaptitude a également été mentionnée par les travailleurs sociaux interrogés à maintes reprises. Les principaux obstacles à la prise de décision éthique dont ont fait part les travailleurs sociaux étaient liés au contexte de pratique. Il s'agissait du manque de ressources financières et humaines disponibles ainsi que le fait que les décisions ne soient pas toujours prises en équipe interdisciplinaire et dans un climat qui soit non menaçant ont tous été soulignés par l'un ou l'autre des travailleurs sociaux

interrogés dans le cadre de cette étude. L'accès à un membre du Curateur public, à l'éthicien du CSSS et à la conseillère juridique est ressorti comme un souhait des travailleurs sociaux interrogés. De plus, l'accès à l'équipe de psychogériatrie du CSSS, à la conseillère clinique et à de la formation sur les éléments bio-psycho-sociaux et juridiques entourant l'inaptitude et l'ouverture des régimes de protection ont été majoritairement identifiés comme des éléments centraux à la prise de décision éthique dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur.

CONCLUSION

Comme mentionné précédemment, ce projet de recherche fut pour nous l'occasion de reformuler scientifiquement un questionnement issu directement de notre pratique à savoir comment se déroule le processus de positionnement du travailleur social dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur. En effet, l'importance accordée à la reconnaissance des droits fondamentaux des personnes en matière d'intégrité physique et de consentement aux soins dans notre société, fait que le travailleur social qui est appelé à participer à l'ouverture de régimes de protection du majeur doit développer une expertise multidimensionnelle. Celle-ci doit toucher tant les aspects cliniques que légaux de la situation problématique sans compter les caractéristiques de la dangerosité (Courcelles, 2003). D'une part, la connaissance des travailleurs sociaux par rapport aux dispositions législatives et la compréhension des conséquences juridiques de leur intervention pour la personne âgée seraient le plus souvent limitées (Couturier & coll., 2006). D'autre part, le travailleur social se retrouve confronté à différentes logiques d'action (logique juridique et procédurale, logique médicale, logique psychosociale, logique pragmatique) dont il doit tenir compte dans le processus d'évaluation. Ceci nous amène à aborder la position difficile dans laquelle se trouve généralement le travailleur social qui oscille entre la possibilité de favoriser l'autonomie de la personne et la volonté de protéger celle-ci (Pauzé et Gautier, 2009). Cet affrontement opposant les principes éthiques d'autonomie et de protection prend toute son importance lorsque par exemple, il s'agit de dossiers impliquant des personnes âgées dont l'aptitude semble suspecte. (Bélanger et Beaulieu, 2006). D'une part, notre recension des écrits a permis d'introduire notre sujet en le situant dans son contexte. C'est ainsi que nous avons abordé la question de la détermination de l'inaptitude chez la personne âgée, pour ensuite nous pencher sur les enjeux psychosociaux et éthiques qu'elle implique. Nous avons dans un second temps, exposé quelques grandes tendances théoriques en matière d'éthique professionnelle en général et du travail social en particulier. Puis, notre collecte de données, basée sur une méthodologie qualitative, nous a permis de récolter notre matériel lors d'entrevues semi-dirigées. Notre grille d'entrevue a été élaborée dans l'objectif de retracer et à théoriser, par l'analyse de sa logique d'action, le processus à travers lequel le

travailleur social se positionne lorsqu'il se retrouve confronté à des dilemmes éthiques par rapport à la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée.

Les témoignages recueillis illustrent combien il peut être difficile et éprouvant pour le travailleur social de devoir se positionner dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur. En lien avec la prise de décision éthique, nous aimerions souligner que bien que dans la plupart des cas le travailleur social soit désigné par le directeur général ou son directeur des services professionnels de son établissement pour produire l'évaluation psychosociale, nous comprenons que la décision finale concernant la détermination de l'inaptitude ne découle pas uniquement de l'expertise du travailleur social. Cependant, nos données nous ont démontré que ce dernier doit néanmoins décider de son propre positionnement par rapport à la décision à prendre. Celui-ci influencera certainement la façon dont sera orienté un dossier. En effet, cette prise de position déterminera la façon dont il présentera son évaluation aux autres membres de l'équipe, qu'ils soient collègues, superviseurs cliniques ou supérieurs et des arguments ou faits qu'il utilisera pour justifier ses recommandations. Bien que chaque schème d'entretien soit spécifique, de nos résultats, nous avons pu dégager quelques grands thèmes en lien avec les dilemmes éthiques rencontrés dans ce contexte. Ainsi, il apparaît que le fait de se rallier à l'évaluation médicale plus en faveur de la protection du client, soit dans certains cas, perçu par les travailleurs sociaux comme une façon d'éviter de multiplier les interventions. Cette logique s'inscrit dans un contexte organisationnel où la charge de travail imposée est souvent perçue comme lourde et limitante en ce qui concerne les interventions possibles. Le fait de procéder à l'évaluation de l'inaptitude en vue de faciliter le processus d'hébergement a d'ailleurs été invoqué à plusieurs reprises. L'enjeu de la reconnaissance de l'expertise du travailleur social dans ce contexte est ressorti comme un élément central de la prise de décision éthique. En effet, les thèmes de la confrontation par rapport à l'opinion médicale et les pressions exercées par l'administration sont ressortis à quelques reprises comme des éléments importants dans le processus de prise de décision. Finalement, la lourdeur de la responsabilité ressentie par rapport à la prise de décision éthique dans le contexte de l'évaluation de l'inaptitude a également été mentionnée par les travailleurs sociaux interrogés à maintes reprises.

À cet effet, Bourgeault (2003b) parle de la nécessité pour les travailleurs sociaux d'appivoiser l'incertitude et d'apprendre à la reconnaître et à la tolérer. En effet, puisqu'il

est impossible pour le travailleur social de savoir avant d'agir ce qu'il serait souhaitable de savoir pour agir de façon responsable, celui-ci n'a d'autre choix que d'accepter d'agir dans l'incertitude. Comme toute intervention s'inscrit dans un jeu infiniment complexe d'interactions multiples entre acteurs et actants qui amèneront nécessairement l'intervention vers des directions non voulues et/ou non prévues, il est nécessaire que le travailleur social développe la capacité d'adaptation pour composer avec l'incertitude. Bourgeault plaide également pour la reconnaissance et la tolérance de l'ambiguïté, lieu naturel de l'éthique et caractéristique intrinsèque à l'intervention sociale.

Certains obstacles à la prise de décision éthique étant liés au contexte de pratique et rapportés par Beaulieu & Giasson (2005) ont été mentionnés par les travailleurs sociaux interrogés. Ce sont principalement le manque de ressources financières et humaines disponibles ainsi que le fait que les décisions ne soient pas toujours prises en équipe interdisciplinaire et dans un climat qui soit non menaçant. Comme le soulignent Kadushin et Egan (2001), le fait d'impliquer le plus d'acteurs possible peut apparaître comme générateur de conflits supplémentaires au travailleur social.

When there is discretion about the involvement of additional stakeholders in an ethical conflict, workers may want to weigh carefully whether the benefit of involving more parties is worth the risk of arising from the possible increase in the frequency and difficulty of conflicts. (Kadushin et Egan, 2001 ; 147)

Cependant, il peut être recommandé pour les travailleurs sociaux de ne pas seulement se concentrer sur les principes éthiques engagés dans la situation qui pose problème, mais également de considérer et de tenter de comprendre les différents points de vue adoptés par les acteurs impliqués (Kadushin et Egan, 2001). Les discussions de cas en équipe multidisciplinaire et les rencontres avec les clients et leur entourage lorsque cela est possible, représentent, nous semble-t-il, un bon moyen pour ces derniers de comprendre la perspective des différents acteurs impliqués.

Au regard de nos résultats, l'accès à un membre du Curateur public pour les travailleurs sociaux nous apparaît également essentiel. En effet, ces derniers doivent également accéder facilement à ce que pourrait être dans une situation donnée la position du Curateur, et ce, afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble des situations qui posent problème au niveau éthique. Le fait de faciliter l'accès à l'éthicien du CSSS et à la conseillère juridique est

également ressorti comme un souhait des travailleurs sociaux interrogés. Ceci pourrait se faire notamment en informant ces derniers sur le rôle de ce dernier et les modalités de ce type de consultation. L'importance d'avoir accès à de la formation sur les éléments bio-psycho-sociaux et juridiques entourant l'inaptitude et l'ouverture des régimes de protection est aussi ressortie comme un élément primordial pour les travailleurs sociaux. Finalement, l'accès à l'équipe de psychogériatrie du CSSS et à la conseillère clinique ont été majoritairement identifiés comme des éléments centraux à la prise de décision éthique dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur.

En ce qui concerne la supervision faite auprès des travailleurs sociaux, Kadushin et Egan (2001) soutiennent que celle-ci devrait être axée non seulement sur la compréhension des principes éthiques impliqués dans les situations qui leur sont soumises, mais également sur l'analyse des intérêts des différents acteurs impliqués. Selon nos résultats, il apparaît également que le rôle de superviseur clinique aurait tout avantage à préserver une certaine autonomie par rapport aux décisions administratives, et ce, afin que les questionnements éthiques des travailleurs sociaux soient adressés de façon libre et honnête.

Une autre façon pour les travailleurs sociaux de parvenir à mieux défendre leurs prises de position est certainement de participer aux groupes de pairs. Ces groupes peuvent prendre la forme de groupes de consultation éthique où les travailleurs sociaux ont l'opportunité d'exposer leurs dilemmes à des pairs et ainsi permettre à ceux-ci de s'entraîner à la résolution et à la prise de décision éthique. Ils peuvent également offrir un lieu où il est possible d'explorer en groupe un dilemme en toute sécurité et ainsi permettre la construction d'une argumentation solide et affirmée. Le travailleur social qui aura à débattre de la situation avec d'autres professionnels ou membres de l'administration risque d'être ainsi mieux préparé pour faire valoir son point de vue.

Adopter un modèle davantage collaboratif de prise de décision éthique afin de diminuer la pression sur les travailleurs sociaux et, dans certains cas, contribuer à changer le rapport lorsque survient, par exemple, un désaccord avec le médecin. En effet, une prise de décision en équipe contribuerait à faire en sorte qu'il ne s'agisse pas non plus de la position d'un travailleur social seul par rapport à celle d'un médecin, mais de celle d'une équipe multidisciplinaire. À ce titre, le modèle collaboratif de Lacroix et Létourneau (2000)

pourrait représenter une façon de résoudre en équipe ce type de dilemme éthique. Par le biais notamment du dialogue, ce modèle d'intervention de type collaboratif a pour but de contribuer à l'élaboration de repères structurels fiables et consistants pour le développement de l'éthique en tant que compétence professionnelle. On ne vise en aucun cas la détermination de standards de comportements aux intervenants ou aux consultants ou à uniformiser les types d'interventions (Lacroix et Létourneau, 2000).

Pour Tremblay (2011), le dialogue éthique favorise une réflexion sur les valeurs en cause lors de situations qui interpellent ou posent problème. Cette réflexion permet d'analyser et de décider tout en parvenant à une meilleure connaissance de soi et des autres, ce qui rend possible une prise de décision éclairée. Pour Pullen-Sansfaçon (2009), le dialogue socratique apparaît être un outil pertinent pour engager une réflexion pratique et permettre aux participants de développer des traits de caractère vertueux. Toujours selon Tremblay, ces découvertes se font par l'analyse des expériences émotionnelles. En ce sens, l'éthique doit être comprise au sens que donne la personne à son comportement et à ses choix personnels dans la vie de tous les jours et dans le cadre de son travail.

Les groupes de pairs apparaissent être un lieu idéal de réflexion et de dialogue où sont examinées et défendues les valeurs fondamentales qui sont en jeu dans une situation particulière et où sont considérées les émotions que certaines situations cliniques font vivre, et ce, afin que les travailleurs sociaux puissent exprimer les dilemmes éthiques liés à la pratique. À ce titre, de telles rencontres dialogiques et de partage d'informations sont certainement un moyen pour faciliter la prise de décision éthique et pourraient bénéficier les travailleurs sociaux.

Nous espérons que cette étude pourra s'avérer être pertinente dans le développement d'une meilleure compréhension des schèmes de pensées et les rationnels impliqués dans les décisions éthiques des travailleurs sociaux, ce qui, comme le soulignent Doyle, Miller & Mirza (2009), constitue un enjeu critique pour la pratique future du travail social. En effet, il s'avère déterminant pour les travailleurs sociaux de s'intéresser à la prise de décision éthique en ce sens où le développement d'une telle expertise est en lien direct avec la confiance de ces derniers en leur jugement professionnel, l'intensité des tensions éthiques qui surviennent dans la pratique ainsi que le fait de clarifier leur rôle parmi les professionnels de l'équipe interdisciplinaire (Healy, 1998), notamment dans le processus

de détermination de l'inaptitude. Il est évident cependant que la grandeur de notre échantillon et l'envergure de cette recherche ne nous ont pas permis de tirer de grandes conclusions de cette étude. Cependant, de par sa nature exploratoire, nous croyons que celle-ci pourrait ouvrir la porte à d'autres études de plus grande ampleur sur le vécu éthique des travailleurs sociaux dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur. Il serait notamment intéressant de voir comment et dans quelle mesure le contexte organisationnel influence-il la perception qu'ont les travailleurs sociaux des dilemmes éthiques ainsi que leur processus de positionnement dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur.

RÉFÉRENCES

Albert, H. (2006). *Les dilemmes éthiques des travailleuses sociales francophones œuvrant dans le domaine de la protection de l'enfance au Nouveau-Brunswick*. Thèse de doctorat, Université Laval.

Angelides, P. (2001). The development of an efficient technique for collecting and analysing qualitative data : the analysis of critical incidents. *Qualitative Studies in Education*, 14(3), 429-442.

[Arnd-Caddigan, M.](#) & [Pozzuto, R.](#) (2009). The virtuous social worker: the role of "thirdness" in ethical decision making. *Families in Society*, 90(3), 323-328.

Assogba, Y. (1999a). Pour l'éthique du comité d'éthique de la recherche universitaire. *Cahiers du GÉRIS: Série CONFÉRENCES* no. 6

[Assogba, Y.](#) (1999b). *Sociologie de Raymond Boudon. Essai de synthèse et applications de l'individualisme méthodologique*. Québec/Paris, Presses de l'Université Laval (P.U.L) et L'Harmattan.

Abric, J.-Cl., *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF, 1994.

Bank, S. (2008). Critical Commentary : Social Work Ethics. *British Journal of Social Work*, 38, 1238-1249.

Banks, S. & Williams, R. (2005). Accounting for Ethical Difficulties in Social Welfare Work : Issues, Problems and Dilemmas, *British Journal of Social Work*, 35, 1005-1022.

[Beauchamp, T. L.](#) & [Childress J. F.](#) (2001). *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), 161-186.

Bélanger, J. & **Beaulieu, M.** (2006). L'évaluation clinique de l'inaptitude : des travailleurs sociaux et des médecins commentent le travail de l'autre et leurs espaces de rencontre. *Intervention*, 124, 61-70.

Bereza, E. (2002). Reflections on reflections - The ethical paradox of social work. *Intervention*, 117, 91-94.

Bolle de Bal, M. (2003). Reliance, déliance, liance : Émergence de trois notions sociologiques. *Sociétés*, 80(2), 99-131.

- Boudon, R. (1977). *Effets pervers et ordre social*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Boudon, R. (1979). *La logique du social, introduction à l'analyse sociologique*. Paris : Hachette Littérature.
- Boudon, R. (1995). *Le juste et le vrai : études sur l'objectivité des valeurs et de la connaissance*, Paris, Hachette
- Boudon R. (1999). La « rationalité axiologique » : une notion essentielle pour l'analyse des phénomènes normatifs. *Sociologies et sociétés*, 31(1), 103-117.
- Boudon R. (2004). *Quelle théorie du comportement pour les sciences sociales?* Nanterre, Société d'ethnologie.
- Bourgeault, G. (2003a). L'intervention sociale comme entreprise de normalisation et de moralisation. Peut-il en être autrement ? À quelles conditions ? *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 92-105.
- Bourgeault, G. (2003b). Si la vie ne va jamais sans risque... jalons pour une éthique de l'intervention sociale et de la protection. *Intervention*, 119, 6-14.
- Bourgeois et Piret (2006). L'analyse structurale de contenu, une démarche pour l'analyse des représentations. in Paquay L. et al., *L'analyse qualitative en éducation : Des pratiques de recherche aux critères de qualité*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Bussière & Al. (2006). Le vieillissement de la population: une nouvelle spécificité québécoise in Yves Bussière et al., *Atlas du vieillissement et des déséquilibres démographiques régionaux au Québec 2001 - 2021 - 2041*, INRS — Urbanisation, Culture et Société.
- Canuel, C., Couturier, Y., Beaulieu, M. (2010). Le rôle des proches dans le processus de détermination de l'inaptitude de la personne âgée en perte d'autonomie du point de vue des professionnels. *Enfance, Familles, Générations*, 13, 97-115 – www.efg.inrs.ca
- Clément, F. (1999). La sociologie cognitive: une bien étrange croyance. *Cahiers internationaux de sociologie*, CVII, 89-104.
- Coenen-Huther, J. (2001). Sens moral ou raisons fortes?, *L'Année sociologique*, Vol. 51, No.1, pp.235-254.
- Courcelles, C.A. (2003). L'évaluation psychosociale de l'aptitude à consentir d'un majeur : réflexion sur l'expertise psychosociale. *Intervention*, 119, 92-99.
- Couturier, Y., Beaudry, M., Beaulieu, M. et Philips-Nootens, S. (2006). Le travail social dans le processus interprofessionnel de détermination de l'inaptitude de la personne âgée, *Intervention*, 124, 52-60.
- Curateur public du Québec (2002). Le mandat en cas d'inaptitude : Réponses à quelques questions. *Communication du Curateur public du Québec destinée aux intervenants des établissements du réseau de la santé et des services sociaux*, 1(3).

Dakin, E., Pearlmutter S. (2009). Older Women's Perceptions of Elder Maltreatment and Ethical Dilemmas in Adult Protective Services : A Cross-Cultural, Exploratory Study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21, 15-57.

De Lavergne, C. (2007), La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches qualitatives – Hors Série(3)*

Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative. Guide pratique*. Coll. THEMA, McGraw-Hill Éditeurs.

Deslauriers, J.-P. & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative in J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A. Pires (Éds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaetan Morin, 85-111.

Doucet, M.-C. (2009). Problèmes du travail social contemporain, *Intervention sociale et développement, quelles références pour quelles pratiques?*, AIFRIS, Tunisie.

Doyle, O., Miller, S. E., & Mirza, F. Y. (2009). Ethical decision-making in Social Work: Exploring personal and professional values, *Journal of Social Work Values and Ethics*, 6(1).

Dupuis, C (2007). *Enjeux éthico-cliniques liés à la poursuite ou à l'arrêt des traitements d'hémodialyse en milieu hospitalier*, UDM.

Fabien, C. (2007). Le mandat de protection en cas d'inaptitude du mandant. *Cours de perfectionnement – avril 2007*, 409-438.

Freud, S., & Krug, S. (2002). Beyond the Code of Ethics, part II: Dual relationships revisited, *Families in Society*, 83, 483-492.

Guay, H. (2002), Le consentement aux soins et à l'hébergement : Quand les tribunaux s'en mêlent. Texte d'une conférence prononcée à l'occasion du Colloque *L'exploitation des personnes âgées*, offert par le Barreau du Québec, le 1^{er} novembre 2002, http://www.rifvel.org/documentation_rifvel/consentement.php

Geneau, D. (2005), Évaluation de l'inaptitude, *La revue Sécurité-Prévention de l'ASSTSAS*, 28(4), 20-21.

Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure, *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-261.

Graton, G. (2002), Réflexion éthique sur la protection malgré soi in S.F.P.B.Q., ed., *Être protégé malgré soi*, Éditions Yvon Blais, Cowansville, 49-58.

Healy, T. (1998). The Complexity of Everyday Ethics in Home Health Care, *Social Work in Health Care*, 27(4), 19-37.

Healy, T. (2003). Ethical decision making: Pressure and uncertainty as complicating factors. *Health & Social Work*, 28(4), 293-301.

Hiernaux, J.-P. (1995). Analyse structurale de contenus et modèles culturels. Application à des matériaux volumineux, in L. Albarello *et al.* (dirs), *Pratiques et méthodes de recherches en sciences sociale*, Paris: Armand Colin, 111-14.

Hugman, R. et Smith, D. (1995), *Ethical issues in social work*, Professional ethics, My Library. London ; New York : Routledge

Icart, L. & Bordeleau, P. (1998). Piret, A., Nizet, J. et Bourgeois, É. (1996). L'analyse structurale. Bruxelles : De Boeck Université. *Revue des sciences de l'éducation*, Volume 24(2), 429-431.

Kadushin, G & Egan, M. (2001). Ethical Dilemmas in Home Health Care : A Social Work Perspective, *Health & Social Work*, 136-149.

Kugelman, W. (1992). Social work ethics in the practice arena: A qualitative study. *Social Work in Health Care*, 17(4), 59-80.

Lachance, J., Poulin, N., Deleseleuc, C. et St-Pierre, J. (2004). Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile, CLSC Métro; Curateur public du Québec, Montréal, <http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/27496.pdf?Archive=103895792107&File=27496.pdf>

Lacroix A. & Létourneau A. (2000). *Méthodes et interventions en éthique appliquée*, Les Editions Fides.

Lamoureux, H. (2002). Responsabilités professionnelles et dilemmes éthiques: L'exigence de la cohérence, *Intervention*, 117, 15-23.

Lamoureux H. (2003). *Éthique, travail social et action communautaire. Essai méthodologique*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.

Landau R. (1998). Ethical Dilemmas in Treating Cases of Abuse of Older People in the Family, *International Journal of Law, Policy and the Family*, 12, 345-355.

Landau, R. (2009). Ethical Dilemmas in General Hospitals, *Social Work in Health Care*, 32(2), 75-92.

Lavallée, D. (2007), Le rôle du Curateur public en matière de gestion des patrimoines. Colloque de l'Association de planification fiscale et financière. Gestion et transfert de la richesse, quels sont les outils offerts par la fiscalité? *Curateur publique du Québec*, http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/publications/allocution_colloq_ass_plan_fisc.pdf

Linzer, N. (2002), An ethical dilemma in home care, *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 37(2), 23-34.

López, J. J. (2009). Par-delà l'éthique : vers une sociologie des pratiques éthiques contemporaines, *Cahiers de recherche sociologique*, 48, 27-44.

- Martinez M.-L. (2008). Entre le vide moral et le trop-plein d'éthique ?, *in Repères déontologiques pour les acteurs sociaux*, ERES, 75-112.
- Martinic, S. (2006). L'analyse structurale de contenu : quelle construction de catégories?, *in Paquay L. et al., L'analyse qualitative en éducation : Des pratiques de recherche aux critères de qualité*, Bruxelles : De Boeck Université.
- Massé, R. (2002). La flexibilité des critères dans la justification éthique des interventions: du principisme spécifié à un modèle centré sur les valeurs phares, *Les classiques des sciences sociales*, http://classiques.uqac.ca/contemporains/masse_raymond/flexibilite_criteres_justification/flexibilite_criteres_justification.pdf
- Mayer, R. et Saint-Jacques, M.-C. (2000). L'entrevue, *in R. Mayer et F. Ouellet (Éds.), Méthodes de recherche en intervention sociale*, Boucherville : Gaétan Morin, 115-133.
- McDermott, S. (2010). Professional judgements of risk and capacity in situations of self-neglect among older people, *Ageing & Society*, 30, 1055-1072.
- Meacham, M. G. (2007). Ethics and Decision Making for Social Worker, *Journal of Social Work Values and Ethics*, 4(3).
- Miles, M. et Huberman, A.M. (2003). Donner un sens: élaboration et vérification des conclusions, *in A.M. Huberman et M.B. Miles (Éds.), Analyse des données qualitatives*, Bruxelles : De Boeck-Wesmael, 437-518.
- Millet, C. (2010). Demazière, D. & Dubar, C., *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple de récits d'insertion*, *Questions Vives*, 7(14), 177-179.
- Mucchielli, A. (1983). *Les jeux de rôles*, Paris : Presses Universitaires de France.
- Mucchielli, A. (2007). Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives. Actes du colloque Bilan et perspectives de la recherche qualitative, Association pour la recherche qualitative. *Recherches qualitatives – Hors Série*(3).
- Nélisse, C.& Uribé, I. (1992). Analyse des évaluations médicales et psychosociales requises par la nouvelle Loi sur le Curateur public, *Santé mentale au Québec*, vol. 17(2), 265-283.
- Northdurfter, U. & Lorenz, W. (2010). Beyond the Pro and Contra of Evidence-Based Practice: Reflections on a Recurring Dilemma at the Core of Social Work. <http://www.socwork.net/2010/1/northdurfterlorenz>
- Ouellet, F. & Saint-Jacques, M.-C. (2000). Les techniques d'échantillonnage, *in R. Mayer et F. Ouellet (Éds.), Méthodes de recherche en intervention sociale*, Boucherville : Gaétan Morin, 71-90.
- Osmo, R. & Landau, R. (2006). The role of ethical theories in decision making by social workers, *Social Work Education*, 25(8), 863-876.

Patenaude, J. (2002). Pour une compétence éthique: Le modèle dialogique, *Intervention*, 117, 66-76.

Pauzé, M. & Gautier, L. (2009). Évolution de l'exercice du travail social relatif aux mesures et aux régimes de protection de la personne inapte, *Intervention*, 131, 98-107.

Perrenoud, P. (1998). Les limites de l'individualisme méthodologique. A propos des Effets pervers et ordre social de Raymond Boudon, *Revue française de sociologie*, 19(3), 442-454.

Piret, A., Nizet, J. et Bourgeois, É. (1996). *L'analyse structurale*, Bruxelles : De Boeck Université.

Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique, in J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A. Pires (Éds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Boucherville : Gaetan Morin, 113-169.

Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques, in J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A. Pires (Éds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Boucherville : Gaetan Morin, 173-209.

Pullen-Sansfaçon, A. (2009). Virtue Ethics for Social Work : A New Pedagogy for Practical Reasoning. *Social Work Education*, iFirst Article, 1-14.

Pullen-Sansfaçon, A. & Stephen C. (2012). *The Ethical Foundations of Social Work*. Harlow : Pearson

Raveau, F. (2003). Raisons. Bonnes raisons. Raymond Boudon. Université Paris IX Dauphine, www.commerce-international.cnam.fr/lipsor/dso/.../RBOUDONraisonsbo.doc
Richard, S. (2008). La délibération éthique chez les travailleuses et travailleurs sociaux en contexte d'intervention difficile : quand le recours au "gros bon sens" et au raisonnement normatif est insuffisant pour interpréter la règle ou remettre en question la décision envisagée et l'action qui en découle, *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 14(1), 200-217.

Ricoeur P. (1990). Ethique et morale, <http://pierre.coninx.free.fr/lectures/ethiquemorale.htm>

Ricoeur P. (2001). De la morale à l'éthique et aux éthiques, *Le Juste 2*, Éditions Esprit, Paris. www.philo.umontreal.ca/.../Ricoeur_MORALE.pdf

Rioux Soucy, L.-M. (2011). L'art de vieillir sans se déraciner, *Le Devoir*, 30 juillet.

Ruquoy, D. (1990). Les principes et procédés méthodologiques de l'analyse structurale, in Ruquoy, D. et Remy J., *Méthodes d'analyse de contenu et sociologie*, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis.

Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada (2006), Éthiques et normes professionnelles pour la collectivité de l'évaluation au gouvernement du Canada, www.tbsct.gc.ca/cee/.../pescgc-enpcegc-fra.asp

Smith, R. (2010). Social Work, Risk, Power, *Sociological Research Online* 15(1)4, <http://www.socresonline.org.uk/15/1/4.html>

Saint-Arnaud, J. (2009). *Éthique de la santé : Un guide pour l'intégration de l'éthique dans les pratiques*, Montréal : Gaëtan Morin/Chenelière Éducation.

Thiault, F.(2009). Recherche indigène et familiarité avec l'objet de recherche, *Études de communication*, 32, <http://edc.revues.org/index914.html>

Tremblay, M.-A. (2011). *Le rôle des valeurs dans l'appropriation par le soignant en soins palliatifs d'une démarche de réflexion éthique susceptible de donner un sens à sa pratique*. Thèse de doctorat, Université du Québec à Chicoutimi.

Vial, M. (2005). *De l'éthique et de la déontologie dans l'exercice professionnel*, ADEPEI de Haute Loire, Séminaire du Conseil de Direction, Le Puy-en-Velay.

Weyers, M. L. & Van den Berg, A. M.(2006). The success factors in community work services: A critical incident study, *International Social Work* 49(2), 177–187.

Yeung, K. S. S., Ho, A. P. Y., Lo, M. C. H. & Chan, E. A. (2009). Social Work Ethical Decision Making in an Inter-Disciplinary Context. *Oxford Journals, Social Sciences, British Journal of Social Work*, 40(5), 1573-1590.

ANNEXES

ANNEXE 1

Présentation du projet de mémoire

À l'attention des : chefs de programmes, superviseurs cliniques et autres responsables des programmes PPALV au CSSS de la Montagne.

Programme : Perte d'autonomie liée au vieillissement et à la déficience physique adulte (*PPALV-DPA*).

Titre du projet de recherche : Le processus de positionnement éthique du travailleur social dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur.

Bonjour,

Je suis étudiante à la maîtrise en service social à l'Université de Montréal (UdM) et je sollicite votre aide pour ma recherche dans le cadre de mon mémoire.

Je suis à la recherche de travailleurs sociaux et de travailleuses sociales qui accepteraient de partager leur expérience du processus de détermination de l'inaptitude de la personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur. Pour ce faire, je vous invite à diffuser cette information par différents moyens de communication, notamment l'envoi de courriels dans Lotus Note et de messages téléphoniques. Une brève lettre de présentation du projet est fournie à cet effet (voir pièce jointe).

Ce projet de recherche vise à mieux comprendre le processus de prise de décision du travailleur social dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur. D'une manière plus spécifique, cette étude consiste à retracer et à théoriser, par l'analyse de sa logique d'action, le processus à travers lequel le travailleur social se positionne lorsqu'il se retrouve confronté à des dilemmes éthiques par rapport à la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée. Plus concrètement, nous chercherons à explorer le vécu des travailleurs sociaux par rapport :

- aux dilemmes éthiques associés au processus de prise de décision dans la détermination de l'inaptitude;
- aux éléments qui influencent le processus de prise de décision (tels les principes, attitudes, valeurs professionnelles, valeurs personnelles, croyances, paramètres contextuels, rôle joué par l'individu);
- au rationnel associé au processus de prise de décision (finalités associées à l'action).

Les sujets qui auront accepté de participer à l'étude seront ensuite contactés par téléphone afin de m'assurer que ceux-ci répondent effectivement aux critères

d'échantillonnage de l'étude et le cas échéant, un rendez-vous leur sera fixé pour une entrevue. Les entrevues se tiendront dans un lieu choisi par les intervenants.

Leur participation à cette recherche consistera en une entrevue enregistrée qui respectera l'anonymat et la confidentialité des personnes (60 à 90 min.).

En participant à cette recherche par le recrutement de sujets, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur les enjeux auxquels sont confrontés les travailleurs sociaux engagés dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur.

Pour tout renseignement supplémentaire ou fixer une rencontre, vous pouvez me contacter à cette adresse courriel XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX ou par téléphone au xxx-xxx-xxxx Ext. xxxx.

En espérant que mon projet saura retenir votre intérêt, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Pascale Roy

Candidate à la maîtrise en service social, Université de Montréal, travailleuse sociale au CSSS de la Montagne et membre de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec.

Nom du directeur de recherche : Annie Pullen-Sansfaçon, Professeure adjointe, École de service social, Université de Montréal

Département/Faculté : École de service social/Faculté des arts et des sciences

Certificats d'éthiques (à venir) délivrés par le Comité d'évaluation scientifique (CES) du CSSS de la Montagne et le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) du CSSS de la Montagne

ANNEXE 2

Présentation du projet de mémoire

À l'attention des : travailleurs sociaux du CSSS de la Montagne

Programme : Perte d'autonomie liée au vieillissement et à la déficience physique adulte (*PPALV-DPA*).

Titre du projet de recherche : Le processus de positionnement éthique du travailleur social dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur.

Bonjour,

Je suis travailleuse sociale au CSSS de la Montagne et je complète présentement une maîtrise en service social à l'Université de Montréal (UdM). Je sollicite donc votre aide pour ma recherche dans le cadre de mon mémoire.

Je suis à la recherche de travailleurs sociaux et de travailleuses sociales qui accepteraient de partager leur expérience du processus de détermination de l'inaptitude de la personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur.

Ce projet de recherche vise à mieux comprendre le processus de prise de décision du travailleur social dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur. D'une manière plus spécifique, cette étude consiste à retracer et à théoriser, par l'analyse de sa logique d'action, le processus à travers lequel le travailleur social se positionne lorsqu'il se retrouve confronté à des dilemmes éthiques par rapport à la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée. Plus concrètement, nous chercherons à explorer le vécu des travailleurs sociaux par rapport :

- aux dilemmes éthiques associés au processus de prise de décision dans la détermination de l'inaptitude;
- aux éléments qui influencent le processus de prise de décision (principes, attitudes, valeurs professionnelles, valeurs personnelles, croyances, paramètres contextuels, rôle joué par l'individu);
- au rationnel associé au processus de prise de décision (finalités associées à l'action)
- ;
- aux grandes perspectives éthiques utilisées dans le processus de prise de décision.

Si vous acceptiez de participer à cette étude, vous serez par la suite contactés par téléphone afin de m'assurer que vous répondez effectivement aux critères d'échantillonnage de l'étude et le cas échéant, un rendez-vous sera fixé pour une entrevue. Les entrevues se tiendront dans un lieu que vous aurez choisi.

Votre participation consistera en une entrevue enregistrée qui respectera l'anonymat et la confidentialité des personnes (60 à 90 min.). Les entrevues se passeront sur les heures de travail des participants. De plus, nous tenons à souligner que chaque participant sera tenu de respecter son devoir de confidentialité envers les tiers (clients et collègues) en ne révélant à la chercheuse aucune information qui permette de les identifier.

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur les enjeux auxquels sont confrontés les travailleurs sociaux engagés dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur.

Pour tout renseignement supplémentaire ou fixer une rencontre, vous pouvez me contacter à cette adresse courriel : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx ou par téléphone au xxx-xxx-xxxx Ext. xxxx.

En espérant que mon projet saura retenir votre intérêt, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Pascale Roy

Candidate à la maîtrise en service social, Université de Montréal, travailleuse sociale au CSSS de la Montagne et membre de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec.

Œm du directeur de recherche : Annie Pullen-Sansfaçon, Professeure adjointe, École de service social, Université de Montréal

Département/Faculté : École de service social/Faculté des arts et des sciences

Certificats d'éthiques (à venir) délivrés par le Comité d'évaluation scientifique (CES) du CSSS de la Montagne et le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) du CSSS de la Montagne

ANNEXE 3

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de la recherche : Le processus de positionnement éthique du travailleur social dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur.

Chercheure : Pascale Roy, candidate à la maîtrise en service social, Université de Montréal, travailleuse sociale au CSSS de la Montagne et membre de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec.

Directrice de recherche: Annie Pullen-Sansfaçon, Professeure adjointe, Université de Montréal

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche.

Le but de cette recherche de nature exploratoire est d'accroître notre compréhension du processus de prise de décision du travailleur social dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur. D'une manière plus spécifique, cette étude consiste à retracer et à théoriser, par l'analyse de sa logique d'action, le processus à travers lequel le travailleur social se positionne lorsqu'il se retrouve confronté à des dilemmes éthiques par rapport à la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée. Plus concrètement, nous chercherons à explorer le vécu des travailleurs sociaux par rapport:

- aux dilemmes éthiques associés au processus de prise de décision dans la détermination de l'inaptitude;
- aux éléments qui influencent le processus de prise de décision (tels les principes, attitudes, valeurs professionnelles, valeurs personnelles, croyances, paramètres contextuels, rôle joué par l'individu);
- au rationnel associé au processus de prise de décision (finalités associées à l'action).

2. Participation à la recherche

Votre participation à cette recherche consiste à :

une entrevue enregistrée (60 à 90 min.) avec la chercheure

* Les entrevues se passeront sur les heures de travail des participants.

3. Confidentialité

Les renseignements que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Chaque participant à la recherche se verra attribuer un numéro et seul le chercheur principal et/ou la personne mandatée à cet effet auront la liste des participants et des numéros qui leur auront été attribués. De plus, les renseignements seront conservés dans un classeur sous clé dans le bureau de notre directrice de recherche, madame Annie Pullen-Sansfaçon (local C-7110, pavillon Lionel-Groulx, Université de Montréal). Tous les documents informatisés seront protégés par un mot de passe. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Ces renseignements personnels seront détruits sept ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette date. Les enregistrements des entrevues seront quant à eux détruits dès que la transcription des données sera complétée.

Par soucis de préservation de l'anonymat, nous suggérerons au participant de le rencontrer dans un lieu autre que celui de son lieu de pratique.

Finalement, nous tenons à rappeler que chaque participant est tenu de respecter son devoir de confidentialité envers les tiers (clients et collègues) en ne révélant à la chercheuse aucune information qui permette de les identifier.

4. Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur les enjeux auxquels sont confrontés les travailleurs sociaux engagés dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur. Votre participation à la recherche pourra également vous donner l'occasion d'engager une réflexion sur votre pratique.

Bien que nous pensions qu'il y ait peu de risque à cet effet, il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables, nous vous remettrons, lors de l'entrevue, une liste de ressources auxquelles vous pourrez vous référer le cas échéant.

5. Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur, au numéro de téléphone indiqué à la dernière page de ce document. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

B) CONSENTEMENT

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Signature : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du chercheur _____ Date : _____
(ou de son représentant)

Nom : _____ Prénom : _____

Pour toute question relative à la recherche, ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec Pascale Roy, (candidate à la maîtrise en service social, Université de Montréal, travailleuse sociale au CSSS de la Montagne et membre de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec), au numéro de téléphone suivant : xxx-xxx-xxxx Ext. xxxx ou à l'adresse courriel suivante:
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à la Commissaire aux plaintes et à la qualité du CSSS de la Montagne, xxx-xxx-xxxx poste xxxx.

Un exemplaire du formulaire de consentement signé doit être remis au participant

ANNEXE 4

Questionnaire

Par soucis de préservation de la confidentialité et la vie privée de tiers dont il serait fait mention lors de la présente entrevue, nous vous demandons de prendre soin de ne faire mention d'aucun nom ou d'aucune information permettant d'identifier des tiers.

1. Fiche signalétique, l'information sur les caractéristiques socioculturelles de chacun des travailleurs sociaux

Âge	
Sexe	
Formation universitaire en travail social	
Années d'expérience en travail social	
Années d'expérience au PPALV-DPA	

2. Données de type biographiques concernant la trajectoire du travailleur social

Décrivez brièvement votre parcours académique et votre expérience en tant que travailleur social.

Avez-vous déjà suivi une formation concernant les régimes de protection du majeur? Brièvement quels en étaient le propos?

3. Réflexion sur l'éthique en général:

Selon vous, qu'est-ce qu'un dilemme éthique?

Dans le cadre de votre pratique, comment en arrivez-vous à résoudre les dilemmes éthiques que vous rencontrez? Comment vous y prenez-vous pour les résoudre? (Quelle est votre processus de positionnement face à une décision comportant un aspect éthique?)

Comment vous sentez-vous outillés ou équipés pour faire face aux dilemmes éthiques que vous rencontrez dans le cadre de votre travail? (*cours, formations, lectures, échanges, discussions, supervisions, conférences, ateliers, etc.*)

4. Données d'ordre philosophique, idéologique et cognitif en lien avec sa définition et sa conception des enjeux rencontrés par le travailleur social dans le processus de détermination de l'inaptitude. *(Ce nous cherchons à comprendre, ce sont les dilemmes éthiques rencontrés par les travailleurs sociaux lors du processus d'évaluation psycho-sociale de l'inaptitude et la façon dont les travailleurs sociaux composent avec ces dilemmes éthiques.)*

Mise en contexte: **Dans le cadre de votre pratique au PPALV-DPA, vous êtes appelés à participer à l'ouverture de régimes de protection et éventuellement à produire des évaluations concernant l'inaptitude d'une personne âgée. Ce processus vous amène à vous positionner sur la façon dont vous présenterez votre évaluation aux autres membres de l'équipe, qu'ils soient collègues, superviseurs cliniques ou supérieurs ainsi qu'à décider des arguments ou faits que vous utiliserez pour justifier vos recommandations.**

Certaines décisions sont particulièrement difficiles, particulièrement complexes et peuvent poser par le fait même des dilemmes éthiques.

Question: J'aimerais connaître votre point de vue sur les contextes, les moments et le type de décisions qui posent pour vous le plus des dilemmes éthiques dans votre pratique.

Question complémentaire: Pourquoi considérez-vous qu'il s'agit de dilemmes éthiques?

Question: Comment vous y prenez-vous pour faire face à ces types de dilemmes?

5. Données d'ordre factuel et expérientiel, liées à des événements vécus dans l'exercice de son mandat - Canevas d'entrevue de l'incident critique

Incident critique :

Mise en contexte: **Dans le but d'illustrer un dilemme éthique et le processus de résolution éthique, j'aimerais que vous me parliez d'une situation qui pour vous a été significative et dans laquelle vous êtes intervenus et où vous avez eu à prendre une décision difficile sur le plan éthique. J'aimerais vous rappeler qu'il est important ici de ne faire mention d'aucun nom ou d'aucune date qui pourrait nous permettre d'identifier les personnes impliquées de près ou de loin dans les événements et ce, de façon directe ou indirecte.**

Question: En quoi cette situation constituait-elle un dilemme éthique pour vous ? (dilemme éthique, conflits de valeurs, etc.)

Quel en était l'enjeu? (Enjeux éthiques (valeurs, mandat, rôle, etc.))

Quels sont les éléments qui vous ont servi à résoudre ce dilemme? (Façon dont la décision s'est prise. Ce qui a été pris en compte (processus de délibération))

Quel a été selon-vous l'élément qui a été le plus déterminant dans votre processus de décision?

Avez-vous utilisé d'autres sources d'aide pour prendre votre décision?

Si oui quels sont-ils? (Code de déontologie, avis de vos collègues, superviseure clinique, éthicien, supérieurs, etc.)

Dans quelle mesure, comment et pourquoi considérez-vous que ces sources ont influencé votre décision?

Selon vous quelles auraient pu être les conséquences si vous aviez pris telle autre décision?

6. Y a-t-il autre chose que mes questions ne vous ont pas permis d'exprimer et que vous souhaiteriez communiquer dans le cadre de cette recherche?

ANNEXE 5

Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile

Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile

Cet outil d'évaluation s'adresse à toute clientèle adulte vulnérable avec problèmes multiples.

Cet **Outil d'évaluation du risque** est composé :

- De l'**Aide-mémoire**
- De la **Grille d'analyse du risque**
- Des **Critères de la Nouvelle-Écosse**
- Des **Éléments de réflexion éthique**.

Dans les situations difficiles, il est fortement recommandé de consulter. Le but de cet **Outil d'évaluation du risque** est d'aider les équipes d'intervenants à identifier les facteurs de risque des personnes vivant à domicile et de les assister dans l'orientation de leurs interventions.

Les équipes d'intervenants, dans leur estimation des facteurs de risque, doivent tenir compte des expériences antérieures de la personne évaluée, ainsi que des circonstances atténuantes ou, au contraire, aggravantes. Cet outil ne comporte donc pas de système de pondération afin d'éviter une évaluation erronée du niveau de risque.

Comment utiliser l'**Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile**?

- Complétez la **Grille d'analyse du risque**¹ en vous servant de l'**Aide-mémoire**.
- Utilisez au besoin les **Critères de la Nouvelle-Écosse** si vous jugez pertinent d'évaluer le degré de compréhension du client.
- Vous référer aux **Éléments de réflexion éthique** pour objectiver les choix possibles dans les situations qui ne font pas consensus ou litigieuses.

Les auteurs

CLSC Métro

Programme de services à domicile

Jean Lachance, travailleur social

Services ambulatoires de psychogériatrie des CLSC Métro, NDG-Montréal-Ouest, Parc-Extension et St-Henri

Nicole Poulin, psychologue

En collaboration avec

Le Curateur Public du Québec

Direction territoriale de Montréal

Chantal Deléseleuc, travailleuse sociale

Jocelyne St-Pierre, travailleuse sociale

© La reproduction de cet outil est autorisée à la condition de nommer les auteurs.
Juin 2004

¹ Notez que la **Grille d'analyse du risque** n'est pas un outil d'évaluation de l'aptitude de la personne.

Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile

Nom : _____ Dossier : _____

AIDE-MÉMOIRE

Identification de la présence de facteurs de risques biopsychosociaux

Facteurs biologiques		OUI
1.	Présence de problèmes de santé pouvant entraîner des atteintes à l'intégrité physique à brève échéance ou la mort si refus de suivi des recommandations établies dans le PIAS (Plan d'intervention et d'allocation de services)	
2.	Malnutrition, intoxication alimentaire	
3.	Déshydratation	
4.	Infections à répétition, plaies	
5.	Médicaments : <i>refus, négligence, incapacité de s'auto-médicamer, abus, risques d'intoxication</i>	
6.	Nombre d'heures trop élevé sans être changé (<i>incontinences, pansements,...</i>)	
7.	Chutes répétées, risque élevé de chutes	
8.	Handicaps non compensés chez une personne vivant seule (<i>surdité sévère, cécité, difficulté de s'exprimer,...</i>)	
Facteurs psychologiques		
9.	Déficits cognitifs (<i>récents ou de longue date</i>). Ex : <i>perception de la réalité altérée, mémoire déficiente, désorganisation (laisse des objets sur la cuisinière, sort sans être habillé adéquatement, aliments avariés, ...)</i> , etc...	
10.	État psychotique (<i>symptômes ou état psychotique</i>)	
11.	Dépression majeure	
12.	Trouble du comportement (<i>récent ou de longue date</i>) : <i>agressivité, fugue, errance, fume avec oxygène,...</i>	
13.	Mauvais jugement : nie ou minimise ses difficultés, résistance à l'aide, incapacité de mobiliser de l'aide, incapacité d'établir / de conserver des contacts,...	
14.	Réaction post-traumatique <i>anxiété élevée, panique,...</i>	
Facteurs sociaux		
15.	Isolation et absence de réseau de soutien	
16.	Dépendance sur autrui pour un maintien à domicile sécuritaire	
17.	Refus de l'aide, des équipements (<i>marchette, lève-personne, lit électrique, etc...</i>)	
18.	Client et/ou colocataire alcoolique, toxicomane ou dysfonctionnel	
19.	Présence de conflits entre l'aidant et le client	
20.	Incapacité de l'aidant (<i>maladie, déficience, incompréhension des besoins de l'aidé(e),...</i>)	
21.	Présence de conflits entre les aidants	
22.	Victime d'abus : <i>physique, négligence, financier, psychologique</i>	
23.	Désorganisation de l'état de ses affaires	
24.	Un nombre élevé d'heures où la personne est laissée seule et qui compromet sa sécurité	
25.	Incapacité ou refus de payer (<i>nourriture, médication, loyer,...</i>)	
26.	État de son environnement (<i>accumulation excessive d'objets, dangerosité des lieux, porte débarrée en tout temps ou barricadée,...</i>)	
27.	Éviction ou risque imminent d'éviction	
28.	Insalubrité rendant dangereux les traitements, la sécurité de la personne, du personnel	
29.	Risques de feu (<i>chauffage, cuisine, cigarette, ...</i>)	
30.	Présence de moyen pour un passage à l'acte (<i>suicide, homicide</i>)	
31.	Conduite automobile	

Date : _____

Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile

Nom : _____ Dossier : _____

GRILLE D'ANALYSE DU RISQUE

Facteurs de risques identifiés (selon l'aide-mémoire)			
Les facteurs aggravant les risques présents :			
Les facteurs atténuant les risques présents :			
Le niveau de risque est : faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> élevé <input type="checkbox"/>			
Nommez les interventions déjà essayées, avec qui et les résultats obtenus:			
Aspects légaux : <ul style="list-style-type: none">• Le client est sous un régime de protection ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non• En attente d'un régime de protection privé ou public ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non• Le client est-il apte à consentir aux soins (Re Critères de N.Écosse)? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non• Nos obligations légales (établissements, professionnelles) :			
Les objectifs visés :			
Les interventions possibles et leurs impacts prévisibles :			
Interventions	Par qui	Date d'échéance	Date de réévaluation

Nom de l'évaluateur _____

Signature _____

Date _____

Nom des participants à la discussion : _____

Annexes 1 et 2

Annexe 1 : Critères de la Nouvelle-Écosse²

1	La personne comprend-elle la maladie ou l'état pour lequel un traitement est proposé?	Oui	Non
Expliquez :			
2	La personne saisit-elle la nature et le but du traitement proposé?	Oui	Non
Expliquez :			
3	La personne comprend-elle les risques encourus à entreprendre le traitement?	Oui	Non
Expliquez :			
4	La personne perçoit-elle les risques encourus à ne pas entreprendre le traitement?	Oui	Non
Expliquez :			
5	L'état de la personne entrave-t-il sa capacité à consentir?	Oui	Non
Expliquez :			

Annexe 2 : Éléments de réflexion éthique

Identifier les valeurs, les opinions, les responsabilités ou les points de vue :

1. Du client.
2. Du réseau naturel (famille / proches).
3. De l'établissement / programme (lois, règlements, codes d'éthiques).
4. Des intervenants comme personnes.
5. Des intervenants comme professionnels (codes de déontologie).

² Tiré de l'article 52 (2) Chapter 208 - Hospitals Act of Nova-Scotia. À noter : un hébergement institutionnel est aussi considéré comme un soin.