

DÉPARTEMENT DE SERVICE SOCIAL

Faculté des lettres et sciences humaines

Université de Sherbrooke

Mémoire

**LES CRITÈRES QUI GUIDENT LE JUGEMENT PROFESSIONNEL DE
L'INTERVENANT SOCIAL DANS L'ÉVALUATION DE L'INAPTITUDE DE LA
PERSONNE ÂGÉE**

Par

MARYKE BEAUDRY

Sherbrooke

Hiver 2010

I- 2422



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-65657-0
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-65657-0

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

Composition du jury

Les critères qui guident le jugement professionnel de l'intervenant social dans
l'évaluation de l'inaptitude de la personne âgée

Maryke Beaudry

Ce mémoire a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Yves Couturier, directeur de recherche

(Département de service social, Faculté des lettres et sciences humaines)

Marie Beaulieu, codirectrice de recherche

(Département de service social, Faculté des lettres et sciences humaines)

Margaret Fielding, membre du jury

(Curateur public du Québec)

Esther Montambault

(Département de service social, Faculté des lettres et sciences humaines)

REMERCIEMENTS

Yves Couturier pour sa capacité d'analyse et son ouverture d'esprit

Marie Beaulieu et Aymeric Kron pour leur esprit de synthèse et leur rigueur scientifique

André Beaudry et Raymond Clément pour leur amour communicatif de la connaissance

Aline Beaudoin et Annie Bilodeau pour leur support inconditionnel

À la mémoire de Raphaël Beudry et d'Augustine Beaudoin

RÉSUMÉ

Le vieillissement de la population est présent dans toutes les sociétés avancées. Comme l'avancement en âge augmente les risques de perte d'aptitude à gérer sa personne et ses biens, cela soulève la question de l'évaluation de l'inaptitude. L'aptitude mentale étant plus difficile à cerner que l'autonomie physique, elle représente un défi plus grand sur le plan de l'évaluation. Comme l'inaptitude à gérer sa personne et ses biens peut entraîner la privation de l'exercice de droits civils, il importe de mieux comprendre la démarche d'évaluation effectuée par l'intervenant social et plus précisément, ce qui guide son jugement professionnel dans l'évaluation de l'inaptitude de la personne âgée.

Dans la problématique de ce mémoire, les contextes juridique, institutionnel et professionnel sont exposés, afin d'obtenir une vue d'ensemble sur l'évaluation psychosociale de l'inaptitude. Aussi, des précisions sont apportées sur les concepts d'inaptitude et de critère. L'évaluation psychosociale courante est abordée, car des similitudes sont observées avec l'évaluation de l'inaptitude. Ensuite, le jugement professionnel est examiné sous différents angles. Puis, une synthèse des informations contenues dans le cadre conceptuel est exposée, pour dégager des familles de critères pouvant guider le jugement de l'intervenant social.

Une approche méthodologique inductive, qualitative et exploratoire est employée pour répondre à la question de recherche : **quels sont les critères qui guident l'intervenant social dans l'évaluation de l'inaptitude de la personne âgée?** Dans la section traitant des résultats et de l'analyse, les catégories et les critères guidant l'intervenant social dans son jugement professionnel sont exposés, de même que les composantes de son processus de collecte de données, d'analyse et de décision. Cette recherche dévoile que la préoccupation centrale de l'intervenant social est le besoin de protection. À partir des résultats, une discussion est présentée sur le rôle de l'intervenant social. Finalement, il est souhaité que ce mémoire puisse fournir des repères pour les études à venir sur l'évaluation de l'inaptitude, notamment sur la conception de l'inaptitude et du besoin de protection, la perception de l'intervenant social quant à son rôle et son évaluation, sa pratique dans le secteur privé et pour le Curateur public, ainsi que sur les effets des parcours pour une demande d'évaluation.

MOTS CLÉS

Critères, évaluation, inaptitude, jugement professionnel, intervenant social, personne âgée.

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	1
1.1	Contexte de la recherche : un mémoire s’inscrivant dans une étude plus large	3
1.2	Pertinence sociale	3
1.3	Pertinence scientifique.....	3
2	PROBLÉMATIQUE	5
2.1	Introduction	5
2.2	Vieillesse de la population	5
2.3	Dimension cognitive.....	7
2.3.1	Déficits cognitifs légers	8
2.3.2	Démences.....	8
2.4	Divers contextes entourant l’évaluation de l’inaptitude	9
2.4.1	Contexte juridique	9
2.4.2	Contexte institutionnel.....	16
2.4.3	Contexte professionnel	20
2.5	Évaluation psychosociale	26
2.5.1	Évaluation psychosociale courante.....	26
2.5.2	Évaluation psychosociale de l’inaptitude	28
2.6	Cadre conceptuel	31
2.6.1	Concept d’inaptitude.....	31
2.6.2	Concept de critère.....	34
2.6.3	Jugement professionnel	35
2.6.4	Synthèse du cadre conceptuel.....	49
2.6.5	Explications du schéma synthétisant le cadre conceptuel	51
2.7	Conclusion	53
3	OBJECTIFS DE LA RECHERCHE ET MÉTHODOLOGIE	54
3.1	Introduction	54
3.2	Question de recherche	54
3.3	Objectifs de la recherche	54
3.3.1	Objectif général	54
3.3.2	Objectifs spécifiques.....	54

3.4	Méthodologie.....	55
3.4.1	Devis général	55
3.4.2	Échantillon.....	55
3.4.3	Collecte de données	58
3.4.4	Analyse de contenu.....	61
3.4.5	Considérations éthiques.....	65
3.5	Conclusion.....	66
4	RÉSULTATS ET ANALYSE.....	67
4.1	Introduction	67
4.2	Catégories et critères	67
4.2.1	Liste des catégories et critères.....	69
4.2.2	Catégorie : critères généraux	70
4.2.3	Catégorie : critères spécifiques à la détermination du besoin de protection	73
4.2.4	Catégorie : critères considérés pour déterminer spécifiquement l'inaptitude à gérer ses biens	85
4.2.5	Catégorie : critères considérés pour déterminer spécifiquement l'inaptitude à gérer sa personne	89
4.2.6	Catégorie : critères considérés dans l'évaluation des fonctions mentales.....	93
4.2.7	Catégorie : critères de validité.....	100
4.2.8	Articulation des catégories de critères.....	103
4.2.9	Explications du schéma sur l'articulation des catégories de critères.....	105
4.3	Processus de collecte de données, d'analyse et de décision.....	106
4.3.1	Aperçu du processus de collecte de données, d'analyse et de décision	107
4.3.2	Accumulation de preuves	108
4.3.3	Avantages et désavantages pour la personne âgée	118
4.3.4	Avantages et désavantages pour les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux	120
4.3.5	Articulation des composantes du processus	123
4.3.6	Explications du modèle sur l'articulation des composantes du processus	125
4.4	Liens entre les résultats de recherche et le cadre conceptuel	126
4.5	Le rôle de l'intervenant social	129

4.5.1	Jugement professionnel sur l'inaptitude d'un individu	129
4.5.2	Évaluations de l'autonomie fonctionnelle et de l'inaptitude	130
4.5.3	Discussion sur le rôle de l'intervenant social	132
4.6	Retombées escomptées pour la pratique.....	134
4.7	Limites de l'étude	135
4.8	Conclusion	136
5	CONCLUSION GÉNÉRALE	137
6	BIBLIOGRAPHIE.....	140
7	ANNEXE 1-CONTEXTE JURIDIQUE : PROCÉDURE POUR L'OUVERTURE D'UN RÉGIME DE PROTECTION PRIVÉ	149
8	ANNEXE 2- CONTEXTE JURIDIQUE : PROCÉDURE POUR L'HOMOLOGATION D'UN MANDAT EN CAS D'INAPTITUDE.....	150
9	ANNEXE 3- RAPPORT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL – VOLET PSYCHOSOCIAL ...	151
10	ANNEXE 4- MODÈLE PROPOSÉ PAR BOIRE-LAVIGNE (2003).....	158
11	ANNEXE 5- APPROBATION DU PROJET DE L'ÉQUIPE DE RECHERCHE PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA FLSH	159
12	ANNEXE 6- FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	160
13	ANNEXE 7- GUIDE D'ENTRETIEN DE RECHERCHE	163

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : RÉPARTITION DE LA POPULATION CANADIENNE SELON L'ÂGE	6
FIGURE 2 : RÉPARTITION EN POURCENTAGE DE LA POPULATION QUÉBÉCOISE, SELON LE GROUPE D'ÂGE, 1961 À 2051	7
FIGURE 3: FACTEURS ATTRIBUABLES AUX INTERVENANTS (MONTAMBAULT ET SIMARD, 2004, P. 6)	47
FIGURE 4: SYNTHÈSE DU CADRE CONCEPTUEL	50
FIGURE 5: LE SYSTÈME DES INFORMATIONS SATELLITES DE L'ACTION VÉCUE (VERMESCH, 1996, P. 45)	60
FIGURE 6 : ARTICULATION DES CATÉGORIES DE CRITÈRES GUIDANT L'INTERVENANT SOCIAL DANS SON JUGEMENT PROFESSIONNEL DANS LE PROCESSUS DE DÉTERMINATION DE L'INAPTITUDE	104
FIGURE 7 : MODÈLE: PROCESSUS DE COLLECTE DE DONNÉES, D'ANALYSE ET DE DÉCISION	124
FIGURE 8: MODÈLE DÉTAILLÉ SYSTÉMIQUE ET ÉTHIQUE DE LA PRISE DE DÉCISIONS DE SOINS EN FIN DE VIE POUR LE PATIENT INAPTE EN SOINS DE LONGUE DURÉE (BOIRE-LAVIGNE, 2003, P. 165)	158

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : ENTRETIENS DE RECHERCHE	56
---	----

LISTE DES ACRONYMES

ADRDA	Alzheimer's Disease and Related Disorders Association
CCNTA	Conseil Consultatif National sur le Troisième Âge
CER	Comité d'Éthique de la Recherche
CHSLD	Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée
CLSC	Centre Local de Services Communautaires
CSSS	Centre de Santé et de Services Sociaux
DSM-IV	Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, Quatrième édition
FLSH	Faculté des Lettres et Sciences Humaines
LSSS	Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
NINCDS	National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke
OEMC	Outil d'Évaluation Multiclientèle
OPTSQ	Ordre Professionnel des Travailleurs Sociaux du Québec
PEMF (aussi connu sous MMSE)	Petit Examen Mental de Folstein ou Mini Mental State Examination
RSSS	Réseau de la Santé et des Services Sociaux
SMAF	Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle

1 INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est un phénomène présent dans toutes les sociétés avancées. En fait, non seulement le nombre de personnes âgées augmente, mais en plus l'espérance de vie de ce groupe s'accroît (Le Gouëff, 1995). Comme les incapacités sévères surviennent maintenant plus tardivement, plusieurs personnes âgées sont en meilleure santé qu'auparavant (Robine, 1999). Toutefois, plus une personne avance en âge et plus augmentent les risques de perte d'autonomie physique et d'aptitude mentale, ce qui soulève, à terme, la question de l'évaluation de l'inaptitude. Comme l'aptitude mentale est plus difficile à cerner que l'autonomie physique (Philips-Nootens, 2003), elle représente un défi plus grand sur le plan de l'évaluation.

Pour éclairer davantage la décision des professionnels du domaine juridique quant à l'aptitude mentale d'une personne dans le cadre de l'ouverture d'un régime de protection ou de l'homologation d'un mandat, le législateur exige que soient réalisées les évaluations psychosociale et médicale (art. 276 du Code civil du Québec et art. 884.2 du Code de procédure civile). Par conséquent, ces évaluations ne peuvent être effectuées à la légère, car elles apportent des éléments de preuve pouvant avoir des répercussions importantes sur la vie d'un individu. Effectivement, sur le plan légal, la perte de l'aptitude à assurer la protection de sa personne et à gérer ses biens peut entraîner la privation, partielle ou totale, de l'exercice de droits civils. C'est pourquoi, il apparaît important de mieux comprendre la démarche d'évaluation effectuée par l'intervenant social¹ et plus précisément, ce qui guide son jugement professionnel.

¹ Le titre d'intervenant social sera employé dans l'ensemble du texte pour désigner uniquement les personnes ayant complété une formation en service social. Comme ces dernières ne sont pas toutes inscrites à l'Ordre Professionnel des Travailleurs Sociaux du Québec (OPTSQ), il semblait plus approprié de faire usage de cette appellation. Ainsi, le titre de travailleur social sera utilisé seulement en lien avec l'OPTSQ. Quant à lui, le titre d'intervenant psychosocial sera employé de manière plus large, c'est-à-dire qu'il pourra désigner des personnes ayant une formation en service social, mais aussi des professionnels d'une autre discipline comme les ergothérapeutes et les psychologues. De plus, il est à noter que le genre masculin utilisé dans presque tout le texte désigne aussi bien les femmes que les hommes. Le genre féminin est employé seulement pour les infirmières et les auxiliaires familiales, ceci afin de ne pas s'éloigner du contenu des écrits consultés.

Dans la présente section, nous introduirons le contexte dans lequel s'inscrit ce mémoire et établirons sa pertinence sur les plans social et scientifique, ceci afin de bien établir le cadre de la recherche et les contributions pouvant être apportées par celle-ci.

Dans la deuxième section, à partir d'une recension des écrits, la problématique et le cadre conceptuel qui ont servi de base à la présente recherche seront présentés². Nous aborderons d'abord brièvement le vieillissement de la population et la dimension cognitive. Nous verrons ensuite les différents contextes qui entourent l'évaluation de l'inaptitude. Puis, après avoir vu l'évaluation psychosociale courante, nous traiterons plus spécifiquement de l'évaluation de l'inaptitude. Dans le cadre conceptuel, des précisions seront apportées sur les concepts d'inaptitude et de critère. Ensuite, nous étudierons le jugement professionnel sous divers angles. Finalement, nous terminerons cette section par un schéma synthétisant le contenu présenté dans le cadre conceptuel, ceci en nous concentrant sur les dimensions de critères pouvant guider l'intervenant social dans l'évaluation de l'inaptitude.

Dans la troisième section, les objectifs poursuivis seront exposés, ainsi que la méthodologie employée pour répondre à la question de recherche suivante : **Quels sont les critères qui guident le jugement professionnel de l'intervenant social dans l'évaluation de l'inaptitude de la personne âgée?**

Dans la dernière section, les résultats de la recherche et l'analyse seront présentés. C'est donc à ce moment que seront divulgués les catégories et les critères qui orientent l'intervenant social dans son jugement professionnel, ainsi que les composantes du processus de collecte de données, d'analyse et de décision pouvant le conduire à enclencher les procédures de détermination de l'inaptitude. De plus, des liens seront faits entre les résultats obtenus et le contenu du cadre conceptuel. À la lumière des résultats obtenus, nous discuterons également du rôle de l'intervenant social en contexte de détermination de l'inaptitude. Finalement, les retombées et les limites de l'étude seront exposées.

² Selon Fortin et Côté (1996), si le cadre de référence émane de concepts qui ne sont pas encore structurés, il est alors plus approprié d'employer la notion de cadre conceptuel plutôt que celle de cadre théorique.

1.1 Contexte de la recherche : un mémoire s'inscrivant dans une étude plus large

Le présent mémoire s'intègre dans une étude beaucoup plus large ayant comme titre: *Le champ conceptuel de l'inaptitude de la personne âgée au carrefour des disciplines*. Cette étude est pilotée par un groupe de chercheurs de l'Université de Sherbrooke³. De manière générale, cette plus vaste recherche vise à mieux comprendre les pratiques interprofessionnelles d'évaluation de l'inaptitude, ainsi qu'à dégager ce qui pourrait devenir un modèle fonctionnel commun qui se situerait au carrefour des disciplines médicale, psychosociale et juridique (Philips-Nootens, 2003). Ce mémoire se concentre donc sur un des trois groupes professionnels impliqués dans le processus de détermination de l'inaptitude et sur la dimension spécifique des critères que mobilisent les intervenants sociaux pour réaliser leur évaluation.

1.2 Pertinence sociale

Pour bien saisir la pertinence sociale de ce mémoire, il faut d'abord savoir que le soutien à domicile est une priorité gouvernementale au Québec. En effet, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux souligne que le soutien à domicile correspond aux valeurs d'une société en transformation et répond à des critères d'efficience pour la collectivité (MSSS, 2000). Toutefois, pour maintenir une personne âgée à domicile le plus longtemps possible, il faut se soucier de préserver son autonomie. Or, nous savons que l'inaptitude à assurer la gestion de sa personne et de ses biens peut entraîner la perte de l'exercice de droits civils. Considérant les conséquences que peut provoquer le constat de l'inaptitude et la reconnaissance accordée, par le projet de loi 21, au travailleur social quant à l'évaluation psychosociale de l'inaptitude, il apparaît essentiel de se pencher sur la démarche d'évaluation effectuée par ce professionnel pour mieux la comprendre et suggérer, si nécessaire, des améliorations dans le but d'assurer un meilleur respect des droits de la personne âgée.

1.3 Pertinence scientifique

Comme il semble y avoir peu de recherches en lien avec la pratique de l'intervenant social dans le processus de détermination de l'inaptitude, ce mémoire est également pertinent sur le plan scientifique, car il permet de faire un pas de plus dans un secteur de recherche amené

³ Ces chercheurs sont : Marie Beaulieu, Yves Couturier, Robert Kouri, Lucie Laflamme et Suzanne Philips-Nootens, la chercheure principale.

certainement à se développer dans un proche avenir en raison du vieillissement global de la population. En effet, les recherches touchant la détermination de l'inaptitude paraissent la plupart du temps se limiter au concept d'inaptitude en lui-même, aux évaluations et critères du domaine médical, ainsi qu'aux procédures et critères juridiques. De plus, aussi surprenant que cela puisse paraître, il semble y avoir peu d'études portant sur le jugement professionnel de l'intervenant social dans ce domaine, ainsi que sur l'identification de critères pouvant guider celui-ci lors de sa démarche d'évaluation.

2 PROBLÉMATIQUE

2.1 Introduction

Dans le but d'analyser l'état de la question, une mise en contexte de l'évaluation de l'inaptitude de la personne âgée sera réalisée. Pour cela, des précisions sur l'importance du vieillissement de la population et l'étendue des troubles cognitifs seront apportées, ce qui soulignera la nécessité de s'intéresser à l'aptitude mentale de la personne âgée et à son évaluation. Comme les contextes juridique, institutionnel et professionnel qui entourent l'évaluation psychosociale de l'inaptitude véhiculent des principes et établissent des normes visant à guider la pratique des intervenants sociaux, certains éléments liés à chacun d'entre eux seront exposés. Ensuite, l'évaluation psychosociale courante sera abordée, car certaines données recueillies au cours de celle-ci peuvent être considérées lors de l'évaluation plus spécifique de l'inaptitude. Par après, seulement quelques précisions sur l'évaluation psychosociale de l'inaptitude seront apportées, puisque les lignes directrices données par le Curateur public et par l'OPTSQ auront déjà apporté un éclairage sur le sujet dans les sections traitant des contextes juridique et professionnel. Ainsi, cette première partie permettra d'obtenir, à partir d'une recension des écrits, une vue d'ensemble sur l'évaluation psychosociale réalisée dans le cadre de la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée.

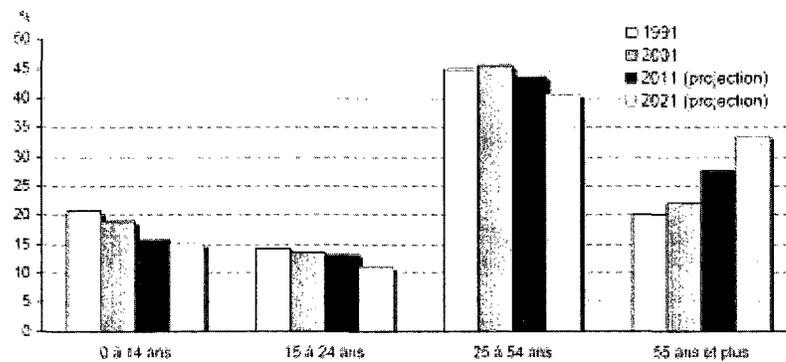
Ensuite, le cadre conceptuel sera exposé, afin de dévoiler la base sur laquelle la recherche sera construite. À ce moment, divers termes employés en lien avec l'inaptitude seront introduits afin de mieux saisir le concept d'inaptitude et de permettre par la suite de le délimiter. Quelques précisions seront également apportées sur le concept de critère. Subséquemment, le jugement professionnel sera examiné sous différents angles. Finalement, dans l'intention de dégager des familles de critères pouvant orienter l'intervenant social dans la construction de son opinion professionnelle, une synthèse des informations contenues dans le cadre conceptuel sera exposée.

2.2 Vieillesse de la population

Comme partout dans le monde, le Québec et le Canada sont confrontés à une augmentation sans précédent de la population de plus de 65 ans et cela, principalement en raison de la diminution du

taux de natalité et de l'augmentation de l'espérance de vie. Au Canada, l'espérance de vie est de 82.1 ans chez les femmes et 77.2 ans chez les hommes nés en 2002, alors qu'elle était de 78.8 ans chez les femmes et de 71.4 chez les hommes nés en 1979 (Statistique Canada, 2004). Alors que 1 Canadien sur 5 en 2001 est âgé de 55 ans et plus, il est prévu que 1 Canadien sur 3 sera dans ce groupe d'âge d'ici 2021 (Statistique Canada, 2004). Comme il est possible de le constater dans la Figure 1 provenant de Statistique Canada, la proportion de personnes âgées augmente pendant que le nombre d'enfants, de jeunes adultes et d'adultes d'âge moyen diminue en proportion.

Graphique 69 : Répartition de la population canadienne selon l'âge, 1991, 2001, 2011 et 2021



Source : Statistique Canada, Direction de la démographie, tableaux CANSIM 051-0001 et 052-0001.

Figure 1 : Répartition de la population canadienne selon l'âge

En ce qui concerne le Québec, la proportion de personnes âgées dépasse la moyenne du Canada et passera de 13% à 24 % d'ici vingt-cinq ans. À partir de la Figure 2 provenant du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, il est possible de voir que cet accroissement du nombre d'aînés au Québec sera encore plus marqué en 2010, parce que la population des « *baby boomers* » aura alors commencé à atteindre l'âge de 65 ans (MSSS, 2001).

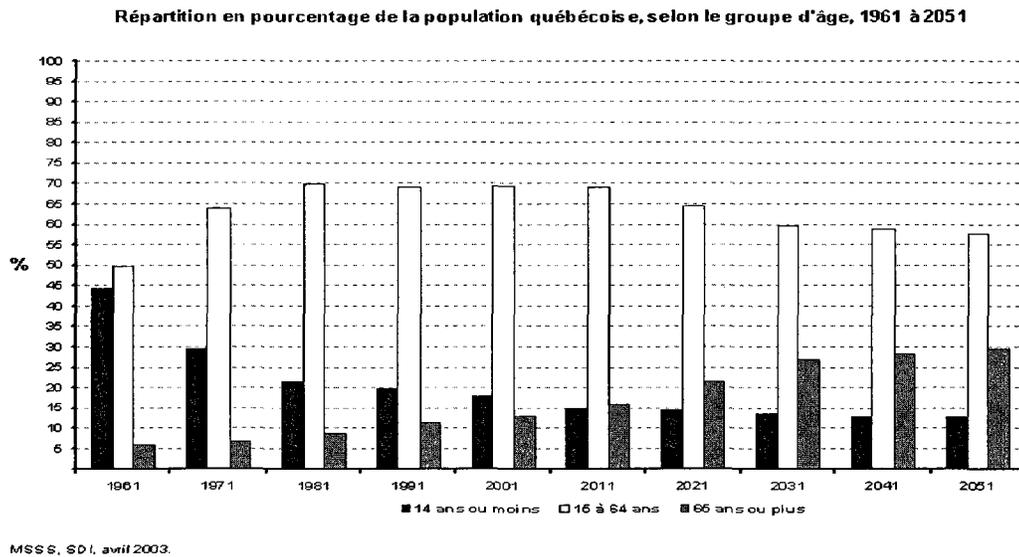


Figure 2 : Répartition en pourcentage de la population québécoise, selon le groupe d'âge, 1961 à 2051

2.3 Dimension cognitive

Le vieillissement de la population nous amène à envisager une croissance majeure du nombre de cas de démence, puisque le risque d'apparition de tels problèmes s'accroît avec l'avancement en âge (Blanchet et al, 2001). De plus, il faut mentionner que les personnes manifestant des troubles cognitifs qui ne répondent pas aux critères de la démence présentent un risque important d'en développer éventuellement une (Blanchet et al., 2001). Or, les troubles cognitifs, allant d'une perte de mémoire légère jusqu'à la démence, représentent un des facteurs pouvant avoir un impact considérable sur la limitation des activités (Dubuc, Buteau et Hébert, 1997; Conseil Consultatif National sur le Troisième Âge, 2004⁴), sans compter qu'ils peuvent affecter l'aptitude d'un individu à gérer ses biens et sa propre personne.

Pour mieux comprendre la nécessité de s'intéresser à l'aptitude mentale et à son évaluation, nous croyons important de présenter un portrait sommaire de l'étendue des déficits cognitifs légers et

⁴ Dans cette section, il faut mentionner que les informations apportées par le CCNTA peuvent provenir de la Société d'Alzheimer du Canada et des sociétés Alzheimer provinciales qui ont fourni un appui au cours des recherches et de la rédaction du document du CCNTA. Il en est de même pour le Partenariat sur la déficience cognitive liée au vieillissement qui a aussi contribué à l'élaboration de cet écrit.

des démences les plus couramment rencontrées dans notre société. Toutefois, il est à noter qu'il n'est aucunement question de nommer l'ensemble des causes possibles d'inaptitude ou la totalité des troubles cognitifs existants, ni d'ailleurs d'entrer dans une description détaillée de chacun d'entre eux, puisque cela n'est pas l'objet de ce mémoire.

2.3.1 Déficits cognitifs légers

Il est question d'un déficit cognitif léger lorsqu'il est possible d'observer la présence d'une certaine détérioration des facultés intellectuelles, mais qu'il n'y a aucune démence (CCNTA, 2004). Selon les données rapportées par le CCNTA (2004), 16 % des Canadiens de 65 ans et plus présentent un déficit cognitif léger, ce qui est un facteur de risque pour la maladie d'Alzheimer.

2.3.2 Démences

Sur le plan cognitif, 8 % de la population canadienne âgée de plus de 65 ans souffre d'une démence (CCNTA, 2004), tandis que 37% des personnes de plus de 85 ans en sont atteintes (Société canadienne de psychologie, 2004). D'ici 2011, il est prévu qu'il y aura 111 600 nouveaux cas de démence chaque année, dont 67 600 seront des femmes (Société Alzheimer, 2004). Les démences peuvent être réversibles ou irréversibles. Bien qu'il existe actuellement des traitements médicamenteux de plus en plus efficaces pour les démences, il faut mentionner que certains médicaments ont des résultats irréguliers et qu'il peut parfois y avoir des effets secondaires importants (Beauchemin, 1998). La maladie d'Alzheimer représente 64 % des cas de démence, ce qui en fait la forme la plus fréquente (Société Alzheimer, 2004). Les causes exactes de cette maladie demeurent inconnues, c'est pourquoi les chercheurs préfèrent discuter de facteurs de risque plutôt que de causes incertaines. Il est à noter que l'âge est le plus important facteur de risque dans 90 à 95 % des cas de cette maladie (CCNTA, 2004). Les démences vasculaires représentent 20 % des démences (Société Alzheimer, 2009). Il est aussi possible de retrouver environ 15% à 20 % de démences mixtes, c'est-à-dire de démences qui correspondent aux critères de la démence vasculaire et de la maladie d'Alzheimer (Beauchemin, 1998).

Les informations exposées sur le vieillissement de la population et la dimension cognitive ont permis de rendre compte de l'importance de plus en plus grande des problèmes cognitifs dans notre société. Il faut retenir que les atteintes cognitives peuvent parfois être assez importantes

pour affecter la gestion que fait un individu de ses biens ou de sa propre personne, voire de ces deux sphères à la fois. Comme il est difficile de bien cerner l'aptitude mentale, celle-ci pouvant se présenter sous des formes et des degrés différents (Philips-Nootens, 2003), il apparaît d'autant plus important de s'intéresser à certains aspects de la démarche d'évaluation.

2.4 Divers contextes entourant l'évaluation de l'inaptitude

Pour bien saisir l'ensemble de la démarche d'évaluation et pouvoir identifier des catégories de critères guidant le jugement professionnel de l'intervenant social, il est essentiel de s'arrêter aux différents contextes entourant l'évaluation psychosociale. Dans le cadre de cette étude, nous avons choisi d'observer plus spécifiquement les contextes juridique, institutionnel et professionnel. Bien sûr, nous sommes conscients qu'il peut y avoir d'autres contextes pouvant influencer l'évaluation, mais nous avons décidé de limiter notre analyse à ceux paraissant avoir l'impact le plus direct sur la démarche d'évaluation. Il faut également mentionner que nous ne souhaitons pas entrer dans une description approfondie de chacun des contextes, puisque notre intention est plutôt de souligner leur existence et leur influence possible sur le jugement professionnel des intervenants sociaux dans le processus de détermination de l'inaptitude. Aussi, les contextes ne seront pas présentés selon un ordre d'importance ou d'influence par rapport à l'évaluation de l'inaptitude, puisque nous croyons qu'une telle démarche exigerait en soi une étude spécifique sur la question. Même s'ils seront traités séparément dans les prochaines sections, nous considérons que ces différents contextes sont en interaction et que chacun d'entre eux peut donc évoluer sous l'influence des autres. Finalement, précisons que les normes, principes ou orientations qui se rattachent à chacun des contextes sont généralement cohérents entre eux, mais il pourrait arriver des situations conflictuelles qui contraindraient le professionnel à prioriser un cadre en particulier. Par exemple, Morency et Simard (2005) rappellent que si des normes provenant du Code de déontologie et de l'institution entrent en contradiction, le professionnel est alors tenu de respecter en priorité ses règles déontologiques.

2.4.1 Contexte juridique

Nous pensons que pour bien saisir la démarche d'évaluation de l'inaptitude effectuée par l'intervenant social, il est prioritaire de regarder le contexte juridique dans lequel elle s'intègre. Nous présenterons d'abord les mesures de protection prévues par le Code civil du Québec dans le

cas d'une personne majeure jugée inapte⁵. Ensuite, comme le cadre juridique représente un niveau de normativité reflétant souvent un fort consensus social au regard d'une hiérarchie de valeurs et de principes (Boire-Lavigne, 2003), nous dégagerons quelques grands principes juridiques en lien avec la détermination de l'inaptitude de la personne âgée. Puis, nous aborderons la Loi sur le Curateur public, ainsi que les formulaires et les lignes directrices données par le Curateur public du Québec pour la rédaction du rapport psychosocial, lignes directrices découlant des exigences du Code civil du Québec. Par après, nous terminerons avec les enjeux de l'évaluation psychosociale.

- Mesures de protection

Le *Code civil du Québec* prévoit quatre formes différentes de protection lorsqu'une personne majeure est jugée inapte: le mandat en cas d'inaptitude, le régime de curatelle, le régime de tutelle et le régime de conseiller au majeur. Le Code civil du Québec privilégie la famille pour la gestion des biens et de la personne et c'est pourquoi, il encourage l'emploi du régime privé (Le Curateur public du Québec, s.d.)⁶. Le régime de protection public est donc une mesure à considérer seulement lorsque le majeur n'a pas de famille ou que ses proches ne peuvent ou ne veulent assumer cette fonction (Le Curateur public du Québec, 2004). Dans ce cas, c'est le Curateur public qui est nommé comme représentant légal par le tribunal.

Dans la réalité, ce n'est pas toutes les personnes inaptées qui sont déclarées en conséquence. Par exemple, en CHSLD (Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée), plusieurs personnes « inaptées » n'ont jamais fait l'objet d'un constat d'inaptitude, puisqu'elles sont considérées comme étant suffisamment protégées par le milieu institutionnel. Il peut également arriver que le processus de détermination de l'inaptitude ne soit pas automatiquement enclenché lorsque des indices d'inaptitude sont observés chez une personne âgée vivant à domicile, puisque d'autres solutions sont d'abord envisagées, afin de sauvegarder l'autonomie de la personne le plus longtemps possible.

⁵ Pour avoir un aperçu de la procédure réalisée dans le cadre de l'ouverture d'un régime de protection privé ou pour l'homologation d'un mandat, le lecteur peut consulter les annexes 1 et 2.

⁶ Voici la référence complète: LE CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC, *Un portrait du Curateur public du Québec*, [En ligne], [s.d.], http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/pdf/portrait_cpq.pdf, (Page consultée le 3 avril 2010)

1. Mandat en cas d'inaptitude⁷

Depuis avril 1990, le Code civil du Québec reconnaît à toute personne apte le droit de désigner, au moyen d'un mandat en cas d'inaptitude, une personne de son choix pour prendre soin d'elle-même et de ses biens en prévision de son inaptitude (Le Curateur public du Québec, 2004). Le mandat peut être effectué devant un notaire ou un avocat ou simplement être rédigé en présence de deux témoins. L'homologation est obligatoire pour que le mandat en cas d'inaptitude devienne effectif. Il s'agit en fait d'une procédure légale qui a pour but de vérifier l'inaptitude du majeur, ainsi que l'existence du mandat et sa validité (Le Curateur public du Québec, 2004). À la différence des régimes de tutelle et de curatelle, le besoin de protection n'est pas une condition essentielle pour l'homologation d'un mandat (Le Curateur public du Québec, 2004). Quand le majeur devient inapte, son mandataire doit s'adresser à la cour pour demander l'homologation du mandat et doit joindre à sa requête l'évaluation médicale et psychosociale confirmant l'inaptitude de la personne (Le Curateur public du Québec, 2004).

2. Régime de curatelle (art. 333 du Code civil)

Le régime de curatelle peut être appliqué seulement quand le majeur est jugé inapte à prendre soin de lui-même et à administrer ses biens de façon totale et permanente et qu'il a besoin d'être représenté dans l'exercice de ses droits civils (Code civil du Québec, art. 281). Dans un tel cas, son représentant légal, nommé le curateur, le représente dans tous les actes de sa vie, c'est-à-dire autant en ce qui concerne la gestion de sa personne que celle de ses biens (Nélisse et Uribé, 1993; Le Curateur public du Québec, 2004).

3. Régime de tutelle (art.334 du Code civil)

Quant au choix du régime de tutelle, il est effectué quand le majeur est inapte à prendre soin de lui-même ou à administrer ses biens de façon partielle ou temporaire et qu'il a besoin

⁷ Au sujet du mandat en cas d'inaptitude, le Curateur public souligne qu'un nombre important de Québécois ont déjà pris les dispositions nécessaires pour nommer une personne de leur choix advenant leur inaptitude. En effet, le registre des mandats de la Chambre des notaires du Québec comptait au printemps 2002 près de 900 000 mandats notariés et le Barreau du Québec avait enregistré plus de 10 000 mandats faits devant un avocat. De plus, les Publications du Québec vendent chaque mois près de 2 000 formulaires du mandat en cas d'inaptitude.

d'être représenté dans l'exercice de ses droits civils. Ainsi, la tutelle peut toucher la personne et les biens, mais aussi la personne seulement ou les biens seulement. L'étendue des responsabilités du tuteur est déterminée par le jugement de tutelle (Le Curateur public du Québec, 2004). En effet, selon le Code civil du Québec, le tribunal indique les actes que la personne en tutelle peut faire seule ou avec l'assistance du tuteur ou ceux qu'elle ne peut faire sans être représentée (Code civil du Québec, art. 288). Il est à noter que le régime de tutelle était inexistant dans l'ancienne loi (Nélisse et Uribé, 1993).

4. Conseiller au majeur (art. 335)

Ce régime de protection est mis en place lorsqu'une personne, qui est généralement apte à administrer ses biens et à prendre soin de sa personne, a besoin, temporairement ou pour certains actes, d'être conseillée ou assistée concernant l'administration de ses biens (Code civil du Québec, art. 291). Selon la loi, le conseiller n'est pas considéré comme un représentant légal (Le Curateur public du Québec, 2004).

- Principes fondamentaux

Comme le législateur désire garantir le respect des droits et libertés du majeur, des principes de base ont été établis en ce sens. Ainsi, le Code civil du Québec indique que « toute décision relative à l'ouverture d'un régime de protection ou qui concerne le majeur protégé doit être prise dans son intérêt, le respect de ses droits et la sauvegarde de son autonomie » (Code civil du Québec, art. 257).

- Loi sur le Curateur public (loi 145)

La loi sur le Curateur public s'inscrit dans la réforme du Code civil du Québec et s'inspire des chartes des droits et libertés québécoise et canadienne. Le caractère innovant de cette loi est essentiellement rattaché à la reconnaissance du mandat en cas d'inaptitude et donc du droit de la personne à l'autodétermination. Quant à eux, les régimes de protection sont modulés en fonction de l'inaptitude de la personne, leur ouverture est judiciairisée et une réévaluation périodique est

obligatoire (Le curateur public du Québec, s.d.)⁸. C'est en 1990 que la Loi sur le Curateur public, ayant comme principal objet la protection des majeurs, entre en vigueur (Nélisse et Uribé, 1993). Avec l'entrée en vigueur de cette nouvelle loi, le législateur québécois ajoute à la nécessité de produire une évaluation médicale, l'obligation d'effectuer une évaluation psychosociale (Le Curateur public du Québec, 2004).

- Formulaires du Curateur public

Le rapport du directeur général propose au directeur général de l'établissement un canevas pour répondre à l'obligation de rapport de l'article 270 du Code civil du Québec. Il est constitué, entre autres, des évaluations médicale et psychosociale (volets médical et psychosocial). (Le Curateur public du Québec, 2002)⁹. Il faut préciser que, plusieurs années après l'entrée en vigueur de la Loi sur le Curateur public, la nécessité de clarifier des éléments se rattachant à l'évaluation psychosociale se fit sentir, puisque des difficultés résultant souvent d'une évaluation incomplète surgirent dans l'application des dispositions légales entourant l'ouverture des régimes de protection (Le Curateur public du Québec, 2004). C'est donc en novembre 2003 que les nouveaux formulaires du Curateur public pour les rapports d'évaluation et de réévaluation de l'inaptitude et du besoin de protection furent implantés (Le Curateur public du Québec, 2004). L'OPTSQ fut consulté pour la mise au point de ces formulaires, ainsi que pour les guides explicatifs (OPTSQ, 2004). Malgré le fait que l'utilisation de ces formulaires ne fut pas obligatoire, sept mois après leur implantation, on constata que plus de 80% des rapports du directeur général et 100% des rapports de réévaluation complétés par les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux étaient effectués sur ces formulaires (Le Curateur public du Québec, 2004)¹⁰.

- Lignes directrices données par le Curateur public du Québec pour que soient respectées les exigences du Code civil du Québec

⁸ Voici la référence complète: LE CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC, *Un portrait du Curateur public du Québec*, [En ligne], [s.d.], http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/pdf/portrait_cpq.pdf, (Page consultée le 3 avril 2010)

⁹ Le lecteur peut consulter une copie du volet psychosocial du Rapport du Directeur général à l'annexe 3.

¹⁰ Le volet psychosocial du rapport du Directeur général peut être consulté à l'annexe 3. Voici l'adresse du site Internet pour consulter les guides et autres formulaires du Curateur public du Québec : <http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/html/protec/evalu.html>

Le guide du rapport du directeur général vise à favoriser une meilleure documentation des évaluations, une meilleure articulation des rapports, une concertation des intervenants du réseau, l'obtention d'une évaluation médicale dont les résultats doivent concorder avec les conséquences psychosociales documentées et enfin, l'amélioration de l'évaluation du besoin de protection (Le Curateur public du Québec, 2002).

En ce qui concerne plus spécialement le contenu du volet psychosocial, le Curateur public du Québec précise qu'il doit permettre de dresser un portrait concluant du besoin de protection de la personne. Le Curateur public rappelle les principales raisons évoquées dans l'article 270 du Code civil du Québec quant au besoin d'être assisté ou représenté dans l'exercice de ses droits civils: l'isolement, les risques d'exploitation (ou de mauvais traitements), la nature et l'état du patrimoine, la durée prévisible de l'inaptitude, ainsi que le fait que la personne ne soit pas déjà adéquatement représentée (Le Curateur public du Québec, 2004). Il souligne également qu'avant de conclure sur l'inaptitude de la personne, l'évaluateur doit inscrire dans son rapport une description des circonstances justifiant la demande de protection, ainsi qu'un portrait de la situation légale, financière et psychosociale du majeur. Il est aussi important qu'il indique l'opinion du majeur, son besoin d'un régime de protection et l'urgence d'intervenir¹¹. De plus, si la personne n'est pas entièrement isolée, l'évaluateur doit établir la liste des individus pouvant former l'assemblée de parents. Finalement, dans l'esprit de l'article 270 du Code civil du Québec, le Curateur public signale qu'il est attendu que le degré et la durée de l'inaptitude identifiés dans l'évaluation psychosociale coïncident, dans la mesure du possible, avec les conclusions de l'évaluation médicale, ce qui renvoie à la connaissance de celles-ci par l'intervenant social, que ce soit par un contact avec le médecin ou à la lecture du rapport.

- Enjeux pour l'évaluation psychosociale

En ce qui concerne plus particulièrement le rapport d'évaluation psychosociale réalisé dans le cadre du processus de détermination de l'inaptitude, Courcelles (2003) est d'avis que la reconnaissance sur le plan légal de son apport entraîne la nécessité d'augmenter le degré

¹¹ L'urgence d'intervenir réfère à des situations pour lesquelles une attente entraînerait des conséquences négatives pour la personne ou ses biens et où des gestes s'imposent. Par exemple, dans le cas d'une personne victime d'exploitation par autrui ou d'une propriété risquant d'être vendue pour arrérages de taxes (Le Curateur public du Québec, 2004).

d'objectivité dans les informations qu'il contient¹². Selon cet auteur, l'emploi de l'approche fonctionnelle peut favoriser la collecte de données objectives, en plus de contribuer à développer l'expertise des intervenants sociaux. En fait, son utilisation amènerait l'intervenant social à se distancer du statut privilégié accordé traditionnellement aux fonctions cognitives et au diagnostic médical afin de se centrer sur l'évaluation des capacités fonctionnelles et de la capacité de se protéger (Courcelles, 2003). Ainsi, à l'aide de cette approche, l'évaluateur pourrait fournir une description précise facilitant la reconnaissance de l'inaptitude par le domaine juridique (Long et Robert, 1996). Il importe aussi de remarquer que certains auteurs sont en faveur d'une plus grande utilisation d'instruments standardisés dans l'évaluation, alors que d'autres croient que cela pourrait entraîner de nombreux effets négatifs, dont celui de fragmenter davantage la pratique et l'identité professionnelle de l'intervenant social.

- Synthèse et discussion

L'intérêt du majeur, le respect de ses droits et la sauvegarde de son autonomie sont des principes généraux qui ont une grande influence sur la pratique de l'intervenant social dans le cadre de la détermination de l'inaptitude. En effet, sur la base de ces grands principes, la loi indique qu'une personne est présumée apte jusqu'à ce que soit établie une preuve contraire. Dans cette optique, l'intervenant social doit apporter des preuves valables et en quantité suffisante pour démontrer l'inaptitude d'un individu. Depuis l'entrée en vigueur de la Loi sur le Curateur public, l'évaluation psychosociale est considérée comme un élément de preuve, tout comme l'est depuis plus longtemps l'évaluation médicale. Comme nous l'avons vu, suite à cette reconnaissance légale de l'expertise psychosociale et à certaines difficultés en lien avec le rapport d'évaluation psychosociale, le Curateur public a tenté d'uniformiser davantage les outils d'évaluation en élaborant des formulaires et en formulant des lignes directrices à suivre à l'intention des intervenants sociaux. Toutefois, même si les efforts du Curateur public pour uniformiser l'évaluation psychosociale ont certainement permis d'atteindre une structure d'ensemble plus cohérente, il semble que des interprétations soient encore possibles quant aux différents points à aborder dans le rapport, ce qui peut entraîner des différences sur le plan du contenu. Ensuite, il

¹² Sauf exception, le terme objectivité signifie dans ce texte la qualité de ce qui est conforme à la réalité, de ce qui décrit avec exactitude et le terme objectif est employé dans le même sens, c'est-à-dire de ce qui ne fait pas intervenir d'éléments affectifs ou personnels dans les jugements (Le Petit Larousse illustré, 1993).

faut préciser que malgré l'utilisation de plus en plus grande des formulaires du Curateur public du Québec pour la rédaction du rapport psychosocial, il reste des intervenants sociaux qui ne les emploient pas, préférant utiliser une formule qu'ils maîtrisent déjà et qu'ils peuvent davantage adapter selon la particularité des situations rencontrées. Bien entendu, de leur côté, ceux qui utilisent les formulaires et suivent les lignes directrices données par le Curateur public du Québec essaient de réunir toutes les informations demandées, ce qui oriente forcément en partie leur démarche d'évaluation.

Finale­ment, la reconnaissance légale de l'expertise psychosociale peut ranimer des débats en lien avec la pratique du travail social. En effet, il est possible de se demander si cette reconnaissance doit nécessairement impliquer la recherche d'une objectivité plus grande, que ce soit par le développement d'une spécialisation, l'utilisation d'instruments standardisés ou l'établissement de critères plus définis.

2.4.2 Contexte institutionnel

En ce qui concerne plus directement le contexte institutionnel, il faut mentionner que l'article 270 du Code civil du Québec indique que dans le cas où un majeur, qui reçoit des soins ou des services d'un établissement de santé ou de services sociaux, a besoin d'être assisté ou représenté dans l'exercice de ses droits civils, le directeur général de l'établissement doit en faire rapport au Curateur public, transmettre une copie de ce rapport au majeur et en informer un de ses proches. Ce rapport est composé entre autres des évaluations médicale et psychosociale. Au-delà de cette exigence légale, nous n'avons pas trouvé dans les écrits de protocole institutionnel traitant spécifiquement de l'évaluation de l'inaptitude. Par conséquent, nous ne pourrions malheureusement pas présenter une procédure clairement établie et reconnue sur le plan institutionnel. Toutefois, l'article 233 de la LSSS (Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux) oblige tout établissement à avoir un code d'éthique. Les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) doivent donc avoir un code d'éthique qui repose sur des valeurs permettant de traduire la vision de l'établissement et le rôle des membres du personnel. C'est pourquoi nous pensons important de présenter, à partir d'un code d'éthique en particulier, certaines lignes de conduite que les membres du personnel doivent respecter, ainsi que les principales valeurs devant, du moins en principe, guider leur pratique.

Ensuite, nous traiterons du travail interdisciplinaire, car les intervenants sociaux œuvrant en CSSS sont encouragés à interagir avec des professionnels d'autres disciplines dans une optique d'enrichissement réciproque, ce qui peut avoir, à notre avis, une influence considérable sur la construction de leur jugement professionnel. Comme le travail interdisciplinaire ne se réalise pas sans difficulté, nous regarderons ce qui peut entraver celui-ci et, par le fait même, réduire la contribution d'autres professionnels. Il faut tout de suite préciser que notre intention n'est pas d'identifier le degré de collaboration exacte entre tous les professionnels impliqués dans le processus de détermination de l'inaptitude. Nous sommes conscients que les difficultés rencontrées dans la collaboration interprofessionnelle au sein d'une même institution et les contacts très limités ou inexistantes avec ceux travaillant dans d'autres milieux de pratiques (ex : médecins en pratique privée et juristes) peuvent nous éloigner considérablement du concept d'interdisciplinarité. Pour ce qui est des juristes, il se peut qu'une réelle collaboration avec ces acteurs ne soit tout simplement pas possible en raison de l'importance accordée à l'impartialité. D'ailleurs, pour mieux comprendre l'articulation entre ces deux disciplines, nous verrons à quel point le juridique et le psychosocial sont deux univers complètement distincts.

- Code d'éthique : Valeurs et lignes de conduite

Comme notre intention n'est pas de faire une recherche approfondie du contenu retrouvé dans tous les Codes d'éthique des CSSS, nous avons choisi d'observer le Code d'éthique d'une seule région parmi les trois ciblées pour la réalisation des entretiens de recherche. Le contenu de ce code nous informe, entre autres, que tous les membres du personnel de l'établissement doivent être guidés dans leur pratique par les valeurs suivantes : le droit à la vie, la sécurité, l'intégrité, la liberté, la dignité, ainsi qu'au respect de la vie privée. Ensuite, une section du Code d'éthique, portant sur les engagements du personnel, nous indique les pratiques et les conduites attendues par ses membres. Parmi les engagements qu'ils doivent respecter, nous énoncerons uniquement ceux pouvant influencer le plus l'intervenant social lors de l'évaluation spécifique de l'inaptitude.

Ainsi, en ce qui a trait à la personne ayant recours aux services du CSSS, le Code d'éthique mentionne, entre autres, que le personnel est tenu de :

- Considérer ses valeurs et son mode de vie;
- Respecter et protéger sa dignité;
- L'informer pleinement sur son état de santé et de bien-être, ainsi que sur les diverses options possibles, ceci afin de la traiter comme une personne responsable et autonome;
- Accorder le traitement, les égards et le respect souhaités pour soi-même ou pour ses proches en pareille circonstance;
- Prendre autant en considération ses capacités et son potentiel que ses limites ou difficultés;
- Considérer son caractère unique, en cherchant à bien comprendre sa situation, ses besoins et son environnement spécifiques.

- Travail interdisciplinaire

Pour encourager le travail interdisciplinaire, les institutions vont réunir un certain nombre de conditions, dont le partage d'un même objectif et de valeurs communes entre l'établissement et les professionnels, la remise d'un mandat spécifique à l'équipe, la reconnaissance de l'autonomie professionnelle de chacun et de leur complémentarité (OPTSQ, 1996), la mise en place d'un cadre formel de rencontres, ainsi que de lieux communs pour faciliter les échanges entre le personnel. Selon *Le Guide à l'intention des travailleurs sociaux exerçant dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux* (OPTSQ, 1996), un des principaux avantages du travail interdisciplinaire est de favoriser le développement de valeurs communes d'intervention, ce qui exige de dépasser ses propres valeurs. De plus, selon Robert et Legault (1992), l'interdisciplinarité facilite l'émission d'un portrait plus juste de la réalité de la personne et de son environnement, ceci en raison des différents éclairages apportés.

Même si le travail interdisciplinaire comporte des avantages, il n'est pas sans soulever des difficultés. En effet, le processus de détermination de l'incapacité semble être parfois fractionné; plusieurs professionnels paraissent exercer leurs procédures de manière cloisonnée alors que le médecin et l'intervenant social doivent, en principe, donner leur opinion professionnelle sur l'aptitude de la personne âgée dans un cadre procédural en grande partie commun. Par exemple, en ce qui concerne plus spécifiquement les intervenants sociaux, Laflamme (2002) mentionne

que ceux-ci suivraient davantage des procédures liées au processus en se basant sur leur propre conception de l'inaptitude et cela, sans toujours tenir compte de l'évaluation médicale. De leur côté, Nélisse et Uribé (1993) soulèvent la présence d'une division implicite du travail. Selon eux, le médecin est en réalité le principal acteur à émettre une opinion professionnelle sur l'inaptitude, ce qui structure l'ensemble du processus d'évaluation.

Finalement, il faut mentionner qu'il n'y a pas de consensus entre les disciplines, mais aussi à l'intérieur de chacune d'entre elles, sur le contenu des évaluations, les approches, les outils et les critères à utiliser. Ainsi, certains professionnels vont évaluer l'inaptitude d'une manière globale, alors que d'autres vont se concentrer sur des capacités spécifiques. De plus, il faut préciser qu'il n'existe pas une définition commune de l'inaptitude, ce qui peut accentuer les divergences d'opinion quant à l'évaluation.

- Problèmes liés à la rencontre de deux univers distincts: le juridique et le psychosocial
- Lorsqu'ils abordent l'évaluation d'expertise impliquant les domaines juridique et psychosocial, Uribé et Nélisse (1994) constatent une coupure entre deux univers distincts. Ils relèvent des différences entre des termes employés, ce qui peut favoriser l'émergence de certains problèmes lors de la rencontre de ces univers (Nélisse et Uribé, 1993). Par exemple, les auteurs précisent que la notion de besoin réfère davantage à une définition objective dans la loi, lorsqu'il est question du besoin chez la personne d'être assistée ou représentée dans l'exercice de ses droits civils, alors que les professionnels de la santé (ce qui inclut les intervenants sociaux) ont une représentation plus subjective de ce concept. D'ailleurs, en raison des différentes significations accordée à ce concept, le Curateur public du Québec doit régulièrement préciser et rappeler ce que signifie avoir besoin d'être assisté ou représenté (Nélisse et Uribé, 1993).

- Synthèse et discussion

Retenons que l'intervenant social exerçant en CSSS doit, comme tout autre membre du personnel, s'engager à respecter le Code d'éthique de son établissement de travail. Celui-ci traite, entre autres, des valeurs, des pratiques et des conduites qui doivent être retrouvées au sein de son personnel. Bien sûr, il est question de lignes directrices très générales, ce qui implique que la pratique de chacun ne peut être totalement déterminée par celles-ci. De plus, il ne faut pas oublier

que les règles de conduite et les valeurs varient selon l'époque et la société concernées, d'où l'importance de considérer l'environnement dans son ensemble. Finalement, mentionnons qu'il est précisé que le Code d'éthique ne se substitue aucunement à l'éthique individuelle et professionnelle, ce qui vient nous rappeler l'importance de tenir compte de l'existence d'autres dimensions.

Nous devons également garder en mémoire que diverses mesures sont mises en place dans les CSSS pour encourager le travail interdisciplinaire, puisqu'il y a plusieurs avantages inhérents à celui-ci. Un des avantages à retenir est le développement de systèmes normatifs communs, car il peut exercer une influence sur le jugement professionnel de chacun des membres de l'équipe, surtout s'il y a une forte cohésion de groupe. Dans le cadre de la construction interprofessionnelle de la preuve, rappelons que la collaboration entre des professionnels d'une même équipe est parfois difficile à établir et qu'à cela s'ajoutent les problèmes liées à la rencontre de deux univers distincts : le juridique et le psychosocial.

Le fait qu'il n'y ait de consensus ni sur une définition de l'inaptitude, ni sur ce qui touche l'évaluation peut permettre à chacun d'avoir une marge de liberté plus grande dans sa pratique pour faire face à la complexité des situations, mais cela peut aussi rendre plus difficile la rencontre entre professionnels de diverses disciplines. Par conséquent, cela amène à se questionner sur la manière dont les intervenants sociaux se construisent une pratique à leur image, tout en répondant aux exigences formelles du domaine légal et en composant avec l'expertise fortement reconnue du champ médical. S'il est vrai, comme Nélisse et Uribé (1993) le suggèrent, qu'il y a une division implicite du travail et que le médecin est le principal acteur à émettre une opinion professionnelle sur l'inaptitude, alors il est possible de s'interroger sur l'influence des critères provenant du domaine médical dans la construction du jugement professionnel de l'intervenant social, ainsi que sur le degré de confort de celui-ci lorsqu'il doit indiquer dans le formulaire du Curateur public sa conclusion sur l'inaptitude.

2.4.3 Contexte professionnel

Pour mieux comprendre l'univers professionnel du travailleur social, ainsi que les critères qui guident son évaluation de l'inaptitude, nous survolerons d'abord quelques articles du Code de

déontologie des travailleurs sociaux qui nous apparaissent avoir une influence particulière sur la démarche réalisée par ce professionnel dans le cadre de la détermination de l'inaptitude. Ensuite, nous nous arrêterons sur certains points spécifiques retrouvés dans *Les normes de pratique professionnelle des travailleurs sociaux*, un document publié par l'OPTSQ (1993). Finalement, nous regarderons les lignes directrices données par l'OPTSQ pour les travailleurs sociaux en ce qui concerne l'évaluation psychosociale de l'inaptitude.

- Code de déontologie des travailleurs sociaux

Le travailleur social doit connaître le Code de déontologie de sa profession, ainsi que tout autre règlement adopté par son ordre professionnel et y adhérer (OPTSQ, 1993). Pour cette raison, nous pensons qu'il est important de présenter certains articles du Code de déontologie en lien avec le rapport psychosocial et le jugement professionnel du travailleur social dans son évaluation. Nous verrons également un article du Code de déontologie qui peut amener le travailleur social à se questionner sur ce qui doit être prioriser entre le respect des convictions de la personne ou sa protection. Notre intention n'est pas de faire une analyse détaillée du contenu de chacun des articles présentés, mais simplement de soulever l'existence de certaines règles que doit respecter le travailleur social dans sa pratique.

D'abord en ce qui concerne l'évaluation et le jugement professionnel du travailleur social, l'article 3.01.05 du Code de déontologie précise que celui-ci doit formuler une évaluation de la situation de son client et intervenir à son égard seulement s'il possède suffisamment de données pour porter un jugement éclairé sur sa situation et pour agir dans son intérêt avec un minimum d'efficacité (OPTSQ, 2003). Cela signifie donc que le travailleur social qui intervient dans le cadre du processus de détermination de l'inaptitude doit avoir amassé suffisamment de faits pour émettre un jugement éclairé quant à l'inaptitude d'une personne, ainsi que pour agir dans le meilleur intérêt de celle-ci.

Pour ce qui est du rapport psychosocial, l'article 4.04.01 nous informe que le travailleur social doit interpréter :

Avec prudence les données recueillies lors de ses observations et expertises et celles qu'il a obtenues de ses collègues. Dans tout rapport social, écrit ou verbal, il s'efforce de réduire toute possibilité de mésinterprétation ou l'emploi erroné de

ces informations notamment en les présentant dans un style approprié aux personnes à qui il s'adresse (OPTSQ, 2003, p. 7).

En appliquant cette règle au rapport psychosocial effectué dans le cadre de la détermination de l'inaptitude, cela nous indique que le travailleur social doit interpréter les données recueillies avec le plus d'objectivité possible et rédiger son rapport pour qu'il représente le plus fidèlement la réalité, en tenant compte du fait qu'il vise à éclairer les professionnels du domaine juridique.

Ensuite, l'article 3.01.04 b) indique que le travailleur social doit tout faire « en son pouvoir pour établir et maintenir une relation de confiance entre lui-même et son client » et qu'à cette fin, il doit respecter, « dans toutes ses interventions, les valeurs et les convictions de son client » (OPTSQ, 2003, p. 1). Ce dernier point attire particulièrement l'attention, puisque le respect des valeurs et des convictions de la personne âgée peut parfois aller à l'encontre de sa protection. Cela invite donc le travailleur social à réfléchir sur ce qui doit être priorisé.

- Normes de pratique professionnelle des travailleurs sociaux

Comme l'article 3.01.07 du Code de déontologie précise que le travailleur social doit exercer sa pratique en conformité avec les normes généralement reconnues dans sa profession, nous pensons qu'il est important de présenter certaines normes retrouvées dans *Les normes de pratique professionnelle des travailleurs sociaux*, qui est un document publié par l'OPTSQ (1993). Mentionnons que, selon *Le guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en CLSC* (1997), ces normes orientent la pratique des travailleurs sociaux et cela, peu importe le milieu dans lequel ils exercent leur profession. Encore une fois, pour éviter d'alourdir inutilement notre texte, nous n'exposerons pas toutes les normes de pratique formulées par l'OPTSQ, mais seulement celles qui nous apparaissent apporter un éclairage supplémentaire sur l'évaluation psychosociale et, plus particulièrement, sur les éléments pouvant guider la démarche d'évaluation du travailleur social dans le processus de détermination de l'inaptitude.

En ce qui concerne l'évaluation psychosociale, le guide intitulé *Les normes de pratique professionnelle des travailleurs sociaux* (1993) nous informe que le travailleur social doit, à l'égard de son client, être en mesure de :

- 1- Identifier ses besoins, ainsi que la relation dynamique qui existe entre lui et son environnement;
- 2- Identifier ses forces et faiblesses;
- 3- Comprendre ses besoins et ses priorités;
- 4- Observer et interpréter ses comportements tant verbaux que non verbaux;
- 5- Recueillir les informations et relever les faits pertinents dans le but d'élaborer une histoire sociale, une évaluation ou un rapport.

Il y est également énoncé que le travailleur social doit avoir intégré les valeurs et les principes qui guident la pratique du travail social. Parmi ces valeurs et principes, nous en citerons seulement deux qui nous apparaissent jouer un rôle particulièrement important dans le cadre de la détermination de l'inaptitude : le respect des principes d'autonomie et d'autodétermination, ainsi que la reconnaissance du droit de tout individu en danger de recevoir assistance et protection au besoin¹³.

- Lignes directrices données par l'OPTSQ

En 1990, année de l'entrée en vigueur de la nouvelle Loi sur le Curateur public, l'OPTSQ élaborera des normes et des outils pour aider les travailleurs sociaux dans leur pratique en lien avec la détermination de l'inaptitude. Comme les travailleurs sociaux ne disposaient avant cela que de très peu de documents de référence, une grille d'évaluation psychosociale, un guide pour l'utilisation de cette grille, un modèle pour la rédaction du rapport d'évaluation psychosociale furent alors mis à leur disposition (OPTSQ, 2004). De plus, une formation en lien avec ces nouveaux instruments de travail fut alors offerte par l'OPTSQ. Suite à la mise en circulation de formulaires et de guides explicatifs par le Curateur public du Québec en 2003, une révision des documents de l'OPTSQ fut effectuée par une équipe d'experts en travail social. De plus, un guide de pratique professionnelle en rapport avec les régimes de protection fut produit.

¹³ Cette notion de danger peut, à notre avis, être interprétée de différentes manières.

Les principaux points abordés dans la grille d'évaluation élaborée par l'OPTSQ sont les suivants: les circonstances justifiant la demande de protection, la situation légale du majeur¹⁴, ses antécédents en ce qui concerne son fonctionnement (physique, intellectuel et psychosocial), ses relations avec son réseau (familial et social), sa situation actuelle¹⁵; son opinion et celle de ses proches sur la mesure de protection, l'opinion du professionnel sur ce qui justifie la mise en place d'une telle mesure, ainsi que sur le choix du représentant légal. Le Curateur public souligne que ces deux derniers points sont souvent absents ou incomplets dans les évaluations psychosociales, alors qu'ils sont pourtant essentiels.

L'OPTSQ (2004) rappelle que les objectifs de l'évaluation psychosociale dans le cadre de l'ouverture d'un régime de protection sont de:

- Apprécier l'incapacité de la personne à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens
- Analyser les causes de l'incapacité et leur impact sur la protection de la personne, l'administration de ses biens et l'exercice de ses droits civils
- Démontrer le besoin de protection en raison de l'isolement, de la durée envisagée de l'incapacité, de la nature ou de l'état des affaires, de l'absence d'une assistance ou d'une représentation appropriée.

L'analyse des causes de l'incapacité et l'estimation de la durée de l'incapacité paraissent cependant difficiles à réaliser pour le travailleur social s'il ne consulte ni l'évaluation médicale ni aucun professionnel du champ médical.

De plus, l'OPTSQ (2004) précise que l'évaluation psychosociale réalisée dans le cadre de l'homologation d'un mandat a également comme objectif premier d'apprécier l'incapacité de la personne, tandis que le second objectif est de vérifier la capacité du mandataire à représenter adéquatement le majeur, ceci impliquant l'absence de conflit d'intérêt.

¹⁴Par exemple, l'état civil du majeur, l'existence d'une procuration ou d'un mandat en cas d'incapacité.

¹⁵La situation actuelle renferme les éléments suivants: la nature et le degré des pertes, ainsi que la nature des changements dans l'environnement du majeur.

Selon l'OPTSQ (2004), le travailleur social doit effectuer l'évaluation en employant l'approche spécifique à sa profession, c'est-à-dire en situant la personne âgée dans son environnement, en se basant sur des données significatives, autant objectives que subjectives, recueillies auprès de la personne et de ses proches, ainsi qu'en se fondant sur des observations qu'il a effectuées, ceci afin d'émettre une opinion quant à l'inaptitude, au besoin de protection, à l'urgence d'intervenir et à l'identification d'un éventuel représentant légal.

Finalement, toujours selon l'OPTSQ (2003), les valeurs à la base de la profession en service social sont le respect des personnes, de leur autonomie, de leur dignité, de leurs droits, ainsi que la promotion de l'équité et de la justice sociale. À ce sujet, nous tenons à rappeler que le respect de l'autonomie et des droits de la personne sont aussi deux grands principes juridiques, en plus du fait que le respect de l'autonomie est de plus en plus promu dans les CSSS.

- Synthèse et discussion

Ainsi, nous avons vu que certains articles du Code de déontologie traitent plus spécifiquement du jugement professionnel et du rapport d'évaluation psychosociale, tandis que d'autres abordent des principes plus généraux comme le respect des valeurs et des convictions de la personne. Comme le travailleur social est tenu de respecter les règlements inscrits dans le Code de déontologie de sa profession, nous pensons que ceux-ci peuvent guider dans une certaine mesure ses activités professionnelles. Ensuite, rappelons que *Les Normes de pratique professionnelle des travailleurs sociaux* (1993) indiquent, entre autres, les valeurs et principes qui doivent guider la pratique du travailleur social, ainsi que les aptitudes que ce professionnel doit démontrer lors de l'évaluation. Malgré le fait que ces indications ne traitent pas directement de l'évaluation de l'inaptitude, nous croyons qu'elles peuvent tout de même orienter le travailleur social dans cette démarche, car ce dernier est tenu d'agir en conformité avec les normes de sa profession.

Il faut également retenir que les divers outils et guides élaborés par l'OPTSQ, tout comme les formulaires et les guides explicatifs fournis par le Curateur public du Québec, peuvent aussi guider l'évaluation de l'inaptitude. Toutefois, rappelons que malgré ces instruments pour rendre plus uniforme l'évaluation psychosociale et aider le travailleur social dans la réalisation de celle-ci, certains points sont encore oubliés ou incomplets dans le rapport rédigé par ce professionnel.

Aussi, malgré le fait qu'il y ait maintenant des formulaires, des guides explicatifs, une grille d'évaluation psychosociale, un modèle pour la rédaction du rapport psychosocial, nous savons que ce ne sont pas tous les intervenants sociaux qui les emploient dans leur pratique. De plus, même si les objectifs de l'évaluation sont précisés par l'OPTSQ, autant en ce qui concerne l'ouverture d'un régime de protection que l'homologation d'un mandat, nous pensons que certains de ces objectifs demeurent difficiles à atteindre en l'absence d'une véritable concertation entre les professionnels. Tout ceci nous laisse penser qu'il y a peut-être encore des clarifications et des modifications à apporter mais, surtout, qu'il y a certainement aussi une catégorie de critères plus informels qui orientent le jugement professionnel du travailleur social dans son évaluation. D'ailleurs, il est important de retenir que, pour émettre son opinion professionnelle, le travailleur social doit se baser sur des observations et des données autant objectives que subjectives.

Avant de s'intéresser plus spécifiquement aux familles de critères qui orientent la démarche d'évaluation, il convient de s'attarder à l'évaluation psychosociale. Pour cela, nous partirons d'abord de l'évaluation psychosociale couramment réalisée par l'intervenant social travaillant en CSSS pour ensuite traiter de l'évaluation effectuée dans le cadre spécifique du processus de détermination de l'inaptitude, puis nous ressortirons quelques difficultés liées à chacune de ces évaluations.

2.5 Évaluation psychosociale

2.5.1 Évaluation psychosociale courante

L'intervenant social en CSSS est amené dans sa pratique quotidienne à faire des évaluations qui ne touchent pas nécessairement à l'inaptitude. Au Québec, depuis 2002, l'usage de l'Outil d'Évaluation Multiclientèle (OEMC) est obligatoire dans le réseau de la santé et des services sociaux pour l'évaluation des personnes en perte d'autonomie. Dans le secteur du soutien à domicile, l'utilisation de cet outil permet donc d'évaluer le degré d'autonomie de la personne âgée, tout en ayant un portrait global de sa situation. Comme la situation d'interaction de la personne âgée avec son environnement est considérée dans l'évaluation, des services d'aide peuvent ensuite être planifiés en fonction de l'importance des déficits non compensés. Ceci se

réalise dans le but de maintenir la personne âgée à domicile le plus longtemps possible, ceci tout en tenant compte de son bien-être et de ses volontés.

Selon l'OPTSQ (2003), toute évaluation psychosociale est une activité planifiée, structurée et continue. Elle est intégrée dans l'intervention sociale, c'est-à-dire dans un processus dans lequel le travailleur social, à l'aide d'une diversité d'activités planifiées, apporte un soutien à la personne par rapport à l'atteinte de ses objectifs et de la réponse à ses besoins (OPTSQ, 2003). Rapportée à la détermination de l'inaptitude, cette optique de continuité peut laisser entendre que l'élaboration du jugement sur l'inaptitude débute bien avant le déclenchement du processus formel, d'où la pertinence pour nous d'étudier toutes les formes de critères invoqués pour ce faire. En effet, nous pensons qu'une rupture complète entre l'intervention quotidienne de l'intervenant social et l'évaluation psychosociale réalisée lors du processus de détermination de l'inaptitude est peu probable. Par conséquent, il est possible que les interventions et les évaluations antérieures à une demande d'évaluation de l'inaptitude soient considérées lors de la détermination de l'inaptitude. D'autant plus qu'en CSSS, il semble fréquent qu'une demande d'évaluation de l'inaptitude soit effectuée alors qu'un intervenant social réalise déjà des interventions auprès de la personne.

- Difficultés liées à l'évaluation psychosociale courante

Uribe et Nélisse (1994) signalent qu'en plus du fait que les concepts « évaluation » et « psychosocial » sont très peu définis, les tâches reliées à l'évaluation psychosociale le sont encore moins. Aussi, ils indiquent que les exigences concernant l'évaluation et les manières de faire varient considérablement d'un établissement à l'autre, malgré le fait que l'intervenant social bénéficie de plus en plus d'instruments de mesure pour compléter son évaluation. À ce sujet, ces auteurs précisent que la plupart des instruments relèvent plus du domaine psychologique que social et qu'ils n'ont pas été conçus dans le but de guider l'intervenant social dans son entretien clinique (Uribe et Nélisse, 1994). Finalement, ils soulèvent plusieurs questionnements sur le caractère des informations contenues dans l'évaluation psychosociale, ainsi que sur la portée de l'activité documentaire en elle-même :

Est-elle essentiellement un entretien clinique spécifique? Consiste-t-elle à compléter un formulaire, à écrire un rapport « libre » ou à administrer un

instrument standardisé de collecte de données? Est-elle d'abord une exigence interne propre à la pratique professionnelle ou un ensemble d'opérations encadrées par le droit et les règlements? (1994, p. 73).

Il nous importe de garder en mémoire que l'évaluation psychosociale est une activité continue, c'est-à-dire qui se poursuit dans le temps. En fait, cela nous pousse à croire que la construction du jugement professionnel de l'intervenant social débute avant même que la démarche de détermination de l'inaptitude soit amorcée. Ensuite, il est possible de constater que malgré l'augmentation de l'utilisation d'instruments de mesure et d'outils pour compléter l'évaluation, cette dernière conserve un caractère imprécis et variable, ce qui appuie la présence possible de plus d'une catégorie de critères. D'ailleurs, le fait que les instruments de mesure n'aient pas été conçus initialement pour guider l'intervenant social peut laisser supposer qu'ils ne répondent pas parfaitement à la réalité clinique de ce professionnel, ce qui pourrait augmenter l'entrée en jeu de critères plus informels. À notre avis, les questions soulevées par Uribé et Nélisse (1994) concernant l'évaluation psychosociale courante peuvent se poser avec plus de force au sujet de l'évaluation effectuée dans le cadre du processus de détermination de l'inaptitude. En ce qui concerne cette dernière évaluation, nous ne pensons pas qu'elle puisse se réduire à un simple entretien clinique, à l'administration d'un instrument standardisé, à la rédaction d'un rapport ou à un ensemble d'opérations encadrées par le droit et les règlements. C'est en partie ce qui explique notre désir d'aller voir plus loin pour mieux comprendre ce qui guide réellement l'intervenant social dans sa démarche d'évaluation.

2.5.2 Évaluation psychosociale de l'inaptitude

Contrairement à l'évaluation psychosociale courante, l'évaluation effectuée dans le cadre du processus de détermination de l'inaptitude n'est pas un bilan psychosocial complet correspondant aux habitudes des intervenants sociaux. En effet, lors de l'évaluation psychosociale de l'inaptitude, ces derniers doivent vérifier plus spécifiquement l'existence d'éléments justifiant la mise en place d'une mesure de protection (Nélisse et Uribé, 1993). En fait, le rapport psychosocial vise à apporter un éclairage sur une situation, afin d'aider le juge ou le greffier lors de la prise de décisions et ne sert pas directement à aider l'intervenant dans ses propres décisions (Nélisse et Uribé, 1993). Dans cette circonstance, l'intervenant psychosocial occupe une position d'expert où il doit observer, décrire et évaluer pour une instance décisive (Nélisse et Uribé,

1993). Dans certains cas, l'intervenant social sera appelé à se rendre au tribunal pour témoigner sur le contenu et les conclusions de son évaluation, ainsi que pour répondre aux questions des avocats et du juge.

Il faut mentionner que les personnes pouvant demander une évaluation psychosociale de l'inaptitude sont les suivantes : la personne âgée elle-même, son conjoint, ses proches parents ou alliés, ainsi que toute personne démontrant un intérêt particulier pour le majeur ou tout autre intéressé, y compris le mandataire désigné (OPTSQ, 2004). Selon la situation, le travailleur social peut être appelé à produire une évaluation pour l'ouverture, la réévaluation, la révision ou la mainlevée d'un régime de protection, ainsi que pour l'homologation ou la cessation d'effet d'un mandat (OPTSQ, 2004).

L'évaluation psychosociale n'est pas réservée à une seule profession, même si elle semble être plus souvent réalisée par des intervenants ayant été formés en travail social. En effet, elle peut être effectuée soit par un professionnel de la santé et des services sociaux ayant une formation universitaire, soit par un autre intervenant ayant une expérience clinique dans le domaine et dont la compétence est reconnue par le directeur général de l'établissement responsable (Le Curateur public du Québec, 2004). De plus, l'évaluation peut être faite par un professionnel œuvrant dans le secteur privé tout autant que public. Le secteur privé semble représenter une solution possible quand des délais importants sont présents au sein des institutions publiques et que les moyens financiers de la personne âgée ou de son entourage sont suffisants pour assumer une telle démarche. Au sujet du secteur privé, Nélisse et Uribé (1993) pensent qu'une augmentation du nombre de personnes désirant se munir d'un mandat en cas d'inaptitude pourrait éventuellement entraîner une hausse dans les demandes d'évaluation psychosociale dans ce secteur.

- *Difficultés liées à l'évaluation psychosociale de l'inaptitude*

Malgré les clarifications apportées par l'OPTSQ et le Curateur public au sujet de l'évaluation psychosociale de l'inaptitude, des difficultés persistent. En plus des problèmes en lien avec le travail interdisciplinaire, il n'existe pas vraiment d'instruments standardisés et validés pour l'évaluation spécifique de l'aptitude à prendre soin de sa personne et à gérer ses biens (Long et Robert, 1996). Toutefois, il semble qu'il soit plus facile d'évaluer l'aptitude à gérer ses biens que

l'aptitude à prendre soin de sa personne, car il y a plus d'épreuves formelles et d'activités spécifiques permettant d'identifier les déficits dans cette première sphère (Long et Robert, 1996). Effectivement, l'aptitude à prendre soin de sa personne concerne des capacités différentes comme celles de s'occuper de sa santé et d'agir en situation d'urgence ou de se protéger en cas de danger (Long et Robert, 1996), ce qui peut augmenter la complexité de l'évaluation. Cependant, Long et Robert (1996) indiquent qu'il existe un consensus entre de nombreux auteurs sur le fait que l'évaluation de l'aptitude à prendre soin de sa personne puisse être basée sur le fonctionnement de l'individu dans ses activités quotidiennes et domestiques. À cet égard, l'intervenant social peut jouer un rôle important, puisqu'il est appelé à observer directement la personne dans son environnement.

En plus du manque d'instruments validés pour évaluer ces aptitudes spécifiques, l'intervenant psychosocial, contrairement au médecin, ne possède pas d'outils cliniques lui permettant de poser, dans son champ de compétence, un diagnostic au sens strict du terme (Uribe et Nélisse, 1994). D'ailleurs, en 1991, Gordon soulève qu'il n'existe pas de typologie ou de classification des problèmes sociaux validés et reconnus ce qui, à notre connaissance, serait toujours le cas aujourd'hui. Il faut toutefois demeurer prudent afin d'éviter que la valorisation de données quantifiables et mesurables ne se fasse aux dépens de données plus fluides, comme la qualité de vie, qui sont des éléments fondamentaux au travail social (Uribe et Nélisse, 1994).

En ce qui a trait au formulaire du Curateur public, certaines sections paraissent être plus difficiles à compléter pour l'intervenant social, notamment celles traitant de la situation légale et financière du majeur. Concernant plus spécialement la situation financière, Nélisse et Uribe (1993) précisent qu'il est impossible pour l'évaluateur psychosocial de vérifier avec exactitude les informations portant sur la valeur des biens, ceci en raison de leur caractère confidentiel.

- Synthèse et discussion

En résumé, l'évaluation effectuée dans le cadre du processus de détermination de l'inaptitude n'est pas comme un bilan psychosocial habituel, car la mise en place d'une mesure de protection doit être justifiée. Il faut retenir aussi que c'est un acte qui n'est pas réservé aux travailleurs sociaux et qui peut donc être effectué par d'autres professionnels, ce qui peut d'autant plus

entraîner des manières de faire différentes. Ensuite, les contraintes du secteur public et l'augmentation du nombre de mandats rédigés en cas d'inaptitude peuvent, comme nous l'avons vu, accroître le nombre de demandes d'évaluation psychosociale dans le secteur privé. Sachant que le caractère continu de la démarche d'évaluation peut plus difficilement y être respecté, nous pouvons craindre que certains critères soient alors écartés ou insuffisamment pris en considération.

La position d'expert occupé par l'intervenant social dans le processus de détermination de l'inaptitude semble une fois de plus mettre en évidence l'influence du contexte juridique, puisque c'est pour qu'une décision légale soit rendue que ce professionnel doit observer, décrire et évaluer. Ensuite, les difficultés liées à certaines sections du formulaire du Curateur public, le peu d'instruments standardisés et validés pour l'évaluation spécifique de l'inaptitude à prendre soin de sa personne et de ses biens, ainsi que l'absence d'outils diagnostiques cliniques dans le champ psychosocial peuvent être vus comme des manques à combler mais aussi, au contraire, comme une possibilité de considérer des données plus fluides qui sont à la base du travail social.

2.6 Cadre conceptuel

Dans cette section, rappelons que les divers concepts employés en lien avec l'inaptitude seront d'abord exposés afin de mieux cerner cette notion, tout en soulignant la confusion qu'elle peut créer. Puis, des limitations seront apportées afin de restreindre l'étendue du concept d'inaptitude et d'éviter tout éparpillement. Par la suite, nous apporterons de brèves précisions sur le concept de critère, sans toutefois avoir la prétention de le définir. Nous aborderons par après le jugement professionnel sous certains angles en particulier. Finalement, à partir d'un schéma, nous ferons une synthèse des éléments exposés dans le cadre conceptuel, ceci afin de dégager des catégories de critères pouvant orienter la démarche d'évaluation et le jugement professionnel de l'intervenant social.

2.6.1 Concept d'inaptitude

Il apparaît opportun de survoler les différents concepts employés en lien avec l'inaptitude, afin de clarifier davantage la notion d'aptitude mentale et d'illustrer une fois de plus la complexité d'un tel objet d'évaluation. Nous aborderons donc la diversification des termes utilisés en ce qui a trait

à l'inaptitude, ainsi que les nuances pouvant exister entre ceux-ci. Par la suite, nous fixerons certaines limites pour réduire l'étendue du concept d'inaptitude et préciser ce qui sera pris en considération dans la présente recherche. Toutefois, nous ne cherchons pas à distinguer avec exactitude tous les concepts qui se rattachent à l'inaptitude et encore moins à fournir une définition précise de celle-ci puisque, malgré tous les efforts des chercheurs pour la définir, il n'existe encore aujourd'hui aucune définition universelle. À ce sujet, il faut savoir que la législation québécoise emploie les termes aptitude et inaptitude sans les définir directement (Long et Robert, 1993) et qu'elle ne fait qu'apporter certaines précisions, entre autres, en ce qui concerne ses causes possibles. En effet, l'article 258, du Code civil du Québec indique que l'inaptitude peut être causée par une maladie, une déficience ou un affaiblissement dû à l'âge altérant les facultés mentales ou physiques de la personne à exprimer sa volonté.

- Divers termes employés en lien avec l'inaptitude

Comme l'inaptitude est un défaut d'aptitude (Le Petit Robert, 1979), il est alors nécessaire de s'attarder à l'aptitude pour tenter de comprendre un concept pouvant lui être partiellement ou totalement opposé. Le Petit Robert I (1979) définit l'aptitude comme étant la capacité légale, juridique. Le Grand Dictionnaire de l'office québécois de la langue française du Québec (2005) précise que le terme aptitude est souvent utilisé à tort comme synonyme de capacité, alors que cette dernière représenterait plutôt la possibilité de réussite dans l'exécution d'une tâche ou encore l'état actuel des possibilités d'une personne en ce qui a trait à une activité physique, intellectuelle ou professionnelle donnée. Cette confusion entre les termes capacité et aptitude traverse l'ensemble des écrits recensés. Toujours selon cette même source documentaire, la capacité est conditionnée par une aptitude, qu'elle révèle indirectement et dépend de conditions préalables parmi lesquelles jouent notamment les différents effets du milieu. De plus, il est précisé que seule la capacité peut être l'objet d'une évaluation directe, l'aptitude étant une virtualité. Cette précision permet de mieux saisir le caractère « indéfini » du concept d'aptitude.

Ce concept se retrouve dans les documents francophones, alors que les termes « *capacity* » et « *competence* » sont surtout utilisés dans les écrits de langue anglaise (Lévesque, 2004). Dans ces textes, la capacité est régulièrement confondue avec la compétence. Malgré cette confusion, la seconde semble être présentée de manière plus globale par certains auteurs (Baker, 1998, Barbas

et Wilde, 2001, Buller, 2001, Hrenchir et Kansas, 2003, Leo, 1999, Loue, 2002, Verma et Silberfeld, 1997), c'est-à-dire comme renfermant différentes capacités ou habiletés. De son côté, Lévesque (2004) remarque que des chercheurs paraissent aborder la compétence davantage en lien avec l'aspect légal, alors qu'ils traitent de la capacité en fonction d'habiletés particulières.

Nélisse et Uribé (1993) soulignent quant à eux l'importance de ne pas confondre inaptitude et incapacité. Selon ces auteurs, l'incapacité pour les intervenants sociaux est une notion plus familière qui réfère aux difficultés ou aux impossibilités entravant la satisfaction des besoins de la personne. Ils sont d'avis qu'une personne ne pouvant répondre elle-même à ses propres besoins n'est pas nécessairement inapte. De plus, ils précisent que selon l'ancienne loi sur la curatelle publique, une personne était jugée incapable seulement à la suite d'un constat psychiatrique et que dans la loi actuelle, le terme incapacité a été remplacé par inaptitude.

- Délimitation du concept d'inaptitude

Dans le cadre de ce mémoire, seule l'aptitude sur le plan de la gestion de sa personne ou de ses biens ou encore, dans ces deux sphères à la fois, sera considérée. Par conséquent, l'aptitude à consentir à des soins ne sera pas traitée directement, puisque l'évaluation des professionnels en lien avec celle-ci se base sur des critères différents de ceux employés pour la gestion de la personne et des biens. Effectivement, la législation est très différente en ce qui a trait au consentement aux soins (Loi 120 et Code civil du Québec).

En concordance avec la problématisation de la recherche mère, l'inaptitude est étudiée ici exclusivement en lien avec les personnes âgées. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, c'est un groupe de la population qui augmentera considérablement dans les années à venir et qui est plus atteint par des troubles cognitifs pouvant entraîner une inaptitude mentale. Pour mieux saisir ce qui peut caractériser cette population, mentionnons que Long et Robert (1993) identifient deux particularités à l'inaptitude dans le contexte gérontologique. La première est que l'inaptitude survient généralement chez des individus dont les capacités intellectuelles et l'équilibre psychologique ne présentaient pas de déficit avant l'entrée dans la vieillesse¹⁶. La

¹⁶ Selon Courcelles (2003), la différence entre le fonctionnement antérieur et actuel de la personne évaluée représente pour l'intervenant social l'aspect central dans la détermination de l'inaptitude et du besoin de protection.

seconde particularité est que l'inaptitude se manifeste souvent graduellement et de manière inconstante.

2.6.2 Concept de critère

D'après nos recherches, le mot critère n'a encore été défini ni dans le cadre de l'évaluation ni dans celui de la construction du jugement professionnel de l'intervenant. Toutefois, afin de faciliter la compréhension du lecteur, nous apporterons dès maintenant quelques précisions sur la signification de ce concept. Dans le cadre de ce mémoire, le critère est « ce qui sert de base au jugement » professionnel de l'intervenant social (Le Petit Robert I, 1979). Toutefois, un seul critère ne peut pas permettre de conclure sur l'inaptitude et le besoin de protection d'un individu. À cette fin, un ensemble de critères est requis. En fait, un critère isolé peut être considéré comme un indice, c'est-à-dire comme « un signe qui indique une probabilité » (Le Petit Robert I, 1979), ce qui requiert alors d'explorer davantage. En fait le critère est un élément d'un ensemble plus grand : le processus de collecte de données, d'analyse et de décision.

○ Synthèse et discussion

Nous retenons donc qu'il n'existe pas une définition de l'inaptitude reconnue de manière universelle et que divers termes sont employés en référence à ce concept. La confusion soulevée entre la capacité et l'aptitude amène à se questionner sur l'objet de l'évaluation en tant que tel. Est-ce que l'évaluateur doit se centrer sur des capacités spécifiques ou plutôt évaluer l'aptitude globale de la personne? D'ailleurs, la confusion remarquée dans les écrits anglophones entre la capacité et la compétence soulève un questionnement similaire, car la capacité est présentée de manière plus spécifique par certains auteurs. En ce qui a trait à l'inaptitude et à l'incapacité, gardons en mémoire que, pour les intervenants sociaux, la confusion possible entre ces deux concepts peut s'expliquer par le fait que l'incapacité est une notion plus courante et donc pouvant plus facilement être évaluée directement, tandis que l'inaptitude demeure plus abstraite. Par conséquent, nous pouvons penser que l'évaluation des intervenants sociaux est davantage centrée sur certaines incapacités résultant de l'inaptitude. Finalement, dans le cadre de la présente recherche, retenons que l'inaptitude sera considérée seulement au regard de la gestion d'une personne âgée quant à ses biens, à sa personne ou à ces deux sphères à la fois. Pour ce qui est du

critère, il faut surtout se rappeler qu'il sert de base au jugement professionnel de l'intervenant social dans son évaluation de l'inaptitude et qu'il ne peut être considéré de manière isolée.

2.6.3 Jugement professionnel

En ce qui concerne le jugement professionnel, la difficulté a été de trouver des écrits dans le domaine psychosocial permettant de faire la lumière sur les critères qui peuvent guider l'intervenant social dans une démarche d'évaluation structurée qui ressemble à celle réalisée dans le cadre de l'évaluation de l'inaptitude. C'est pourquoi, dans ce mémoire, nous explorerons aussi le jugement sous l'angle apporté par la recherche en soins infirmiers. Il faut préciser que notre choix s'est aussi arrêté sur le jugement en soins infirmiers parce que les infirmières reconnaissent l'importance de critères autant objectifs que subjectifs¹⁷ dans la construction de leur opinion professionnelle et tentent de plus en plus d'obtenir une vision globale des situations, notamment en tenant compte de la dimension psychosociale. Par conséquent, plusieurs aspects de la démarche diagnostique réalisée par l'infirmière semblaient être applicables à l'évaluation psychosociale. Ensuite, nous regarderons le jugement professionnel en lien avec l'éthique, puisque la détermination de l'inaptitude semble amener certains intervenants sociaux à réfléchir sur les grands principes qui guident les meilleures conduites et décisions. Puis, toujours dans le but d'obtenir plus d'informations sur ce qui peut orienter le jugement professionnel de l'intervenant social dans l'évaluation de l'inaptitude, nous traiterons de la prise de décisions à partir du modèle proposé par Boire-Lavigne (2003) qui porte sur le choix des soins en fin de vie pour le patient inapte vivant en institution de soins de longue durée. Même s'il ne touche pas précisément l'évaluation de l'inaptitude, ce modèle permet de mieux saisir les composantes qui entrent en jeu lors de la prise de décisions dans une situation complexe, traversée d'enjeux de droits et d'éthique. Nous aborderons également le processus décisionnel et la prise de décisions lors de l'évaluation réalisée par des intervenants de la protection de la jeunesse, ceci afin de voir ce qui guide ces professionnels lors d'une décision portant sur la nécessité ou non de protéger un individu. Finalement, nous verrons que Montambault et Simard (2004) identifient quatre dimensions plus personnelles ayant une influence sur la décision des intervenants dans le contexte de la protection de la jeunesse.

¹⁷ Un signe comme la fièvre est une donnée objective, alors qu'un symptôme comme la douleur est une donnée subjective (Marchal et Psiuk, 1995).

Avant d'aborder le jugement spécifiquement en lien avec les soins infirmiers, il semble important de rappeler que dans le cadre de la détermination de l'inaptitude, les professionnels des champs psychosocial et médical sont appelés à émettre un jugement sur l'inaptitude de la personne. Malgré toutes les précautions employées pour rendre une opinion professionnelle aussi juste que possible, il faut savoir que les jugements des intervenants impliquent toujours un certain degré d'incertitude (Silberfeld et al., 1993 ; Courcelles, 2003). Selon Silberfeld et al. (1993), il n'est pas nécessaire d'établir une certitude, car il s'agit plutôt de porter un jugement à partir d'une probabilité raisonnable, soutenue par un ensemble d'observations. Dans cette optique, c'est l'accumulation d'informations et d'observations qui appuie la prise de position de l'évaluateur. Le fait de reconnaître que le jugement professionnel puisse être posé à partir d'une probabilité raisonnable, appuyée par des informations et des observations, semble permettre l'entrée en jeu d'une catégorie de critères plus ancrés dans la pratique quotidienne de l'intervenant social. Cependant, il faut mentionner que la reconnaissance d'un certain niveau d'incertitude dans le jugement professionnel semble être en rupture avec la loi qui exige une preuve hors de tout doute (Deleury et Goubau, 1997).

- Jugement professionnel en soins infirmiers

Pour mieux saisir la place occupée par le jugement professionnel, nous verrons que ce dernier est une composante du diagnostic infirmier et que la démarche diagnostique s'intègre dans un processus beaucoup plus large. Ensuite, nous énoncerons les principales activités comprises dans cette démarche, en tentant de dégager les catégories de critères pouvant orienter le jugement de l'infirmière. Puis, nous traiterons plus spécifiquement de l'influence des connaissances théoriques et pratiques dans la construction du jugement diagnostique de cette professionnelle.

Selon Gordon (1991), une des raisons pour lesquelles le diagnostic infirmier implique le jugement professionnel est que l'état de la personne ne correspond pas toujours parfaitement à ce qui est écrit dans les livres. Ainsi, il semble y avoir une part des critères guidant la pratique qui peut être représentée par une catégorie plus théorique (savoirs organisés) et une autre part qui relèverait plutôt d'une catégorie plus ancrée dans la pratique et cela, afin de mieux répondre à la diversité et à la complexité des réalités rencontrées.

Gordon (1991) précise que l'infirmière n'émet pas seulement un jugement professionnel lors de la démarche diagnostique, puisque sa pratique plus générale l'amène également à poser des jugements infirmiers notamment pour l'administration de médicaments et de traitements médicaux. Ainsi, en soins infirmiers, il faut savoir que la démarche diagnostique s'intègre dans un processus beaucoup plus large nommé la démarche infirmière, ce qui renvoie à la notion de continuité abordée précédemment. Malgré cela, nous examinerons essentiellement la démarche diagnostique, afin de dégager les principaux éléments qui guident l'infirmière dans la construction de son jugement professionnel.

Même si les étapes de la démarche diagnostique peuvent être présentées différemment, ce sont sensiblement les mêmes activités qui peuvent être retrouvées d'un auteur à l'autre. Comme ces activités sont décrites en profondeur par Gordon (1991), nous avons choisi de présenter la démarche diagnostique à partir des quatre activités identifiées par cette auteure, soit le recueil d'informations, leur interprétation, leur regroupement et la désignation du groupe d'indices. Il faut préciser que ces activités seront énoncées séparément pour faciliter la compréhension, alors qu'en réalité elles s'entrecroisent régulièrement dans le processus diagnostique.

1. Recueil d'informations

En ce qui a trait au recueil d'informations, il débute réellement à partir de l'anamnèse et de l'examen physique réalisés durant l'entretien d'accueil. L'anamnèse vise essentiellement à obtenir des informations sur les fonctions de santé du patient, ainsi que sur la manière dont celui-ci ressent et explique ses problèmes. Ainsi, les informations fournies par le patient et parfois par les membres de son entourage sont des données subjectives qui sont prises en compte par l'infirmière dans le processus diagnostique. L'examen infirmier, quant à lui, fournit l'occasion d'observer des caractéristiques physiques, ce qui permet de confirmer ou d'élargir les éléments de compréhension obtenus à partir des renseignements communiqués par le patient lors de l'anamnèse.

2. Interprétation des données

Pour ce qui est de l'interprétation des données, il s'agit d'une activité ayant comme utilité de donner un sens aux indices. Selon Gordon (1991), les points de référence influençant cette étape sont : les informations contextuelles obtenues avant la première rencontre, l'expérience, les théories personnelles, les avis autorisés et les premières impressions. Nous traiterons de chacun de ces points, puisqu'ils apportent tous un éclairage supplémentaire sur ce qui peut guider l'infirmière dans sa démarche diagnostique.

a. Informations contextuelles

Selon Gordon (1991), les données sur le contexte comprennent le genre d'établissement, le domaine de la spécialité, le diagnostic médical, les dossiers précédents et les commentaires des collègues. Ainsi, avant même de rencontrer la personne, l'infirmière possède des informations qui auront un impact possible sur le sens qu'elle attribuera aux données ultérieures. Par exemple, le diagnostic médical peut souvent fournir un indice lié au contexte d'une détérioration possible d'une fonction et donc influencer l'interprétation des données rattachées à celle-ci.

b. Expérience :

En ce qui concerne l'expérience, Gordon (1991) rappelle que des généralisations peuvent être effectuées à partir de la reconnaissance de ressemblances entre des situations qui se reproduisent. Ces généralisations sont mémorisées et émergent lorsque l'infirmière rencontre des situations similaires dans sa pratique.

c. Théories personnelles

Pour ce qui est de l'existence de concepts non reconnus sur le plan scientifique, l'auteure révèle que les professionnels de la santé, particulièrement ceux œuvrant dans des domaines où la science est « floue », peuvent se bâtir diverses théories personnelles qui influencent la collecte et l'interprétation des données. Elle précise toutefois qu'il y a certains risques à fonder des hypothèses sur des théories implicites, des stéréotypes ou simplement sur des « références empathiques à soi-même » si elles ne sont pas testées et validées par des données.

d. Avis autorisés

Pour ce qui est des avis autorisés, ils font entre autres référence aux enseignants, aux collègues de travail ayant plus d'expérience, aux ouvrages de référence et aux revues spécialisées permettant à l'infirmière d'être validée dans sa démarche diagnostique.

e. Premières impressions

En ce qui a trait aux premières impressions vis-à-vis le client et sa situation, il semble qu'elles se forment rapidement dans la relation et cela serait encore plus vrai avec l'acquisition d'expérience. L'infirmière doit cependant demeurer prudente, car Gordon (1991) souligne que lors d'une rencontre qui est brève, les caractéristiques physiques, la situation ou la maladie de la personne (ex : Alzheimer) peuvent parfois servir de fondements pour inférer des traits de caractère, des états d'esprit ou des problèmes de santé secondaire.

3. Regroupement des indices

Le regroupement des indices permet, à l'aide de la formulation d'hypothèses, de concentrer et de réduire les informations à retenir. Gordon (1991) nous informe qu'il y a beaucoup d'indices qui sont en réalité des impressions subjectives de qualité ou de quantité, comme l'estimation de la profondeur de la respiration et de la moiteur de la peau. Aussi, elle précise que les cliniciennes considèrent souvent que les indices physiques sont plus valables et fiables que les indices « sociaux », ce qui indique que la valeur attribuée aux différents indices peut varier. Finalement, elle rappelle que toutes les observations contiennent une certaine part de subjectivité car le stimulus passe par l'intermédiaire d'un observateur.

4. Désignation d'un groupe d'indices

Gordon (1991) signale que le fait d'apprendre les diagnostics infirmiers les plus souvent rencontrés à un âge, à un niveau de développement, avec un diagnostic médical donné ou en fonction d'autres facteurs permet de juger de la probabilité des hypothèses. Pour soutenir ses propos, elle apporte l'exemple de l'isolement social, en affirmant qu'il est reconnu comme étant plus fréquent chez les personnes âgées fragiles vivant seules. En

plus de l'acquisition de connaissances concernant les diagnostics infirmiers, les fonctions de santé représentent un moyen pour l'infirmière d'organiser les données, puisque celles-ci se retrouvent alors dans un cadre permettant d'identifier le domaine général du problème. De plus, l'infirmière peut vérifier à l'aide de manuels de référence quel groupe de signes et de symptômes correspond le mieux aux données recueillies. La désignation d'un groupe d'indices est donc facilitée par les systèmes de classification des problèmes de santé existant en soins infirmiers. Si un patient présente des signes et symptômes qui correspondent aux caractéristiques déterminantes majeures reconnues dans les ouvrages de référence en soins infirmiers, la catégorie diagnostique identifiée est alors considérée comme étant adéquate.

Même si les infirmières possèdent des guides, des ouvrages de référence et des répertoires de diagnostics infirmiers pour supporter leur démarche diagnostique, il y a encore des états qui n'ont pas été décrits officiellement et pour lesquels il n'existe aucune mesure précise. Dans cette situation, il est possible d'accroître le niveau de certitude des inférences portant sur des états subjectifs, comme la douleur, en recueillant des observations supplémentaires et des informations verbales auprès du patient ou d'autres personnes.

Finalement, Gordon (1991) pense que le savoir se développe avec l'expérience et que l'expérience participe au savoir. Ainsi, elle croit que la connaissance théorique est une condition essentielle mais insuffisante pour savoir faire un diagnostic. En ce qui concerne plus particulièrement les connaissances théoriques, elle mentionne que le cadre conceptuel permet d'orienter plusieurs décisions, notamment ce qu'il faut prendre en considération et diagnostiquer, comment intervenir et ce qu'il faut évaluer. Cette même auteure indique qu'il peut arriver que l'infirmière suive un modèle sans même le savoir et cela peut influencer ses perceptions et son jugement. Elle précise aussi que les modèles peuvent changer en fonction de l'évolution des connaissances et des valeurs de la société ou de la profession. En plus de nous rappeler l'importance de tenir compte de la société dans laquelle nous évoluons, cela nous indique une fois de plus l'influence du contexte professionnel. D'ailleurs, à ce sujet, Gordon (1991) mentionne l'existence d'un héritage culturel chez les infirmières, d'où proviendraient notamment

les descriptions, les appellations et les significations de plusieurs concepts. Cette auteure croit que cet héritage culturel peut se transmettre lors de la formation scolaire, mais également dans toutes autres occasions d'échange entre infirmières.

- Synthèse et discussion

En résumé, retenons que le diagnostic infirmier implique le jugement professionnel, car la complexité des situations rencontrées ne permet pas toujours une démarche déterminée à l'avance. Pour ce qui est de la démarche diagnostique, elle s'intègre, tout comme l'évaluation psychosociale, dans un processus plus large, ce qui pousse à croire que le raisonnement clinique débute dès l'obtention des premières informations sur la personne. Le recueil d'informations, leur interprétation, leur regroupement et la désignation du groupe d'indices sont quatre activités qui permettent, à notre avis, de bien comprendre la manière dont se construit le diagnostic infirmier et le jugement professionnel de l'infirmière. Lors de la collecte d'informations, l'anamnèse semble principalement permettre d'obtenir des données subjectives, tandis que l'examen physique paraît plutôt fournir des données plus objectives. Sur ce point, la démarche de l'infirmière se différencie quelque peu de celle de l'intervenant social, puisque ce dernier n'effectue pas d'examen physique, même s'il peut tout de même observer certaines caractéristiques physiques. Ensuite, rappelons que les principaux points de référence de l'infirmière pour l'interprétation des données sont les informations contextuelles obtenues avant la première rencontre, l'expérience, les théories personnelles, les avis autorisés et les premières impressions. Ces points de référence nous permettent de constater que même si l'infirmière dispose de cadres conceptuels propres à sa profession, l'interprétation des données se réalise aussi en référence à des dimensions plus implicites. De plus, il semble possible d'effectuer certains liens entre les informations contextuelles et le contexte institutionnel, notamment en ce qui a trait au type d'établissement, au secteur de travail ou de spécialité et aux échanges entre collègues. En ce qui concerne le regroupement des indices, nous retenons que beaucoup d'indices sont en réalité des impressions subjectives, que la valeur accordée à chacun peut varier et que toute observation contient une part de subjectivité. Quant à la désignation d'un groupe d'indices, gardons en mémoire qu'il reste des états qui n'ont pas été décrits officiellement et qui requièrent une collecte de données plus étendue pouvant alors davantage ressembler à celle réalisée par l'intervenant social.

Pour finir, nous avons vu qu'autant les connaissances théoriques que pratiques jouent un rôle dans la démarche diagnostique de l'infirmière. À ce sujet, mentionnons que Marchal et Psiuk (1995) indiquent que plus l'infirmière acquiert d'expérience, plus elle semble pouvoir se distancer des savoirs théoriques. C'est d'ailleurs ce qui lui permet de se référer à des situations concrètes déjà rencontrées dans sa pratique, ce qui nous laisse penser, une fois de plus, à l'influence possible de certains critères pragmatiques.

- Jugement professionnel en lien avec l'éthique

Pour Dupuis et Desjardins (2002), c'est le jugement professionnel qui, à l'aide de la connaissance des règles et des lois, permet d'évaluer ce qui sera bénéfique et néfaste en fonction de la diversité et de la complexité des situations. Ces auteurs font ressortir les principales étapes retrouvées dans les différents modèles et grilles de décision en lien avec l'éthique. Ainsi, il s'agit d'identifier le problème en relevant les enjeux présents, revoir les principes, lois et règlements applicables à la situation, consulter ses collègues au sujet de la question d'intérêt, considérer l'ensemble des possibilités offertes, prévoir les conséquences de chaque possibilité, prendre une décision à la lumière des étapes précédentes, passer à l'action et tenir compte des résultats de l'action effectuée. Mentionnons que ces mêmes auteurs précisent que la grille de Haas et Malouf (1995) se distingue des autres grilles de décision, puisqu'elle propose aux intervenants de se questionner au sujet des règles éthiques, déontologiques et légales afin de voir s'il y a une raison de contrevenir à celles-ci. Dans cette optique, l'existence de règles, que ce soit sur le plan de l'éthique, du droit ou de la déontologie, ne signifie donc pas automatiquement leur respect intégral. Ce point de vue consolide notre intention de regarder au-delà des étapes à suivre et des règles établies.

Il faut mentionner que des positions différentes s'observent quant à la nécessité d'encadrer ou de réglementer davantage l'exercice des professionnels. En effet, certains craignent qu'un encadrement trop grand puisse entraver la liberté et le sens critique des praticiens, alors que d'autres pensent qu'un cadre est nécessaire, entre autres, pour les guider dans leurs décisions et leurs actions. Ainsi, Lindsay et Clarkson (2000) indiquent que plusieurs professionnels pensent que les balises sur le plan de l'éthique et de la déontologie occupent une place trop importante dans la pratique. Par ailleurs, Corey et al. (1993) rappellent que les lois et les codes de

déontologie sont présents dans le but de guider les intervenants, sans pour autant baliser l'ensemble de leur pratique professionnelle.

- Synthèse et discussion

Pour résumer cette section, rappelons que Dupuis et Desjardins (2002) affirment que le jugement professionnel, à l'aide de la connaissance des règles légales, déontologiques et éthiques, permet de déterminer ce qui est néfaste et bénéfique au regard d'une situation donnée. Pour nous, cela renforce l'idée que les contextes juridique, professionnel et institutionnel peuvent avoir une influence dans la démarche d'évaluation réalisée par l'intervenant social. Finalement, retenons que la présence de lois, de règles éthiques et déontologiques permet d'encadrer la pratique, mais que le respect de cet encadrement n'est pas toujours considéré requis en toutes circonstances. Comme la pratique ne peut pas être totalement encadrée ou tracée à l'avance, cela peut certainement laisser une place à des catégories de critères plus informels.

- Prise de décisions : le modèle de Boire-Lavigne (2003)

En s'inspirant du modèle décisionnel systémique élaboré par Le Moigne (1990), Boire-Lavigne (2003) propose un modèle systémique et éthique de la prise de décisions de soins en fin de vie pour le patient inapte vivant en institution de soins de longue durée (voir annexe 4). Rappelons que même s'il ne touche pas directement l'évaluation de l'inaptitude et qu'il traite plutôt de l'aptitude à consentir à des soins, ainsi que du consentement substitué, le modèle suggéré par Boire-Lavigne (2003) représente bien l'ensemble des composantes en interaction lors de la prise de décisions en situation clinique complexe.

Boire-Lavigne (2003) présente la prise de décisions de soins comme une entité qui résulte d'une organisation d'interactions finalisées entre les divers acteurs concernés. Pour elle, ces acteurs sont animés par des projets décisionnels véhiculant des valeurs et des normes qui fournissent un accès aux morales socio-historiques et individuelles. Ainsi, les projets décisionnels peuvent être collectifs ou individuels. Les cadres institutionnel, juridique, professionnel et familial établissent des normes et poursuivent des finalités qui peuvent guider les décisions des acteurs individuels s'il y a eu une appropriation. Selon l'auteure, les projets décisionnels sont intimement liés à leur environnement, d'où l'importance de préciser que l'étude se déroule à une période donnée, dans

une société particulière ayant une culture sociale lui étant propre. Toujours en ce qui a trait à l'environnement, elle rappelle l'influence des cadres juridique, professionnel et institutionnel, ainsi que la nécessité de considérer le contexte socio-familial du patient et de ses proches.

En se basant sur l'ouvrage de Le Moigne (1990), l'auteure représente les interactions qui conduisent à la prise de décisions de soins selon trois activités principales : la problématisation, la conception et la sélection. La première activité renvoie à l'élaboration d'une compréhension de la situation du patient pour qui des décisions de soins sont considérées utiles ou requises. La conception réfère à l'élaboration de plans d'actions pour solutionner un problème, ceci en fonction d'une finalité souhaitée. La sélection consiste à évaluer les conséquences des divers plans d'actions envisagés afin de choisir celui qui est le plus approprié à la situation. Pour Boire-Lavigne (2003), ces activités ne sont pas effectuées de manière linéaire et rigide, car elles se présentent plutôt comme une boucle pouvant se répéter et permettant un recul critique essentiel à tout changement adapté. Lors d'incertitude, de divergences d'opinion, de conflits ou d'impasses pratiques, cette boucle récursive peut réactiver le processus décisionnel. La réflexion réalisée par les acteurs sur leurs projets, leurs finalités et les normes d'actions qui sont présentes dans la prise de décisions constitue une forme de travail éthique. La prise de décisions est donc vue comme évoluant dans le temps parce qu'elle transforme les acteurs qui y participent, ainsi que l'environnement décisionnel dans lequel elle se déroule. Toujours selon l'auteure, le jugement moral s'intègre à la problématisation, la conception et la sélection, puisque ces activités s'organisent en partie en fonction des conceptions du bien et des normes morales que les acteurs désirent mettre en pratique.

○ Synthèse et discussion

Retenons que le modèle proposé par Boire-Lavigne indique que les projets décisionnels, qu'ils soient individuels ou collectifs, véhiculent des valeurs et des normes reflétant certaines obligations morales. En plus de soutenir l'influence possible des valeurs et des normes, cela indique qu'il y a une dimension individuelle et collective qui entre en jeu dans la prise de décisions. Ensuite, le fait de reconnaître une place à l'éthique et au jugement moral lors de la prise de décisions soutient l'idée qu'une catégorie de critères plus informels puisse intervenir. Puis, les différents systèmes inclus dans l'environnement qui entoure la prise de décisions rappellent l'influence des contextes institutionnel, juridique et professionnel.

- Processus décisionnel et prise de décisions lors de l'évaluation des signalements en protection de la jeunesse

Dans le cadre de la protection de la jeunesse, l'intervenant est souvent amené à évaluer les risques de laisser un enfant dans une famille par rapport aux conséquences possibles d'un placement. La notion de risque ne renvoie pas seulement à la gravité des faits ou aux conséquences de ceux-ci sur l'enfant, mais aussi à l'attitude des personnes impliquées et à l'existence de ressources dans la communauté (Jacob et Laberge, 2001). Selon Jacob et Laberge (2001), les professionnels retiennent davantage les situations qui représentent un risque élevé. Cela suppose donc un certain seuil de tolérance aux risques. Dans plusieurs cas, des problèmes sont identifiés sans que cela entraîne pour autant une prise en charge, d'où la nécessité de différencier les enfants considérés en « besoin d'aide » de ceux identifiés en « besoin de protection » (Jacob et Laberge, 2001). Les solutions peuvent ainsi varier selon le besoin identifié.

En 1987, Simard-Trottier et Vachon indiquent que l'état des recherches met en relief la difficulté de définir l'enfant en besoin de protection. Par conséquent, la ligne permettant de déterminer si une situation requiert un placement ou plutôt le maintien dans le milieu familial n'est alors pas claire et c'est précisément cette incertitude qui accentue la complexité de la prise de décisions. Selon Vachon et al. (1995), le caractère imprécis de la loi contribue à créer une zone grise souvent comblée par la liberté accordée aux professionnels (dans Montambault et Simard, 2004). Ainsi, même s'il existe un cadre juridique pour guider les professionnels dans leur évaluation, une liberté d'action leur est attribuée, ce qui laisse place à l'influence de certaines caractéristiques personnelles. À ce sujet, Pinard (1997) rappelle que les intervenants se positionnent lors de l'évaluation d'une situation, d'où l'importance de s'attarder à leurs valeurs, leurs croyances, leurs convictions, ainsi qu'à leur capacité de faire face aux risques (dans Montambault et Simard, 2004), sachant que celle-ci peut varier selon l'expérience de chacun. Selon les modèles de décision de Paynes et al. (1992), ainsi que de Svenson (1992), le décideur bâtit à partir de son expérience des « règles de décision » lui permettant d'effectuer des choix et de poser un jugement. Il peut s'agir de règles formelles ou informelles; les premières découlent souvent de théories normatives proposant un processus particulier pour arriver à la prise de décisions, tandis que les secondes sont plus floues et se rapprochent plus du « gros bon sens »

(Montambault et Simard, 2004), ce que nous préférons appeler des critères pragmatiques (Beaudry et Couturier, 2005).

- Synthèse et discussion

Retenons que lors de son évaluation, que ce soit dans le cadre de la détermination de l'inaptitude ou de la protection de la jeunesse, l'intervenant social est amené à évaluer les risques. Dans ces deux contextes d'évaluation, l'appréciation du risque n'est pas sans contenir des zones grises, puisqu'il n'y a pas une ligne claire qui permette de départager un risque « tolérable » d'un risque « intolérable ». De plus, dans un cas comme dans l'autre, même si des difficultés sont constatées, cela n'entraîne pas automatiquement la mise en place d'une mesure de protection. Ensuite, l'existence reconnue de « règles de décision » construites à partir de l'expérience de l'intervenant vient soulever l'influence possible de critères pragmatiques dans un autre cadre que celui de la protection de la jeunesse.

Rappelons que le caractère imprécis de la loi participe à créer une zone grise comblée par la liberté attribuée au professionnel. Ainsi, même s'il existe un cadre juridique pour réglementer le processus d'évaluation, il reste une zone d'incertitude. Ce caractère imprécis de la loi peut être vu comme une faiblesse à combler sur le plan législatif, mais également comme une condition nécessaire pour faire face à la complexité des situations et permettre l'interaction de diverses familles de critères dans l'évaluation. Le fait de reconnaître l'influence de caractéristiques plus personnelles telles que les valeurs, croyances et convictions du professionnel semble d'ailleurs aller en ce sens.

- Schéma de Montambault et Simard (2004) : Facteurs attribuables aux intervenants

Toujours dans le cadre de la protection de la jeunesse, Montambault et Simard (2004) identifient quatre dimensions plus personnelles pouvant influencer la décision des professionnels. Comme nous pouvons le constater dans la Figure 3, il s'agit des savoirs appris, des savoirs d'expériences, des perceptions et des valeurs. Nous présenterons donc brièvement ces quatre dimensions, car nous croyons qu'elles peuvent aussi avoir une influence dans la construction du jugement professionnel de l'intervenant social lors du processus de détermination de l'inaptitude.

Facteurs attribuables aux intervenants

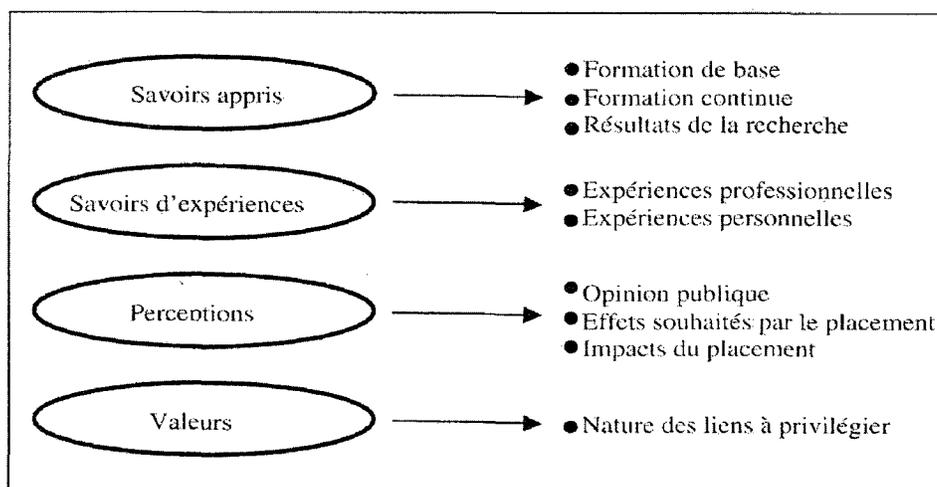


Figure 3: Facteurs attribuables aux intervenants (Montambault et Simard, 2004, p. 6)

a. Savoirs appris et les savoirs d'expériences

Pour Montambault et Simard (2004), les savoirs appris renvoient aux connaissances acquises par la formation scolaire, la formation continue et la recherche, tandis que les savoirs d'expériences se rattachent plutôt aux connaissances découlant de la pratique professionnelle et de la trajectoire personnelle de l'intervenant. Les chercheuses signalent qu'il est difficile pour les intervenants de départager leurs expériences professionnelle et personnelle. En ce qui a trait à l'expérience professionnelle, elles mentionnent que les intervenants abordent ce sujet en lien avec leurs années de pratique, le regard rétrospectif porté sur les décisions antérieures et l'opinion des autres professionnels. Une expérience de travail de plusieurs années permet à certains professionnels de prendre davantage leur temps avant de décider et d'acquérir une forme d'assurance dans la gestion du risque, tandis que d'autres vivent une désillusion pouvant, au contraire, amener plus vite à la décision de protéger. Ensuite, l'opinion des autres intervenants fournit souvent au décideur une nouvelle vision de la situation, en plus de favoriser un certain recul. Aussi, la supervision permet au professionnel de valider sa position, ce qui influence le degré de liberté qu'il s'accorde quant aux risques encourus et assure une certaine protection sur le plan professionnel. Ces derniers points nous permettent donc de faire un lien avec le

contexte institutionnel, puisque c'est l'institution qui doit prévoir la supervision et la mise en place de conditions favorisant les échanges et le travail interdisciplinaire.

b. Perceptions

Montambault et Simard (2004) observent l'importance des perceptions des intervenants à l'égard de l'opinion publique et des impacts du placement. L'opinion publique peut créer la peur d'être blâmé pour une erreur, ce qui peut avoir une influence sur l'évaluation du risque, surtout lors de la décision d'un maintien en milieu familial. Concernant les effets du placement, si le professionnel perçoit qu'ils sont positifs pour l'enfant et pour le reste de la famille, il lui est alors plus facile d'opter pour cette mesure. Cependant, si un doute est présent quant aux bénéfices d'un placement, la décision peut alors engendrer un inconfort chez l'intervenant.

c. Valeurs

Les valeurs réfèrent à l'importance que donnent les intervenants au lien à privilégier pour l'enfant. Pour certaines personnes, il est préférable de privilégier les relations existantes dans la famille d'origine, alors que pour d'autres, la stabilité des liens établis lors d'un placement est plus importante pour le développement de l'enfant.

o Synthèse et discussion

Retenons du schéma de Montambault et Simard (2004), qu'il y a des dimensions plus personnelles qui entrent en jeu dans la prise de décisions de l'intervenant. En effet, dans un premier temps, nous avons vu que les connaissances théoriques, pratiques, ainsi que celles découlant de l'expérience personnelle de l'intervenant peuvent avoir une influence. Ensuite, la peur d'être tenu responsable d'une erreur commise sur le plan professionnel peut influencer sur l'évaluation du risque et donc sur la décision portant sur la mise en place d'une mesure de protection. De plus, une perception positive ou négative des effets d'un placement peut avoir un impact sur la décision. En dernier lieu, rappelons que les valeurs de l'intervenant interviennent dans le choix de prioriser le maintien dans le milieu familial d'origine ou le placement, ce qui

nous laisse penser qu'elles peuvent également avoir une influence dans la décision d'enclencher ou non le processus de détermination de l'inaptitude.

2.6.4 Synthèse du cadre conceptuel

À l'aide d'un schéma, nous allons maintenant faire une synthèse du contenu présenté dans le cadre conceptuel en nous concentrant uniquement sur les éléments qui peuvent guider l'intervenant social dans son évaluation et dans son jugement professionnel lors de la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée.

Évaluation psychosociale réalisée dans le cadre de la détermination de l'inaptitude

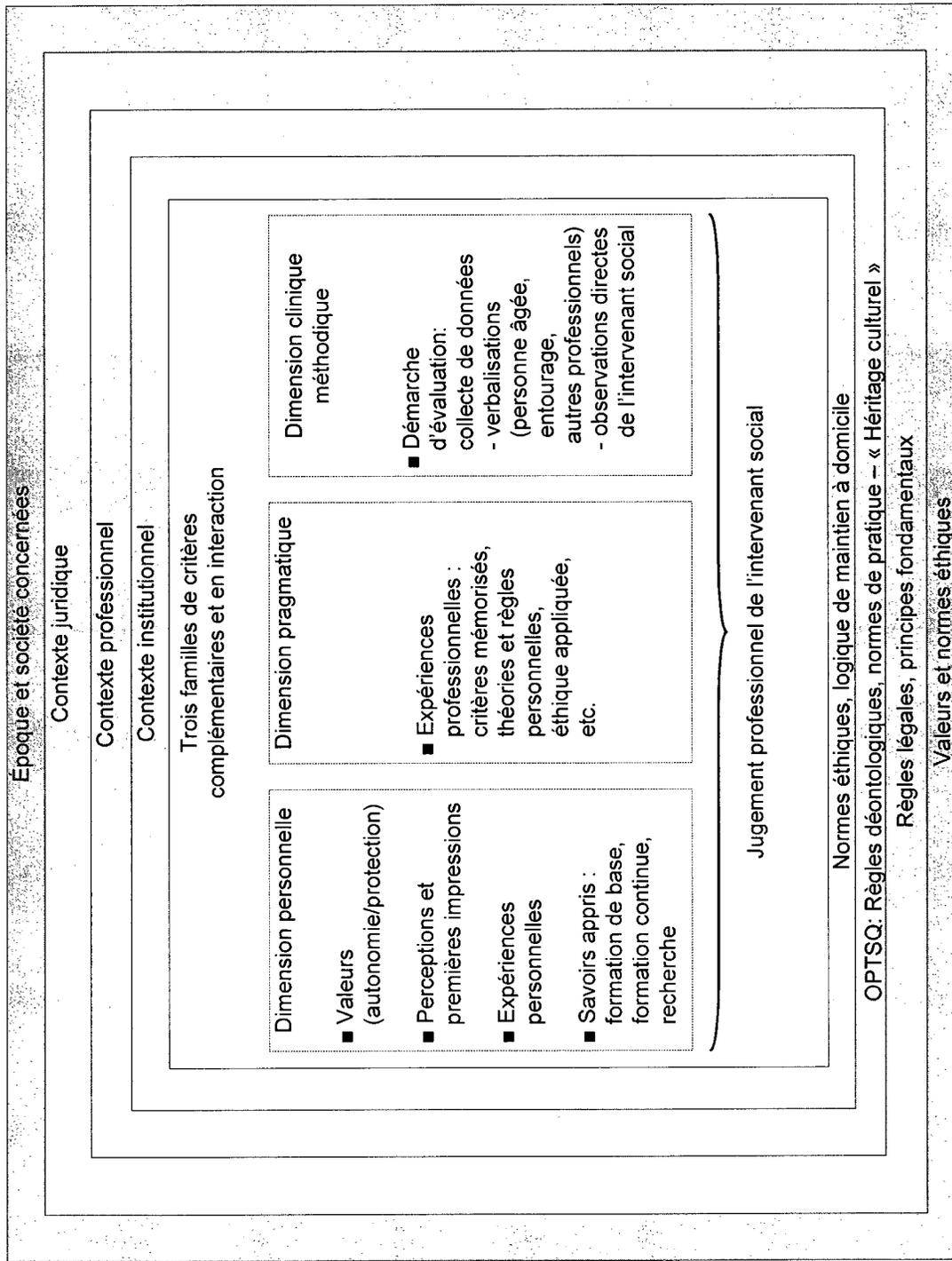


Figure 4: Synthèse du cadre conceptuel

2.6.5 Explications du schéma synthétisant le cadre conceptuel

L'évaluation de l'inaptitude s'inscrit dans une démarche qui est incluse dans un environnement renfermant plusieurs systèmes en évolution. Dans la Figure 4, nous rappelons l'importance de considérer l'époque et la société concernées, entre autres, en raison du fait que les valeurs et les normes éthiques varient en fonction de l'évolution des sociétés. Aussi, nous indiquons l'influence des contextes juridique, professionnel et institutionnel sur l'évaluation réalisée par l'intervenant social dans le cadre de la détermination de l'inaptitude de la personne âgée. En ce qui concerne plus spécifiquement le contexte juridique, des principes fondamentaux et des règles légales indiquent certaines lignes de conduite à suivre pour les professionnels. Pour ce qui est du contexte professionnel, rappelons que des règles déontologiques et des normes de pratique établies par l'OPTSQ encadrent la pratique professionnelle des travailleurs sociaux, ce qui a nécessairement des répercussions sur celle-ci. Aussi, il est possible de croire que les intervenants sociaux possèdent, comme les infirmières, un « héritage culturel » qui serait transmis lors de leur formation et d'autres occasions d'échanges entre professionnels d'une même profession. Quant au contexte institutionnel, il est établi des normes éthiques, en plus d'orienter certaines finalités d'intervention. Il faut insister sur le fait que ces différentes composantes sont en interaction et que chacune peut évoluer sous l'influence des autres.

Au sujet des critères qui peuvent intervenir dans la construction du jugement professionnel de l'intervenant social lors de sa démarche d'évaluation, nous identifions trois familles de critères complémentaires et en interaction. Une d'entre elles est la dimension personnelle. Elle renferme des éléments propres à l'intervenant social. Dans cette dimension, nous retrouvons les facteurs identifiés par Montambault et Simard (2004), c'est-à-dire les savoirs appris, les savoirs d'expériences, les perceptions et les valeurs. Même si certains savoirs appris semblent pouvoir être rattachés à la dimension clinique méthodique, nous les avons maintenus dans la dimension personnelle, car ils peuvent varier d'un intervenant à l'autre. Toutefois, il faut préciser qu'en ce qui concerne les savoirs d'expériences, seulement le vécu personnel est considéré dans cette dernière dimension, puisque le vécu professionnel correspond davantage à la dimension pragmatique. De plus, à la lumière des informations apportées par Gordon (1991) sur l'interprétation des données réalisée durant la démarche diagnostique de l'infirmière, nous

pensons que les premières impressions sur la personne (ex : âge) et sa situation (ex : maladie d'Alzheimer) peuvent influencer le jugement professionnel de l'intervenant social. C'est pourquoi nous les avons intégrées dans cette dimension plus personnelle.

Ensuite, la dimension clinique méthodique se rapporte à l'application d'une procédure raisonnée et uniformisée qui semble se retrouver principalement dans l'étape de la collecte des données lors de l'évaluation de l'inaptitude réalisée par les intervenants sociaux. Cette procédure semble découler en majeure partie des contextes juridique et professionnel qui indiquent des lignes directrices à suivre pour l'évaluation psychosociale et mettent à la disposition des professionnels divers outils tels qu'une grille d'évaluation psychosociale, des formulaires et des guides explicatifs. En fait, tout comme l'infirmière lors de l'étape du recueil des données, l'intervenant social paraît observer directement des faits et prendre en considération les verbalisations de la personne, de son entourage et des autres professionnels concernés. Pour ce qui est des échanges entre professionnels, nous avons vu que le travail interdisciplinaire est encouragé dans les institutions, ce qui peut entraîner la reconnaissance de critères cliniques et pragmatiques communs.

Finalement, la dimension pragmatique renferme les critères qui émergent directement de situations de pratique vécues. Tout comme Marchal et Psiuk (1995) l'indiquent au sujet de l'infirmière experte, nous pensons que l'intervenant social est aussi appelé dans sa pratique à mémoriser chaque information significative pour pouvoir s'y référer plus tard dans des situations identiques. Par conséquent, ce dernier peut, comme l'infirmière experte, puiser des exemples concrets à partir de ses expériences professionnelles passées afin d'identifier des situations et de se concentrer plus rapidement sur les indices pertinents. À partir des modèles de décision de Paynes et al. (1992) et de Svenson (1992) qui traitent de l'existence de « règles de décision », ainsi que selon les propos de Gordon (1991) en ce qui concerne l'influence de théories personnelles lors de l'interprétation des données réalisée par l'infirmière, nous pensons qu'il est possible que des théories et des règles personnelles basées sur des situations de pratique puissent intervenir dans la démarche d'évaluation effectuée par les intervenants sociaux. Ainsi, malgré l'existence de concepts reconnus sur le plan théorique, de règles et de normes explicites, il est

possible que des critères plus ancrés dans la pratique soient considérés dans la détermination de l'inaptitude de la personne âgée, d'où l'importance d'observer l'action concrète.

2.7 Conclusion

À partir d'une recension des écrits, l'évaluation psychosociale de l'inaptitude de la personne âgée a été exposée en lien avec son contexte, des clarifications ont été apportées sur les concepts d'inaptitude et de critère, puis le jugement professionnel a été abordé sous divers angles. Pour finir, des familles de critères pouvant guider le jugement professionnel de l'intervenant social dans sa démarche d'évaluation ont été dégagées à partir de la synthèse du contenu du cadre conceptuel.

Comme peu d'études ont été trouvées sur l'évaluation psychosociale de l'inaptitude, sur le jugement professionnel de l'intervenant social, ainsi que sur les critères qui orientent ce dernier dans sa démarche, il apparaît d'autant plus important d'explorer les diverses catégories de critères qui guident l'évaluation et la construction du jugement professionnel de cet intervenant.

3 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE ET MÉTHODOLOGIE

3.1 Introduction

Les manques identifiés précédemment au sujet des recherches déjà réalisées dans le champ psychosocial nous incitent à vouloir explorer la démarche d'évaluation réalisée par l'intervenant social. Cela permet, par le fait même, de préciser la question de recherche. Dans la présente section, la question de recherche, l'objectif général et les objectifs spécifiques de l'étude seront d'abord exposés, pour ensuite laisser place à la méthodologie.

3.2 Question de recherche

La question de recherche de ce mémoire s'arrime au thème général de la pratique des intervenants sociaux dans le processus de détermination de l'inaptitude de la personne âgée et découle du contenu présenté précédemment.

Quels sont les critères qui guident le jugement professionnel de l'intervenant social dans l'évaluation de l'inaptitude de la personne âgée?

3.3 Objectifs de la recherche

3.3.1 Objectif général

Mieux comprendre ce qui guide le jugement professionnel de l'intervenant social dans l'évaluation de l'inaptitude de la personne âgée.

3.3.2 Objectifs spécifiques

- O1 Identifier les critères et le processus à la base du jugement professionnel de l'intervenant social quant à la nécessité d'enclencher les procédures pour la détermination de l'inaptitude.
- O2 Identifier et regrouper en catégories les divers critères qui guident l'intervenant social dans la construction de son jugement professionnel sur l'inaptitude.

O3 À partir des critères identifiés ci-haut (O1 et O2), dégager des éléments permettant de mieux cerner le rôle de l'intervenant social.

3.4 Méthodologie

En ce qui concerne la méthodologie, le devis général sera d'abord présenté afin d'établir dès le début qu'il est question d'une recherche qualitative. Ensuite, des renseignements sur l'échantillon, la collecte de données et l'analyse de contenu seront apportés. Finalement, les considérations éthiques seront précisées.

3.4.1 Devis général

L'approche méthodologique choisie est inductive, qualitative et exploratoire. Comme peu de recherches semblent avoir été effectuées sur la pratique de l'intervenant social dans le processus de détermination de l'inaptitude, la perspective inductive apparaît appropriée, puisqu'elle permet de concevoir des concepts et des propositions théoriques à partir de données empiriques recueillies sur le terrain, ce qui évite de réduire le champ d'exploration. Selon Turcotte (2000), la recherche qualitative est habituellement utilisée pour décrire une situation sociale, un événement, un groupe ou un processus dans le but d'atteindre une compréhension plus approfondie. Comme le présent mémoire vise à mieux comprendre ce qui guide le jugement de l'intervenant social dans un processus spécifique d'évaluation, l'emploi de l'approche qualitative semble donc être adaptée. De plus, en raison de la complexité du concept d'inaptitude, il apparaît d'autant plus pertinent d'utiliser une telle approche.

3.4.2 Échantillon

La recherche plus globale dans laquelle s'insèrent tous les entretiens du présent mémoire renferme quarante-deux entretiens repartis dans chacune des disciplines impliquées dans le processus de détermination de l'inaptitude (14 médecins, 15 intervenants psychosociaux et 13 juristes). Les entretiens ont été effectués dans les régions de Sherbrooke, Québec et Montréal. Au départ, il fut convenu que les participants devaient avoir une expérience d'au moins cinq ans dans une fonction requérant des actions liées à l'évaluation de l'inaptitude de la personne âgée, mais des difficultés sur le plan du recrutement ont amené les chercheurs à diminuer cette exigence de

deux ans. Dans le cadre du présent mémoire, uniquement les douze entretiens réalisés auprès de professionnels ayant une formation en service social sont considérées (voir tableau 1).

Tableau 1 : Entretiens de recherche

Régions	Nombre d'intervenants sociaux rencontrés (professionnels ayant une formation en service social)
Sherbrooke	4
Montréal	4 + 1 Pré-test
Québec	3
Nombre total d'entretiens réalisés : 12	

Ce nombre de sujets est suffisant pour que des redondances puissent être remarquées dans le discours des intervenants et pour que de nombreuses informations complémentaires ou divergentes puissent être obtenues. Cependant, en ce qui a trait à la saturation des données, Pires (1997) est d'avis que c'est seulement lorsque les derniers entretiens n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes, qu'il est alors possible de dire avec certitude que l'augmentation du matériel empirique n'est plus nécessaire. À ce sujet, nous devons admettre qu'il aurait possiblement été possible d'obtenir de nouvelles informations en réalisant d'autres entretiens, mais nous croyons que cette quantité de participants représente suffisamment la pratique des intervenants sociaux dans le processus de détermination de l'inaptitude pour obtenir des résultats de recherche valables.

La majorité des intervenants sociaux ont été recrutés dans des CSSS (mission CLSC). En effet, il faut préciser qu'un d'entre eux œuvre dans les services gériatriques spécialisés d'un centre hospitalier. Comme les intervenants sociaux travaillant en CSSS dans le secteur du soutien à domicile sont appelés à produire des évaluations sur l'inaptitude de personnes âgées, le choix de ce site apparaissait le plus opportun. En raison des limitations liées à la plus vaste étude dans laquelle s'insère ce mémoire, aucun intervenant social travaillant pour le Curateur public du Québec ou en pratique privée n'a été approché pour participer à cette recherche. Pour recruter les participants en CSSS, l'équipe de recherche a d'abord fait approuver son projet par le comité

d'éthique de la recherche de la faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke (voir annexe 5), ainsi que par les comités d'éthique des établissements ciblés. Une fois toutes les autorisations accordées, un contact téléphonique a été effectué auprès de la personne responsable du recrutement dans chaque établissement, ceci dans le but d'obtenir le nom et les coordonnées des professionnels intéressés à participer à la recherche.

L'échantillon a donc été constitué selon une méthode non probabiliste, car il n'est pas formé à partir de la loi du hasard (Ouellet et Saint-Jacques, 2000). La technique visant l'obtention d'un échantillon théorique formé de volontaires a été employée (Ouellet et Saint-Jacques, 2000). Nous sommes conscients que l'utilisation d'une telle technique peut avoir favorisé la participation de personnes ayant un intérêt ou une ouverture pour la recherche, ce qui n'est pas nécessairement représentatif de l'ensemble de la population visée. Cependant, nous savons qu'une sollicitation plus directe a été réalisée dans certains milieux, ceci en raison de réalités de pratique rendant les possibilités de recrutement plus limitées (ex : nombreux changements dans le personnel).

Une fois les noms des participants transmis par la personne responsable du recrutement, un contact téléphonique a été réalisé auprès de chaque professionnel dans le but de répondre aux interrogations de chacun, d'expliquer plus en profondeur la recherche et le déroulement de l'entretien, ainsi que pour fixer une date de rencontre. Si un participant désirait obtenir des renseignements écrits sur la recherche, une fiche d'informations, une copie du formulaire de consentement (voir annexe 6) et un document décrivant de manière plus élaboré le projet de l'équipe de recherche lui étaient fournis.

Les rencontres se sont déroulées généralement dans le milieu de travail du professionnel, afin de lui éviter des déplacements et pour le laisser dans un contexte familier (Poupart, 1997). Une seule rencontre a été effectuée à l'extérieur de l'endroit d'exercice, mais elle fut tout de même réalisée dans un emplacement familier pour le professionnel. En fait, il s'agissait d'un pré-test ayant comme but principal de familiariser la personne en charge de la réalisation des entretiens à la technique choisie. Ainsi, lors de cet entretien, cette dernière était présente seulement comme observatrice. Tous les autres entretiens ont donc été réalisés par la candidate du présent mémoire.

Chaque entretien a été enregistré et transcrit. La durée de l'entretien variait habituellement entre une heure et une heure et demie. Si les questions n'étaient pas toutes abordées dans le temps prévu et que le professionnel désirait prolonger la discussion, l'entretien pouvait alors dépasser quelque peu la durée annoncée. De plus, il pouvait arriver que l'intervenant poursuive la discussion dans l'informel, c'est-à-dire après l'arrêt de l'enregistrement. Dans un tel cas, un résumé écrit de cette discussion était rédigé suite à l'entretien, mais il ne s'agissait évidemment pas d'une transcription intégrale. Généralement, un bref rapport d'entretien était produit, afin de noter des commentaires ou des impressions sur la rencontre, ainsi que des aspects à considérer lors de l'analyse ou de la conduite d'entretiens à venir.

3.4.3 Collecte de données

Mayer et Saint-Jacques (2000) considèrent que l'entretien est une technique adaptée, entre autres, si le chercheur désire recueillir des données plus approfondies et s'il s'intéresse aux sens, aux processus et aux pratiques. C'est pourquoi il est apparu approprié de réaliser la collecte de données du présent mémoire à l'aide de cette technique¹⁸. Les entretiens ont été conduits à partir du guide d'entretien bâti par l'équipe de recherche (voir annexe 7). L'élaboration de ce guide a été réalisée dans le cadre d'une plus vaste étude, ce qui impliquait que les questions couvraient un éventail plus large d'aspects que ceux concernés directement par le présent mémoire. Toutefois, comme la première partie de l'entretien touchait directement la pratique en lien avec le processus de détermination de l'inaptitude et que des relances secondaires étaient prévues pour amener l'intervenant à parler des critères déterminants pour l'enclenchement des procédures ou pour se prononcer sur l'inaptitude, ce guide convenait à la présente recherche. Aussi, le fait d'avoir un champ d'étude plus large a eu pour avantage d'apporter une compréhension plus globale du phénomène et de permettre de collecter des critères pouvant être formulés lors de réponses à des questions a priori moins pertinentes pour ce mémoire. Les entretiens comportaient deux parties.

¹⁸ Il est à noter qu'une rencontre exploratoire a été réalisée auprès d'une équipe d'intervenants sociaux œuvrant dans un CSSS, afin de discuter des problèmes rencontrés en lien avec l'évaluation de l'inaptitude. Cette rencontre avait pour but de se rapprocher de la réalité vécue sur le terrain afin de mieux cibler l'objet de recherche. Le contenu de cette rencontre n'a pas fait l'objet d'un traitement analytique spécifique mais, par imprégnation, il a contribué à une meilleure compréhension de la pratique.

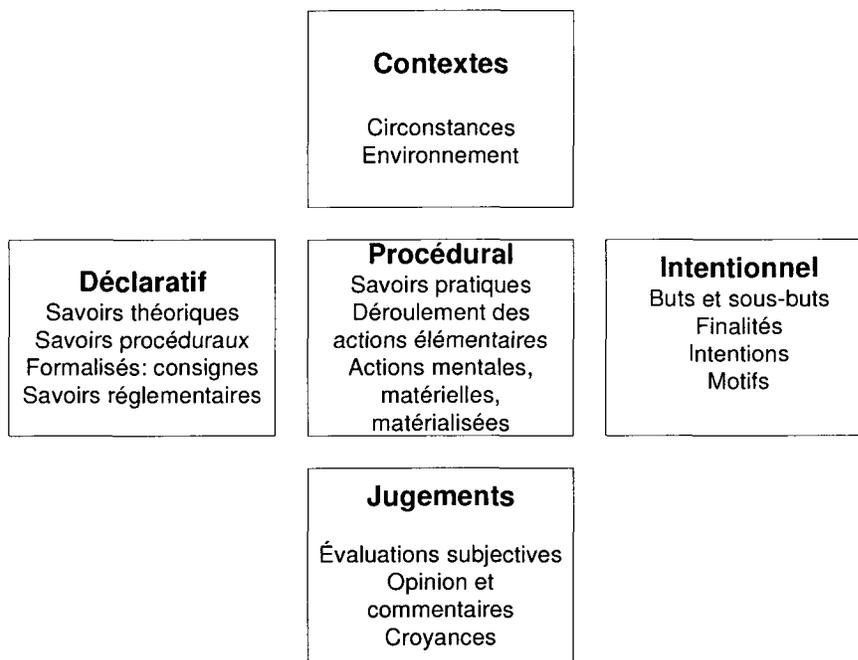
- Première partie de l'entretien

Dans la première partie de l'entretien individuel, une directive de départ a été donnée au praticien dans le but de circonscrire ses propos sur le procédural d'une action réelle et particulière qu'il a réalisée dans un passé récent. Ainsi, une consigne invitait ce dernier à décrire dans le détail sa pratique à partir du choix d'un dossier récent et significatif sur lequel il avait dû travailler à la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée. Des relances ont ensuite été effectuées afin que le professionnel détaille davantage son récit. Selon l'approche d'explicitation de la pratique (Vermersch, 1996), le discours le plus naturel et demeurant le plus près possible de la pratique concrète fut recherché, afin d'éviter les propos plus abstraits, généraux ou idéalisés.

Cette première partie fut donc peu directive, car elle laissait au praticien la liberté de s'exprimer de manière personnelle sur sa pratique, ceci dans le but d'obtenir le plus d'informations possibles sur le déroulement de son action. En fait, tant que l'interviewé abordait l'enchaînement des actions qu'il avait réalisées dans l'évaluation de l'inaptitude d'une personne âgée, l'attitude de l'interviewer demeurait faiblement directive. Cependant, quand la verbalisation s'éloignait trop de l'action concrète, alors l'interviewer pouvait se montrer plus directif, afin que le discours du professionnel revienne dans la direction recherchée. En effet, il ne faut pas oublier que la particularité de l'entretien d'explicitation est de rechercher la verbalisation du « faire » car toute action renferme une part d'imprégnation chez le sujet. La verbalisation de cette imprégnation est difficile, voire non intuitive pour les répondants (Vermersch, 1996).

Pour mieux saisir cette référence à l'action, Vermersch présente différents domaines possibles de verbalisation. Comme nous pouvons le voir dans la Figure 5, Vermersch (1996) différencie l'action vécue des savoirs théoriques ou formalisés qui s'y rattachent, des buts qui l'organisent, des contextes dans lesquels elle s'inscrit, ainsi que des jugements du sujet sur celle-ci. Cet auteur considère le concept d'action sous l'angle spécifique du procédural. Il importe de souligner que, pour Vermersch (1996), le procédural ne renferme pas les savoirs formalisés, procéduraux et règlementaires, mais bien les façons concrètes de faire un geste professionnel.

Le système des informations satellites de l'action vécue



*À noter qu'il s'agit de jugements portant sur la réalisation de l'action

Figure 5: Le système des informations satellites de l'action vécue (Vermesch, 1996, p. 45)

Selon Vermesch (1996), les informations liées aux contextes et aux jugements du sujet sur l'exécution de son action apportent une meilleure compréhension du procédural. En ce qui concerne les aspects déclaratif et intentionnel, le premier représente tout ce qui justifie l'efficacité ou la pertinence de l'action, tandis que le deuxième touche les buts et les objectifs poursuivis. Pour l'auteur, l'accès au procédural permet de dégager les finalités ou intentions réellement poursuivies, ainsi que les savoirs théoriques véritablement employés par le sujet dans sa pratique. En effet, Vermesch (1996) note qu'une distance considérable peut être remarquée entre les connaissances théoriques énoncées par le sujet et celles réellement utilisées dans l'action, tout comme il peut y avoir une distinction importante entre les finalités « conscientisées » et celles qui se traduisent par des actes réels. Ainsi, en plus de permettre de distinguer le procédural des autres domaines de verbalisation, cette figure apporte un éclairage supplémentaire sur la dimension pragmatique et souligne l'importance de tenir compte des contextes entourant l'action du professionnel, ceci afin d'atteindre une meilleure compréhension de celle-ci.

- Deuxième partie de l'entretien

Ensuite, des questions thématiques plus générales ont été posées à partir d'un guide d'entretien semi-directif. Contrairement à la première partie de l'entretien, il devenait ici possible pour le professionnel de puiser des exemples dans divers dossiers liés à la détermination de l'inaptitude de la personne âgée. Quelques modifications ont été apportées aux questions du guide afin de faciliter la compréhension des praticiens, ainsi que pour approfondir certains aspects plus particuliers. Par exemple, plusieurs professionnels ont manifesté leur incompréhension concernant le terme «enjeu », ce qui a entraîné un changement dans la manière de poser la question liées aux enjeux dans la détermination de l'inaptitude. De plus, comme plusieurs intervenants demeuraient sans réponse face à la question portant sur les règles juridiques guidant leurs actions et que cela engendrait un malaise chez certains d'entre eux, l'interviewer changea sa stratégie en dédramatisant cette situation dès qu'un inconfort était décelé.

À la fin de l'entretien, le praticien était invité à apporter des informations supplémentaires sur le sujet. Il pouvait arriver, comme dans le cas d'un interlocuteur peu volubile, qu'un retour sur l'entretien soit effectué afin d'obtenir son opinion sur le déroulement de celui-ci. En dernier lieu, le participant était remercié pour sa collaboration et des informations lui étaient transmises sur la diffusion des résultats. Si le temps et les ressources financières avaient pu le permettre, le groupe de discussion, communément appelé le « focus group », aurait été une technique pertinente à employer pour approfondir des aspects de la pratique se dégageant de l'analyse des entretiens individuels.

3.4.4 Analyse de contenu

Pour mieux saisir ce qui guide le jugement professionnel de l'intervenant social dans le processus de détermination de l'inaptitude, nous avons choisi au départ d'utiliser la méthode de l'analyse qualitative à l'aide des catégories « conceptualisantes » présentée par Paillé et Mucchielli (2003). En effet, l'emploi de cette méthode rendait possible l'utilisation de catégories déjà constituées. Dans cette perspective, l'utilisation d'une grille de lecture flexible, portant sur les catégories de critères dégagées à partir de la recension des écrits, avait été prévue. Toutefois, il était souhaité que l'analyse demeure essentiellement inductive, afin qu'elle ne soit pas réduite à la recherche de catégories pré-établies. Malgré cette ouverture vis-à-vis l'émergence de nouvelles catégories,

l'idée d'effectuer l'analyse à partir d'une grille de lecture a finalement été écartée, car cette méthode semblait réduire l'analyse, sans compter qu'il s'est avéré difficile de départager nettement les critères provenant des dimensions personnelle, pragmatique et clinique méthodique. Ainsi, nous nous sommes concentrés sur les données relatives aux critères pouvant guider l'intervenant social dans sa démarche d'évaluation, sans conserver l'application de la grille de lecture, ceci pour éviter de nous enfermer dans un modèle préconstruit. C'est pourquoi la grille de lecture flexible prévue au départ pour orienter l'analyse s'est réduite à la synthèse du contenu abordé dans le cadre conceptuel. Selon une approche inductive d'analyse, nous avons donc observé les données du terrain, pour ensuite leur donner un sens et les mettre en dialogue avec les lectures réalisées. Il faut mentionner que certaines étapes d'analyse ont débuté avant que la collecte de données ne soit complètement terminée, ce qui a rendu possible, bien que de manière inconstante, une comparaison entre la réalité décrite par les professionnels et l'analyse en émergence.

Une fois cette précision apportée quant au changement effectué sur le plan de la méthodologie, nous pouvons maintenant aborder chacune des phases réalisées lors de notre analyse, soit la codification, la catégorisation, la mise en relation, l'intégration des composantes et la modélisation. Avant de débiter, il faut savoir que ces étapes sont divisées et présentées en ordre chronologique pour faciliter la compréhension du lecteur, alors que dans la réalité elles se chevauchent durant l'analyse.

- Codification (étapes 1)

À cette étape, nous avons découpé le texte et désigné par un ou plusieurs mots chacune des phrases ou sections du récit. Nous avons lu à plusieurs reprises chaque verbatim pour nous imprégner de son contenu et faire émerger les premiers concepts ou les thèmes initiaux. Afin de rester le plus près possible des données, certains mots ont été choisis directement dans la narration.

Lors de cette étape de codification, nous avons d'abord tenté d'appliquer la grille de lecture. À ce moment, bien qu'il ait été envisagé de ne pas observer la dimension personnelle, en raison de la difficulté à départager nettement ce qui relève de l'individu et des autres systèmes, nous avons

tout de même essayé de dégager les critères associés aux dimensions personnelle, pragmatique et clinique méthodique, ceci afin de ne pas trop réduire le champ d'observation. Malgré cela, tel que déjà mentionné, cet exercice s'est rapidement révélé trop réducteur et c'est pourquoi nous avons fait le choix de ne plus utiliser la grille de lecture pour l'analyse et de diriger entièrement notre attention sur les thèmes ou concepts émergeant des discours. Il est à noter que dans le but de faciliter cette étape d'analyse, la codification a été réalisée à l'aide du logiciel N'Vivo.

Au sujet du codage de l'entretien, il semble important de s'éloigner un instant des étapes d'analyse pour exposer les niveaux de description contenus dans le récit qui nous ont permis de dégager les critères qui guident le jugement professionnel de l'intervenant social, ceci afin de répondre plus spécifiquement aux objectifs 1 et 2. D'abord, il faut mentionner que pour Roland Barthe (1966), tout récit peut être analysé en fonction de trois niveaux de description, celui des fonctions, des actions et de la narration (dans Demazière et Dubar, 1997). Le niveau des fonctions concerne les séquences, ce qui signifie les épisodes du récit. Celui des actions touche les éléments du discours qui introduisent les actants, c'est-à-dire les personnes jouant un rôle dans le récit. Puis, le niveau de narration peut être identifié par l'emploi d'arguments visant à défendre sa position vis-à-vis un interlocuteur, ce qui rappelle le caractère dialogique du récit. À partir de ces trois niveaux de description, Demazière et Dubar (1997) suggèrent d'effectuer trois analyses successives, en associant chaque unité de discours à un des trois niveaux de récit. Il faut indiquer que ces derniers considèrent comme étant des séquences les unités de discours qui s'intègrent dans un récit chronologique d'épisodes et qui décrivent des situations ou des actions rencontrées par l'interviewé et présentées de manière à informer sur des faits. Puis, ces auteurs voient comme des indices d'actants les unités qui font intervenir un personnage, incluant l'interviewé, et qui dévoilent les relations qui entrent en jeu. Ensuite, ils conçoivent comme des propositions argumentaires les unités qui renferment un jugement ou une appréciation sur un épisode, un actant ou tout autre objet.

Dans le cadre du présent mémoire, nous avons tenu compte des unités de discours pouvant être associées aux séquences et aux arguments. En effet, comme elles décrivent les actions successives réalisées par l'intervenant social lors de sa démarche d'évaluation, les unités de discours rattachées aux séquences ont permis de dégager des critères émergeant de la pratique

concrète de ce professionnel. Ensuite, les arguments ont pu nous informer de manière plus explicite sur la valeur accordée par l'intervenant social aux critères qu'il emploie au cours de sa démarche d'évaluation. Il importe de préciser que nous n'avons cependant pas codifié les unités de discours en fonction de ces deux niveaux de description, puisque ceux-ci nous ont simplement permis d'accéder aux critères qui guident l'intervenant social dans le processus de détermination de l'inaptitude.

- Catégorisation (étape 2)

Dans la présente recherche, chaque phrase ou section de paragraphe a été associée à un critère qui a lui-même été rattaché à une catégorie spécifique. Lors de cette étape d'analyse, des critères et des catégories ont subi des modifications. Par exemple, au départ, l'accumulation de preuves a été considérée comme un critère, car des intervenants disaient qu'elle était un élément déterminant dans leur évaluation. Comme cet élément ne se situait pas au même niveau que les autres critères, il a alors été examiné comme un critère transversal. Ensuite, nous avons décidé d'observer l'accumulation de preuves différemment, c'est-à-dire comme une catégorie qui renferme diverses sources d'informations, ces dernières étant alors perçues comme des critères. Finalement, il est apparu évident que l'addition de preuves faisait partie d'un processus et c'est pourquoi nous avons décidé d'élargir un de nos objectifs de recherche, ceci afin de comprendre au-delà des critères ce qui amène l'intervenant social à enclencher les procédures pour la détermination de l'inaptitude.

- Mise en relation, intégration des composantes et modélisation (étapes 3, 4 et 5)

L'étape de la mise en relation a permis d'obtenir des éléments de réponse quant aux catégories de critères qui guident l'intervenant social dans son évaluation, ainsi qu'en ce qui concerne le rôle de ce dernier dans le processus de détermination de l'inaptitude. Une liste des différentes catégories et des critères qu'elles regroupent a été rédigée afin d'obtenir une meilleure vue d'ensemble et d'identifier plus facilement les liens entre les diverses composantes. Chacune des catégories a été définie, ainsi que chaque critère qu'elle renferme.

À l'étape de l'intégration des composantes, un schéma a été réalisé pour représenter la catégorie centrale et les liens entre toutes les catégories de critères. Cette étape a apporté une meilleure compréhension des catégories et des critères.

Finalement à l'étape de la modélisation, un modèle a été construit de manière assez libre dans le but de rendre plus explicite le processus pouvant guider le jugement professionnel de l'intervenant social dans la détermination de l'inaptitude.

3.4.5 Considérations éthiques

Au début de chaque entretien, l'interviewer invitait le professionnel à faire la lecture complète du formulaire de consentement. Tous les praticiens rencontrés ont été informés qu'ils demeuraient libres de se retirer de la recherche à n'importe quel moment. Comme certains intervenants ont exprimé, lors du contact téléphonique, une préoccupation quant à la confidentialité des données, un rappel a toujours été effectué sur les mesures prises pour assurer leur anonymat en tant que participant à l'étude, ainsi que pour garantir la confidentialité des renseignements transmis sur un ou plusieurs clients. Finalement, avant de commencer l'enregistrement de la rencontre, un temps était réservé pour répondre aux dernières questions des professionnels sur la recherche.

La recherche ne comportait aucun risque sur le plan de la santé physique des participants. Cependant, il est possible que certaines questions aient suscité des malaises ou des remises en question chez certains. Par exemple, un professionnel ne pouvant répondre à une question durant l'entretien pouvait vivre un sentiment d'incompétence, même si l'interviewer mentionnait que le but de l'étude était de mieux comprendre la pratique générale rattachée à chacun des champs disciplinaires et non de juger spécifiquement les actions réalisées par chaque intervenant. Comme plusieurs questions pouvaient amener les professionnels à réfléchir sur leur pratique, certains d'entre eux ont été confrontés à des difficultés ou faiblesses liées à leur évaluation, au processus de détermination de l'inaptitude ou au fonctionnement de leur institution. Par conséquent, quelques intervenants ont été habités par des sentiments tels que l'impuissance et la colère lorsque certains sujets ont été abordés. Toutefois, il faut savoir que cet inconfort ne pouvait être que de courte durée, puisque la pratique quotidienne entraîne souvent des situations qui confrontent les professionnels sur les mêmes problèmes. Ainsi, les intervenants ont

probablement, pour la plupart, déjà développé des moyens pour gérer ce type de malaise. Dans le cas contraire, il était prévu que l'interviewer réfère l'intervenant à des services professionnels appropriés. Bien sûr, l'interviewer demeurait sensible à l'inconfort manifesté par un professionnel et ne cherchait pas à tout prix à obtenir une information qui pouvait engendrer un désagrément supplémentaire.

Les données ont été conservées dans un endroit sécuritaire et ne seront détruites que cinq ans après la fin de la plus vaste étude. Tous les chercheurs de l'équipe de recherche à l'étude ont pu accéder aux données. Les informations recueillies ont été utilisées pour des publications scientifiques, des communications professionnelles et des projets d'étudiants apportant une contribution à l'étude et étant acceptés par l'équipe de recherche.

Finalement, il faut mentionner que le présent mémoire rencontre toutes les exigences éthiques formulées par le comité d'éthique de la recherche de la faculté des lettres et sciences humaines, ainsi que par celles de trois sites partenaires. Sur ce dernier point, rappelons que le présent mémoire s'intègre dans une étude pilotée par un groupe de chercheurs de l'Université de Sherbrooke et que l'acceptation de cette étude par le comité d'éthique de chaque site implique un accord éthique le concernant.

3.5 Conclusion

Dans cette section, nous avons d'abord vu que ce mémoire vise à répondre à la question suivante : quels sont les critères qui guident le jugement professionnel de l'intervenant social dans le processus de détermination de l'inaptitude de la personne âgée? Ensuite, l'objectif général et les objectifs spécifiques de l'étude ont été présentés. Puis, la méthodologie utilisée a été exposée, ce qui nous permet maintenant de présenter les résultats de la recherche, ainsi que l'analyse en lien avec ceux-ci.

4 RÉSULTATS ET ANALYSE

4.1 Introduction

Maintenant que les objectifs de la recherche et la méthodologie ont été présentés, nous pouvons enfin dévoiler les résultats de la recherche, ainsi que leur analyse. Pour cela, nous exposerons d'abord une liste des catégories et des critères considérés par l'intervenant social dans son évaluation. Ensuite, chaque catégorie de critères sera présentée plus en détails, de même que chacun des critères qu'elle renferme. Puis, la présentation d'un schéma synthèse permettra de mieux saisir l'articulation des catégories de critères dans la démarche d'évaluation de l'intervenant social.

Subséquentement, un bref aperçu du processus de collecte de données, d'analyse et de décision réalisé par l'intervenant social sera donné. Chacune de ses composantes sera ensuite présentée avec plus de précisions, ce qui permettra de mieux comprendre ce qui, au-delà des critères, amène ce professionnel à enclencher les procédures pour la détermination de l'inaptitude. Puis, un modèle et des explications rattachés à ce dernier permettront de voir l'ensemble des éléments pouvant guider l'intervenant social dans son jugement professionnel. Après, des liens entre les résultats de la présente recherche et le contenu du cadre conceptuel seront réalisés. Par la suite, à partir de l'ensemble des résultats obtenus, nous traiterons du rôle de l'intervenant social dans le processus de détermination de l'inaptitude, puisque le jugement professionnel s'exerce à l'intérieur d'un rôle. À la fin de cette partie, les retombées escomptées pour la pratique en service social et les limites de l'étude seront exposées.

4.2 Catégories et critères

Avant de présenter les résultats d'une manière plus exhaustive, une liste des catégories et des critères sera exposée, permettant une vision de l'ensemble des éléments considérés par l'intervenant social dans sa démarche d'évaluation. Les résultats vont ensuite être présentés par catégorie de critères. Pour cela, le sens de chaque catégorie sera établi. Aussi, chacun des critères contenus dans une catégorie sera défini à partir de l'analyse du sens qui lui est attribué dans le discours des professionnels. Par la suite, un extrait-type sera présenté pour illustrer le critère et une première analyse sera exposée. Nous avons choisi de présenter plus en détails seulement les

critères les plus récurrents ou percutants dans le discours des intervenants, en raison du très grand nombre de modalités que peuvent prendre des critères plus généraux. Certains critères sont semblables ou identiques aux items contenus dans les dimensions des activités de la vie quotidienne et domestique du Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF)¹⁹, particulièrement ceux considérés dans l'évaluation de l'inaptitude d'un individu à gérer sa personne. Toutefois, comme nous voulions rester près des discours des intervenants sociaux, d'autres appellations ont été choisies pour ces critères. Ainsi, chacun d'entre eux a été défini non pas selon la signification retrouvée dans le SMAF, mais bien à partir de celle qui émergeait des discours. Finalement, après avoir traité de tous les critères d'une catégorie, une synthèse sera présentée afin d'obtenir un aperçu d'ensemble de la catégorie. Toutefois, comme notre intention était d'aller au-delà de la synthèse, celle-ci ne se limitera pas à un résumé des principaux éléments d'analyse relatifs à chaque critère. C'est pourquoi, de nouvelles données seront parfois apportées dans la synthèse afin d'atteindre une analyse plus complète de chaque catégorie.

¹⁹ Le lecteur peut consulter le SMAF à l'intérieur de l'OEMC, ce dernier étant disponible sur le site Internet suivant <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/7ae1cde4e2e89e9185256dac0056a8ac?OpenDocument>.

4.2.1 Liste des catégories et critères

1-Catégorie : critères généraux

- Premières impressions
- Âge

2-Catégorie : critères pour déterminer le besoin de protection

- Nécessité de produire un acte civil
- Importance du patrimoine
- Conflit familial
- Limites du réseau dans la compensation des déficits/augmentation du besoin d'assistance
- Isolement
- Absence d'un proche à domicile
- Refus de recevoir de l'aide ou manque de collaboration de la personne âgée
- Absence de documents légaux

3-Catégorie : critères pour déterminer l'inaptitude dans la gestion de ses biens

- Frais courants non acquittés
- Méconnaissance de sa situation financière
- Don et prêt

4-Catégorie : critères pour déterminer l'inaptitude dans la gestion de sa personne

- Difficultés dans l'approvisionnement alimentaire quotidien et la préparation des repas
- Entretien négligé de sa personne
- Entretien négligé de sa demeure
- Prise inadéquate des médicaments

5-Catégorie : critères considérés dans l'évaluation des fonctions mentales

- Désorientation par rapport au temps, à l'espace, aux personnes
- Incompréhension
- Manque de jugement
- Mémoire déficiente
- Trouble du comportement
- Variation de l'état mental
- Difficultés de communication

6-Catégorie : critères de validité

- Changement dans le temps
- Constance dans le temps
- Stabilité de la situation

4.2.2 Catégorie : critères généraux

- Définition

Dans le présent document, les premières impressions de l'intervenant social et l'âge du majeur sont considérés comme des critères généraux, puisqu'ils ne sont pas spécifiques à un objet précis d'évaluation tels que le besoin de protection, les fonctions mentales, la gestion de sa personne et de ses biens.

- Critère : premières impressions

- Définition

Par premières impressions, nous entendons le premier jugement professionnel de l'intervenant social portant sur l'aptitude et sur le besoin de protection, jugement quasi intuitif qui se forme rapidement lors du premier contact avec la personne à évaluer.

- Extrait

Concrètement, ces premières impressions sur l'aptitude de la personne peuvent se présenter comme suit :

Les atteintes cognitives de madame n'étaient pas évidentes en entrevue : elle se présentait bien, son discours se tenait... (6).

- Analyse

Malgré le fait que l'inaptitude n'est pas toujours apparente à première vue, il semble qu'une apparence soignée, une facilité à communiquer et une vitalité chez la personne âgée soient, à prime abord, des indices associés à l'aptitude. Bien entendu, les impressions de départ constituent un critère qui sera conservé dans les étapes ultérieures de la démarche d'évaluation seulement si, par la suite, d'autres données viennent confirmer sa validité.

- Critère : âge

- Définition

L'âge correspond au temps écoulé depuis la naissance de la personne.

- Extrait

Je trouve que si les personnes démontrent vraiment assez de jugement, une bonne capacité pour expliquer quelles sont les conséquences de leurs actions, de leurs décisions, pour moi, l'âge, c'est un facteur, mais ce n'est pas un facteur si important (40).

- Analyse

À propos de l'âge de la personne évaluée, la majorité des intervenants sociaux interviewés pensent qu'il ne doit pas être un critère déterminant dans l'évaluation de l'inaptitude. Par exemple, selon un intervenant interviewé, l'âge de la personne doit être considéré dans la démarche d'évaluation, puisqu'il est une composante de sa réalité mais, malgré l'effet qu'il peut avoir sur une première impression de la situation, il ne doit pas être un critère sur lequel l'intervenant fonde son jugement. En fait, plusieurs croient que ce qui doit être considéré avant tout dans l'évaluation de l'inaptitude, ce n'est pas l'âge, mais plutôt les capacités de la personne. En effet, des intervenants mentionnent l'importance de se concentrer sur les capacités de l'individu dans la gestion de ses biens et de sa personne, alors que d'autres précisent plus spécifiquement la nécessité d'évaluer la capacité de jugement de la personne.

Même si l'âge participe à créer les premières impressions, la plupart des intervenants affirment qu'il n'est pas synonyme d'inaptitude, de besoin de protection ou de perte d'autonomie. Pour appuyer ce point de vue, plusieurs expliquent qu'il est possible d'être apte à un âge avancé et inapte étant jeune. Certains abordent les causes de l'inaptitude chez une clientèle plus jeune pour appuyer cette explication, alors que d'autres en parlent pour souligner les différences observées selon l'âge. Par exemple, pour un des intervenants interviewés, l'âge a une influence dans l'évaluation de l'inaptitude, car il observe que l'inaptitude chez les personnes âgées est généralement liée à des troubles cognitifs, alors que chez les plus jeunes, elle découle plutôt d'autres causes telles qu'un accident vasculaire cérébral, une déficience intellectuelle ou un problème de santé mentale.

Aussi, des intervenants remarquent que, dans le cadre du processus de détermination de l'inaptitude, les évaluations sont plus fréquemment réalisées auprès de personnes plus âgées, ce qui leur laisse penser que l'âge exerce tout de même une certaine influence. D'ailleurs, un des intervenants rencontrés souligne que même si une personne âgée n'est pas automatiquement inapte, il est reconnu que plus une personne avance en âge et plus elle est à risque d'avoir des déficits cognitifs pouvant éventuellement entraîner une inaptitude. C'est pourquoi il considère que les personnes d'un âge avancé sont « plus vulnérables », l'âge étant un facteur de risque.

Il est important de rappeler qu'une des questions du guide d'entretien porte directement sur l'influence de l'âge sur la pratique professionnelle qui entoure le processus de détermination de l'inaptitude. Comme cette question peut avoir amené certains professionnels à être prudents dans leur réponse, ceci pour éviter que leurs propos soient associés à de l'âgisme, une vigilance s'impose dans l'analyse des données.

- Synthèse

Le degré d'influence des premières impressions et de l'âge dans le processus de détermination de l'inaptitude demeure difficile à cerner avec précision. Toutefois, suite à l'analyse des résultats, il est possible de penser que, tel que nous l'avons vu dans le cadre conceptuel du présent projet de recherche, les premières impressions constituent un point de référence qui influence l'interprétation des données (Gordon, 1991). À notre avis, cette influence perdure uniquement si d'autres données viennent corroborer ces impressions de départ. Quant à l'âge, il semble être considéré par l'intervenant social bien plus comme une composante de la réalité de la personne, pouvant donner des indications sur les causes possibles de l'inaptitude, que comme un critère déterminant dans l'évaluation. Cependant, bien que l'âge ne soit pas synonyme d'inaptitude ou de besoin de protection, il s'avère qu'un âge avancé puisse donner une impression de plus grande vulnérabilité chez la personne.

4.2.3 Catégorie : critères spécifiques à la détermination du besoin de protection

- Définition

Cette catégorie renferme les critères pris en considération par l'intervenant social dans l'évaluation du besoin de protection de la personne dans la gestion de sa personne ou de ses biens ou de ces deux volets à la fois.

- Critère : nécessité de produire un acte civil

- Définition

La nécessité de produire un acte civil renvoie à l'obligation, mais également à la capacité, de rédiger ou signer un contrat d'une importance majeure, c'est-à-dire pouvant avoir des conséquences notables sur le patrimoine ou l'individu lui-même (ex : un acte de vente).

- Extrait

Au sujet des motifs sous-tendant une demande d'évaluation de l'inaptitude, un intervenant mentionne que :

D'autres fois, cela peut arriver parce que les personnes ont des actes civils à produire. Ils doivent signer un contrat ou une vente [...] (9).

- Analyse

Dans certains cas, devant des signes précurseurs d'inaptitude, la nécessité de produire un acte civil peut provoquer l'enclenchement des procédures de détermination de l'inaptitude. Pour l'intervenant social, cette nécessité n'agit pas au sens strict d'un critère clinique mais bien d'un déclencheur d'une analyse plus poussée de la situation quant à l'aptitude de la personne et, surtout, à son besoin d'être assistée ou représentée dans la gestion de ses biens. En effet, derrière ce déclencheur se cache une anticipation de risques potentiels d'exploitation par autrui et de mauvaise gestion des biens. Au plan légal, il s'agit également de se prémunir contre d'éventuels problèmes de validité de l'acte juridique en évaluant l'aptitude de la personne à exprimer une volonté libre et éclairée concernant la gestion de ses biens. Cependant, bien que ce critère soit déclencheur d'une investigation plus approfondie, il n'est pas en lui-même un motif suffisant de détermination d'inaptitude et c'est pourquoi d'autres raisons doivent sous-tendre la démarche de l'intervenant social.

- Critère : importance du patrimoine

- Définition

Nous concevons l'importance du patrimoine comme étant l'ampleur des avoirs de la personne âgée, c'est-à-dire ses principales sources de revenus, ses placements et ses biens matériels.

- Extrait

S'ils ont juste leur sécurité de vieillesse et qu'ils n'ont rien d'autre, personne ne peut les abuser, en tous les cas, financièrement. Puis si cela passe directement par la banque pour leur logement... C'est sûr que quand il y a beaucoup d'argent et qu'il y a beaucoup de monde autour et qu'on voit que la personne est vraiment inapte, qu'elle peut commencer à faire des chèques à tout le monde, c'est plus délicat. Alors, cela va être important pour ne pas que cette personne-là, des fois, soit abusée (9).

- Analyse

Le constat d'un avoir important chez la personne amène l'intervenant social à se questionner davantage sur l'aptitude de celle-ci à gérer ses biens, ainsi que sur son besoin de protection, ceci en raison des risques d'exploitation par autrui ou de mauvaise gestion de son patrimoine (ex : dilapidation, endettement).

Dès qu'un important patrimoine peut être en jeu, l'intervenant évalue plus en profondeur l'adéquation de l'entourage afin de s'assurer que les proches ne soient pas motivés par d'éventuels gains financiers ou matériels. Comme une diminution importante du patrimoine peut avoir pour effet de compromettre le maintien à domicile, il semble d'autant plus important d'évaluer le besoin de la personne d'être assistée ou représentée dans la gestion de ses biens – selon la complexité de celle-ci - et de s'assurer que l'intérêt de cette dernière soit privilégié avant tout.

Bien entendu, le simple fait de posséder des biens en quantité considérable n'est pas suffisant pour conclure au besoin de protection. Dans cette optique, même si un important patrimoine peut être associé à un risque plus élevé d'exploitation par autrui ou de mauvaise gestion des biens, l'entrée en jeu de critères comme la constance d'un comportement économe chez la personne âgée et la présence de proches dont l'adéquation est manifeste peut venir contrebalancer la situation. En revanche, mis en

relation avec des preuves portant sur la présence d'atteintes cognitives sévères et d'actes de gestion à risque chez la personne, un important patrimoine peut devenir un critère déterminant dans l'évaluation du besoin de protection, malgré une adéquation manifeste de l'entourage. Ici, l'intervenant social doit demeurer prudent, car la question de l'âgisme peut brouiller l'analyse. Par exemple, une personne âgée ayant un important patrimoine peut faire l'objet d'une attention particulière si elle dépense son argent de façon jugée déraisonnable, alors qu'il se peut que ce soit l'expression d'un choix libre et éclairé. C'est pourquoi, une fois de plus, il est important de considérer un ensemble de critères.

- Critère : conflit familial

- Définition

Est considéré comme un conflit familial tout désaccord non résolu entre des membres de la famille affectant les relations au sein du groupe familial, mais le plus souvent se présentant sous forme de mésententes liées à la gestion des biens et au choix du mandataire ou d'un éventuel représentant légal.

- Extrait

Je me disais que cette dame n'est pas capable de se protéger. Elle a des atteintes cognitives, un patrimoine à protéger, des enfants qui lui empruntent de l'argent. Il y a des tensions au sein de la famille pour qu'un des enfants soit nommé représentant légal. Il y a des désaccords. Pour moi, cela a été déterminant (6).

- Analyse

Que ce soit dans sa pratique courante ou dans le cadre du processus de détermination de l'inaptitude, l'intervenant social cherche habituellement à bien cerner la dynamique familiale. Pour cela, il tente d'obtenir des informations sur les interactions qui existent entre les membres de la famille, la satisfaction de chacun face aux liens établis, leur réaction par rapport à la situation de la personne, leur degré d'implication et de collaboration, tout en demeurant vigilant vis-à-vis tout indice d'exploitation financière, de violence ou de négligence. Sur ce dernier point, mentionnons que le processus de détermination de l'inaptitude semble, en certaines circonstances, utilisé à des fins spécifiques de protection sociale (ex : maltraitance physique). Si la protection s'effectue

par d'autres moyens, l'enclenchement du processus ne sera pas envisagé. Les intervenants sociaux ont alors un usage clinique plutôt que juridique du critère.

Généralement, un désaccord parmi les membres de la famille sur un objet lié, de près ou de loin, à l'inaptitude de la personne âgée pousse l'intervenant social à faire une évaluation plus approfondie de la dynamique familiale pour s'assurer des intentions réelles de chacun et de la validité des informations amassées. En fait, aux yeux de l'intervenant, la mésentente familiale rend plus incertaine l'intention partagée par tous d'agir prioritairement dans l'intérêt de leur proche. Ainsi, la présence d'un conflit dans la famille est considérée comme la perte du facteur de protection que constitue la cellule familiale dont l'action est cohérente et bienfaisante autour de la personne âgée. Plus spécifiquement, il s'agit d'un indice de risque d'exploitation par autrui ou d'éventuels problèmes dans la compensation des déficits ce qui, associé à d'autres critères, peut amener l'intervenant à conclure au besoin de protection.

- Critère : limites du réseau dans la compensation des déficits et augmentation du besoin d'assistance

- Définition

Par l'expression « les limites du réseau dans la compensation des déficits », nous entendons l'incapacité de l'entourage et des services autant publics que privés qui les empêche de pallier, par une assistance suffisamment fréquente et de qualité, aux déficits de la personne. En ce qui concerne l'augmentation du besoin d'assistance, nous référons à la hausse de l'aide ou des soins requis pour répondre aux besoins de la personne suite à un changement notable dans sa condition, subit ou progressif, affectant ses capacités.

- Extraits

Voici un extrait qui illustre les limites du réseau public dans la compensation des déficits:

Si la personne a une meilleure situation financière, je suggère à la famille de payer une aide privée pour garder la personne à domicile. Si c'est quelqu'un qui n'a pas beaucoup d'argent, c'est plus difficile, parce que le CLSC malheureusement n'est pas capable de donner tous les services (39).

Voici un extrait qui illustre l'augmentation du besoin d'assistance :

Même avec les services du CLSC et l'implication du neveu, ce n'est pas assez maintenant. On aurait besoin d'une assistance de presque vingt-quatre heures juste pour assurer la sécurité et la stimulation. C'est comme si on avait besoin d'amener le monde extérieur chez eux et on ne peut plus le faire (40).

o Analyse

Cela va de soi, les membres de l'entourage ont des aptitudes et des limites qui peuvent affecter leur degré d'implication dans la compensation des déficits et les conduire vers un type de soutien en particulier. Par exemple, il peut arriver qu'un enfant ne se sente pas suffisamment à l'aise pour apporter l'aide à l'hygiène requise ou pour intervenir adéquatement face à l'attitude récalcitrante de son parent mais que, en contrepartie, il effectue avec habileté toutes les transactions financières autorisées. D'autres fois, des membres de l'entourage sont très impliqués et ils parviennent à compenser l'ensemble des déficits. Toutefois, ces derniers peuvent ressentir de l'épuisement, surtout lorsque la durée de la prise en charge est longue et que les déficits augmentent.

Face à une telle situation, même si une demande d'aide à domicile est acheminée au réseau public, il se peut que les proches soient amenés à envisager l'emploi de ressources privées en raison de certaines réalités affectant les services dans le domaine public telles que l'insuffisance de services à domicile et la rotation du personnel. Ensuite, il faut mentionner que même si leur situation pécuniaire le leur permet, le recours au secteur privé est une solution qui comporte aussi certaines limites, notamment parce que la coordination de ces services peut être difficile à réaliser.

En raison des diverses limites rencontrées, il arrive que les possibilités qui se présentent dans l'ensemble du réseau soient insuffisantes pour répondre au besoin d'assistance de la personne, surtout si celui-ci est élevé. Aussi, lorsque tous les services disponibles sont déjà mis en place et qu'ils permettent seulement d'assurer une sécurité minimale à la personne, une détérioration supérieure de son état ne peut qu'amener l'intervenant à envisager d'autres solutions, comme la mise en place d'une mesure de protection. Ainsi, l'augmentation du besoin d'assistance est un critère qui prend tout son sens lorsqu'il est associé avec les limites du réseau dans la compensation des déficits. C'est pourquoi

toute personne ayant des atteintes cognitives qui nécessitent une assistance élevée n'est pas, dans les faits, automatiquement déclarée inapte. Par exemple, il y a des personnes souffrant d'un stade avancé de la maladie d'Alzheimer, vivant en Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée (CHSLD), qui ne font pas l'objet d'une telle évaluation, parce que leurs déficits sont compensés par le personnel et la structure de l'établissement²⁰. Ainsi, d'autres critères doivent être mobilisés dans la construction de la preuve puisque, même s'il est un critère a priori lourd, l'augmentation du besoin d'assistance ne peut pas faire preuve à lui seul.

- Critère : isolement

- Définition

Nous accordons à l'isolement la signification suivante : l'état d'un individu isolé partiellement ou totalement, c'est-à-dire ayant peu ou pas de personnes dans sa famille et dans son cercle social pouvant lui apporter une assistance concrète dans la gestion de ses biens et de sa personne.

- Extrait

Ce que l'on regardait dans ce dossier-là c'est un peu... Bien, il y avait l'isolement. Il y a quand même un certain isolement, c'est tout le réseau dans le fond qui l'a pris en charge ce monsieur-là. Ses enfants sont loin. Ils maintiennent un lien affectif beaucoup plus qu'autre chose avec leur père. Sauf, l'aînée qui, quand même, gérait à distance certaines affaires (27).

- Analyse

Parfois, les limites propres aux membres de l'entourage, l'attitude récalcitrante de la personne âgée, ainsi que certaines contraintes extérieures (ex : horaire de travail chargé, distance à parcourir) peuvent amener les proches à se désengager et conduire la personne vers l'isolement. D'autres fois, il peut arriver que la personne n'ait tout simplement plus aucune famille, en plus d'avoir un réseau social très réduit ou inexistant. Il est à noter que même si l'isolement implique souvent l'absence d'un

²⁰ Cette position est débattue et peut faire l'objet d'un débat interdisciplinaire. Certains juristes estiment que l'institution peut aussi être un facteur de maltraitance, et que, ce faisant, toute personne de facto inapte devrait faire l'objet d'une protection légale. Mais limitons nous ici à constater que, dans les faits, la pratique s'est développée différemment.

proche à domicile, nous avons décidé de traiter ces critères séparément puisque, à l'inverse, il est possible de vivre seul sans être pour autant isolé.

En plus des conséquences qu'il peut engendrer sur l'état de santé ou le bien-être d'un individu, l'isolement est un aspect important à considérer car, si la personne est totalement ou partiellement isolée, cela implique que la compensation des déficits par l'entourage est inexistante ou faible, ce qui constitue un facteur de risque. Effectivement, l'isolement de la personne augmente la portion des déficits que doivent compenser les autres acteurs du réseau, ce qui, tel que déjà mentionné, ne permet pas toujours d'assurer la protection souhaitée. C'est pourquoi une personne isolée peut, dans certains cas, être considérée comme étant plus à risque, surtout si l'assistance qu'elle requiert est élevée. Comme pour le critère précédent, l'isolement pèse beaucoup dans l'évaluation du besoin de protection et dans la décision d'enclencher le processus de détermination de l'inaptitude, mais il n'est pas suffisant en lui-même.

En plus de ce qui a été mentionné précédemment, l'isolement peut poser un problème fonctionnel pour l'intervenant social notamment en raison de l'absence d'une demande d'aide ou d'évaluation réalisée par les proches, de la plus grande difficulté à recueillir des données et à coordonner les services. Ainsi, en raison de l'isolement, il y a des situations, surtout pour les clientèles les plus marginalisées, qui nécessitent une forme de signalement de la part d'un professionnel du réseau de la santé et des services sociaux ou d'un individu dans l'entourage lointain de la personne.

- Critère : absence d'un proche à domicile

- Définition

Plus spécifique que l'isolement social, l'absence d'un proche à domicile implique que la personne âgée habite seule et que, si elle demeure dans un immeuble à appartements, il n'y a aucune personne signifiante pour elle demeurant dans le même bâtiment. Si un proche habite à mi-temps avec la personne âgée, celle-ci n'est plus considérée comme demeurant seule.

- Extrait

Quand il y a un aidant à la maison, c'est très facilitant, parce que c'est lui qui va faire cela. Par exemple, il va s'assurer que les services seront distribués à tous les jours, qu'il n'y pas quelqu'un qui a eu un accident et qui ne viendra pas pour les soins de sonde (27)

- Analyse

L'extrait ci-dessus porte sur la présence d'un proche à domicile, puisque même si plusieurs intervenants ont précisé lors de l'entretien que la personne demeurait seule à domicile, aucun d'entre eux n'ont exprimé explicitement de quelle manière cette donnée était prise en compte dans l'évaluation de l'inaptitude. Ainsi, c'est à travers l'importance accordée à la présence d'un proche à domicile qu'il est possible de voir la véritable place que peut occuper son absence.

Non seulement la présence d'un proche vivant à domicile ou dans le même bâtiment permet plus facilement de fournir une aide directe à la personne, mais elle peut en plus assurer une surveillance régulière des activités entreprises par la personne âgée et de la distribution des services. Par conséquent, la présence d'un proche adéquat et qui agit dans son intérêt à domicile est considérée comme pouvant diminuer certains risques pour la personne, ce qui peut parfois être suffisant pour la maintenir à domicile et éviter ou retarder la mise en place d'une mesure de protection légale. Bien entendu, le fait de vivre seul n'est pas en soi un critère déterminant, mais plutôt un critère circonstanciel dans l'évaluation du besoin de protection.

- Critère : refus de recevoir de l'aide ou manque de collaboration de la personne âgée

- Définition

Le refus réfère au fait que, pour divers motifs, la personne âgée n'accepte pas, en partie ou en totalité, les solutions présentées pour lui venir en aide. De son côté, le manque de collaboration renvoie plutôt au fait que l'agir de la personne âgée n'aille pas dans le sens de l'intervention planifiée par l'intervenant, même si celle-ci résulte d'un accord verbal.

- Extraits

Voici un extrait qui illustre le refus de recevoir de l'aide:

Il habite dans une grande maison, mais elle est dans des conditions d'insalubrité incroyable. J'ai essayé d'avoir des services pour faire le nettoyage. Ce monsieur a refusé tous les services (38).

Voici un extrait qui illustre le manque de collaboration:

Elle va dans les salles d'urgence pour de l'aide, elle ne laisse pas vraiment le CLSC l'aider à domicile. Ce n'est pas qu'elle refuse. Elle accepte l'idée, mais pour la mettre en place, ce n'est pas réel parce qu'elle est toujours ivre (37).

o Analyse

Le manque de collaboration aux interventions peut se manifester de différentes manières, notamment par des absences à des rendez-vous et par le non respect de consignes de sécurité. Pour ce qui est du refus, la personne âgée peut l'exprimer vis-à-vis des options proposées telles qu'un changement de milieu de vie, des traitements pharmaceutiques, une proposition d'activités au centre de jour, des services d'aide à domicile, une aide des proches pour la gestion des biens. Bien entendu, le manque de collaboration peut découler d'un refus plus ou moins explicitement exprimé. Cependant, le fait que l'agir de la personne n'aille pas dans le sens recherché par l'intervenant ne signifie pas automatiquement que celle-ci ne veuille pas recevoir de l'aide. C'est pour cette raison que nous avons jugé important de distinguer le refus et le manque de collaboration en apportant d'entrée de jeu une définition à chacun de ces concepts, même s'ils sont souvent étroitement liés.

Parfois, l'établissement d'une relation de confiance ou le vécu d'une situation de crise peut créer une plus grande ouverture chez la personne vis-à-vis l'aide proposée ou les interventions mises en place. Cependant, il se peut qu'une résistance persiste. Dans certaines circonstances, en persistant à refuser l'aide et en ne collaborant pas aux interventions, la personne est considérée comme ayant un jugement déficitaire, car elle se place dans une situation plus à risque. Celui-ci semble être estimé plus important si l'état de santé de la personne est précaire ou s'il y a des antécédents de chutes ou de blessures. Ici, une des difficultés pour l'évaluateur réside dans le fait que le refus et le manque de collaboration peuvent être sous-tendus par des motifs tout à fait légitimes tels le désir d'autonomie et le refus de payer pour des services, des traitements ou des

équipements. De plus, des problèmes comme l'alcoolisme et les troubles de comportement peuvent être à l'origine, en partie ou en totalité, du manque d'ouverture ou de collaboration de la personne, sans que celle-ci soit pour autant inapte.

Dans le cas où la personne ne collabore pas du tout ou ne démontre aucune ouverture à accepter de l'aide, les moyens pour garantir sa protection deviennent extrêmement limités, surtout si l'implication de l'entourage est inexistante ou compromise (ex : épuisement). Le changement de milieu de vie est alors parfois une solution envisagée. Toutefois, si la personne refuse cette solution, cela peut entraîner l'enclenchement du processus de détermination de l'inaptitude, même si celui-ci n'inclut pas le consentement à l'hébergement. Aussi, en dernier recours et en cas de danger, il peut arriver que l'intervenant social emploie des outils légaux, comme la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38.001) pour faire progresser la situation, lorsque les stratégies cliniques habituelles sont insuffisantes.

- Critère : absence de documents légaux

- Définition

L'absence de documents légaux décrit le fait qu'il n'y a aucun papier reconnu sur le plan légal qui désigne un proche ou un établissement pour effectuer certains actes d'administration quant aux biens de la personne (ex : procuration générale notariée)²¹.

- Extrait

Un intervenant signale que l'absence de papier légal a été un des éléments l'ayant amené à envisager l'enclenchement du processus de détermination de l'inaptitude:

Je l'avais déjà en tête à cause des traits de méfiance de madame, du fait qu'elle n'avait aucun papier légal et du fait que les enfants s'inquiétaient pour la gestion des finances (6).

²¹ La loi prévoit des moyens pour protéger une personne inapte sans avoir recours à un régime de protection légal, notamment le mandat domestique et l'administration par un tiers. Le mandat domestique ne peut être établi qu'à la suite d'un mariage ou d'une union civile; il permet à une personne dont le conjoint devient inapte d'assumer en son nom les nécessités familiales quotidiennes et inattendues. De son côté, l'administration par un tiers signifie qu'un accord a été conclu avec un organisme gouvernemental (ex : Régie des rentes du Québec) pour que soit désigné un proche ou un établissement de santé pour la gestion des revenus garantis à la personne âgée (Curateur public du Québec, 2002).

- Analyse

Pour documenter la situation légale de la personne âgée, l'intervenant social cherche à savoir s'il y a des documents légaux qui ont déjà été produits afin d'accorder à un proche le droit de l'assister dans la gestion de ses biens. C'est pourquoi l'entourage est souvent amené à donner des informations à ce sujet, en plus d'être parfois appelé à fournir des documents comme preuve (ex : procuration bancaire). Si aucun document n'a été rédigé, le vide juridique dans lequel baignent alors les proches de la personne n'ayant prévu aucune mesure légale au moment de son aptitude à le faire, peut engendrer des difficultés suffisamment grandes dans la gestion des biens pour les amener à vouloir modifier la situation par l'enclenchement des procédures. Ces obstacles et cette volonté de légaliser la situation afin de prévenir des problèmes plus importants peuvent amener l'intervenant à faire une analyse plus approfondie de la situation. Bien entendu, même en présence de difficultés dans l'administration des biens, l'absence de documents légaux n'est pas suffisante pour justifier l'enclenchement du processus.

À l'opposé, dans le cas où il y a un document qui permet de reconnaître le droit d'un autre individu d'effectuer certains actes d'administration et que tout porte à croire que ceux-ci sont effectués dans le meilleur intérêt de la personne âgée, il peut paraître inutile de procéder à la détermination de l'inaptitude. À ce propos, un intervenant indique que : « si on n'a pas le choix, on le fait. Mais quand il n'y a pas de problème et qu'il y a une fille, qu'il n'y a pas d'autre obstacle, qu'il n'y pas d'objection... Elle a une procuration générale notariée... Il n'y a pas lieu de la déclarer inapte » (9). Ainsi, même si cela peut être contesté sur le plan légal, il semble qu'une procuration puisse être considérée suffisante, du moins durant un certain temps, pour répondre aux besoins de la personne. Évidemment, la reconnaissance d'un tel pouvoir appelle à estimer la qualité de la personne désignée pour exécuter les actes d'administration, ceci essentiellement afin d'écartier les risques d'exploitation par autrui. Toutefois, même si elle sollicite une capacité de jugement professionnel fort importante, cette évaluation ne se réalise pas de front.

En ce qui concerne le mandat en cas d'incapacité, précisons que sa présence semble parfois, à l'inverse, accélérer le processus. En effet, comme le besoin de protection n'est pas une condition essentielle pour rendre un mandat exécutoire, dès que l'incapacité du mandant est soupçonnée, le mandataire désigné peut décider, seul ou en collaboration avec des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, d'effectuer les démarches nécessaires pour l'homologation. C'est pourquoi le désir d'être reconnu légalement en tant que mandataire peut encourager l'enclenchement des procédures, même en présence d'un autre document légal comme une procuration. D'autres fois cependant, la présence d'un mandat en cas d'incapacité permet à l'intervenant de disposer, par l'entremise du mandataire désigné, d'une mesure additionnelle pouvant être mise en place seulement en dernier recours.

- Synthèse

Il faut retenir que la nécessité de produire un acte civil et l'importance du patrimoine amènent l'intervenant à s'interroger davantage sur l'incapacité de la personne, mais surtout sur son besoin d'être assistée ou représentée dans l'administration de ses biens, car elle est alors considérée dans une situation plus à risque d'exploitation par autrui ou de mauvaise gestion. Quant à lui, le conflit familial est non seulement associé à des risques plus élevés de maltraitance financière, mais également à une éventuelle négligence. Finalement, les limites du réseau et l'augmentation du besoin d'assistance, l'isolement, l'absence d'un proche à domicile, le refus de recevoir de l'aide et le manque de collaboration de la personne âgée, ainsi que l'absence de documents légaux sont tous des éléments pouvant réduire ou compromettre la compensation des déficits par le réseau. Or, une personne est dans une situation d'handicap si elle ne dispose pas de toutes les ressources suffisantes pour pallier à ses incapacités, ce qui est rarement sans effet sur sa qualité de vie et sa sécurité. C'est pourquoi une compensation insuffisante est souvent associée à une situation à haut risque pour la personne.

Tous ces critères ont pour effet de déclencher une évaluation du besoin de protection, ce qui inclut une estimation des risques encourus et du niveau de compensation des déficits. Il importe de rappeler que cette évaluation demeure dépendante de preuves liées à l'incapacité. C'est

pourquoi, les critères ci-dessus peuvent amener l'intervenant à apprécier non seulement le besoin de protection de la personne, mais également son inaptitude, s'il ne l'a pas déjà constatée.

4.2.4 Catégorie : critères considérés pour déterminer spécifiquement l'inaptitude à gérer ses biens

- Définition

Il est question des critères qui sont considérés dans l'évaluation de l'inaptitude de la personne à administrer ses biens.

- Critère : frais courants non acquittés

- Définition

Les frais courants non acquittés sont des paiements habituellement mensuels (ex : logement, électricité, téléphone, etc.) que la personne n'a pas réglés depuis plusieurs mois.

- Extrait

C'est sûr que sur le plan de la gestion financière, c'était évident pour moi qu'elle était inapte parce que ses comptes étaient alors payés par le fils, parce qu'il s'était aperçu à un moment donné que son compte de Bell et le loyer n'avaient pas été payés depuis quatre mois. Bon, c'est un peu suite à des événements comme ça que le fils avait sollicité notre aide (14).

- Analyse

Différents indices conduisent l'intervenant social à penser que la personne éprouve, en raison d'atteintes cognitives, des difficultés dans la gestion de ses biens. Parmi ceux-ci, la présence de frais courants non acquittés durant un laps de temps suffisamment long pour écarter l'hypothèse de la simple négligence ou d'un banal oubli est souvent mentionnée par les intervenants sociaux interviewés. À leur tour, il semble que les factures impayées peuvent quelques fois être détectées par la présence de lettres encore cachetées, accumulées avec le temps. En fait, un retard considérable dans le paiement des comptes mensuels soulève la possibilité que la personne ne soit plus en mesure d'effectuer une gestion courante de ses finances. Par contre, cela ne signifie pas automatiquement que la personne soit inapte à gérer ses biens, puisque pour prendre tout son sens, ce critère doit être mis en relation avec d'autres. De plus, même si elle

peut entraîner des frais supplémentaires ou des ruptures de service, un retard de paiement ne permet pas de conclure à lui seul à la nécessité de mettre en place une mesure de protection légale, puisque d'autres solutions peuvent être envisagées (ex : prélèvements automatiques).

- Critère : méconnaissance de sa situation financière

- Définition

La méconnaissance de sa situation financière signifie que la personne ne connaît pas ou peu ses patrimoines actif et passif.

- Extrait

Au sujet d'une cliente n'étant pas en mesure d'indiquer le montant exact de ses placements et ayant un avoir plus important que prétendu, un intervenant reconnaît se questionner:

Bien, elle le savait qu'elle avait de l'argent placé, mais elle ne pouvait pas me nommer le montant, c'est quand je lui ai montré sur les relevés... Alors, tout cela me questionnait, puis c'était beaucoup le... Il y a tellement d'abus financiers ces temps-ci dans les dossiers (28).

- Analyse

Lorsque la personne âgée ne connaît pas l'ensemble de sa situation financière ou ne s'en préoccupe plus, cela semble amener l'intervenant social à se questionner sur son aptitude à gérer ses biens, mais aussi sur son besoin de protection. En effet, le fait de méconnaître ses patrimoines actif (ex : principales sources de revenus, placements, biens de valeur) et passif (ex : dépenses mensuelles et annuelles) semble être associé à une situation plus à risque, c'est-à-dire pouvant plus facilement conduire à de l'exploitation par autrui ou à la dilapidation des avoirs. Bien entendu, pour être prise en compte dans l'évaluation de l'inaptitude, la méconnaissance de la personne au regard de sa situation financière doit être associée à d'autres critères comme une rupture dans ses habitudes de gestion des biens. Une telle rupture dans le temps permet d'exclure la situation d'une personne ayant toujours été complètement désintéressée par les aspects financiers ou n'ayant jamais administré ses biens.

- Critère : don et prêt d'argent

- Définition

Le don et le prêt d'argent renvoie à un montant d'argent que la personne âgée donne ou prête à autrui. Il s'agit soit d'un don ou d'un prêt effectué à plus d'une reprise par la personne âgée ou d'une transaction unique qui engage une somme d'argent d'une valeur importante.

- Extrait

La nièce me dit que sa tante lui avait donné quinze mille dollars pour l'achat d'une auto. Bon, cela allume une petite cloche. Que sa tante lui donne de l'argent, le problème n'est pas là. Peut-être que le problème était plus de dire : est-ce que cela a été vraiment donné? (29)

- Analyse

Le don et le prêt d'argent à autrui sont des indices qui poussent l'intervenant à vouloir explorer davantage l'aptitude de la personne à gérer ses biens, ainsi que son besoin de protection et cela, spécialement s'il y a un patrimoine important en jeu ou des mésententes au sein de la famille.

Le don et le prêt d'argent semblent amener l'intervenant à soupçonner la présence d'exploitation par autrui, ce qui le pousse à vouloir découvrir s'ils résultent ou non d'une décision prise de manière libre et éclairée par la personne. Le risque d'âgisme est ici présent dans la mesure où il se peut qu'une personne âgée prêtant ou donnant de l'argent soit l'objet d'une attention spéciale, alors qu'elle peut avoir décidé librement et en toute conscience d'utiliser son patrimoine à des fins d'entraide, par exemple. Un comportement généreux est donc à risque d'être interprété comme une perte de contrôle ou alors comme cachant une forme discrète d'exploitation par autrui. Il importe donc que le don ou le prêt d'argent soit corroboré par d'autres critères pour éviter des erreurs d'interprétation.

- Synthèse

En ce qui a trait aux critères ci-dessus, il faut retenir que ce sont seulement des indicateurs d'une inaptitude potentielle chez la personne. Toutefois, s'ils sont mis en relation avec d'autres critères, ils peuvent témoigner des effets concrets d'une altération des fonctions cognitives de la personne

dans son quotidien et, dans plusieurs cas, de la nécessité de la protéger en raison des risques d'exploitation par autrui ou de mauvaise gestion. À défaut de certitudes à ce propos, l'intervenant appellera une évaluation complémentaire par un autre professionnel (ex : ergothérapeute, médecin). Dans cette optique, l'appréciation de l'aptitude de la personne dans la gestion de ses biens ne doit pas être traitée comme semblable à un travail d'évaluation de la perte cognitive, même s'il peut être attirant pour certains intervenants sociaux de s'aventurer sur ce terrain.

Bien que nous ayons choisi de présenter plus en détails les critères les plus récurrents ou percutants dans le discours des intervenants sociaux rencontrés, il ne faut pas oublier que d'autres critères peuvent être pris en considération dans l'évaluation. Par exemple, comme la gestion des biens exige d'être en mesure de réaliser certains actes et gestes spécifiques, plusieurs intervenants recueillent des informations sur des capacités bien précises telles que calculer, rédiger un chèque et utiliser une carte bancaire. De plus, même si l'endettement est plus rarement nommé explicitement par les intervenants, additionné à d'autres critères comme une méconnaissance de sa situation financière, il paraît appuyer l'idée de la présence possible d'une inaptitude, en plus de souligner le risque d'une réduction des avoirs. Aussi, le fait que la personne âgée ne réalise plus ou seulement en partie la gestion de ses biens semble être un indice supplémentaire appuyant l'éventualité d'une inaptitude. Plus fondamentalement, ces « micros » critères révèlent une stratégie fondamentale de l'intervention sociale en cette matière, stratégie consistant à trouver d'une part, des preuves tangibles des effets d'une perte cognitive avérée ou soupçonnée et d'autre part, des preuves circonstanciées d'un besoin de protection.

4.2.5 Catégorie : critères considérés pour déterminer spécifiquement l'inaptitude à gérer sa personne

- Définition

Cette catégorie regroupe les critères pris en considération par l'intervenant social dans l'évaluation de l'inaptitude d'un individu dans la gestion de sa personne.

- Critère : difficultés dans l'approvisionnement alimentaire quotidien et la préparation des repas

- Définition

Par difficultés dans l'approvisionnement alimentaire quotidien, nous entendons les problèmes, autres que financiers, que peut avoir une personne à se procurer sur une base régulière les aliments nécessaires pour se nourrir convenablement, ce qui comporte de prévoir, d'acheter et d'apporter à son domicile une quantité de nourriture suffisamment variée et de qualité pour éviter une détérioration de son état de santé. En ce qui a trait aux difficultés dans la préparation des repas, il s'agit de l'impossibilité pour la personne d'effectuer sans problème certaines actions nécessaires à la confection complète ou partielle d'un repas équilibré, ceci pouvant se limiter au réchauffement de mets déjà préparés.

- Extrait

Elle habitait au deuxième, c'était de plus en plus difficile pour elle de penser à se faire à manger, faire son épicerie. Donc, il y avait le voisin qui de temps en temps allait lui acheter un pain, puis un peu de viande, mais c'était uniquement de la viande froide. Madame ne se confectionnait aucun repas là (1).

- Analyse

En plus des informations verbales qui lui sont transmises, certaines observations conduisent l'intervenant social à penser que la personne éprouve des difficultés dans son approvisionnement alimentaire quotidien, notamment la présence d'aliments périmés ou l'insuffisance de nourriture dans le réfrigérateur. Évidemment, ces indices doivent être interprétés au regard d'autres éléments tels que les habitudes de vie passées de la personne et les situations pouvant affecter ses capacités actuelles (ex : le décès récent d'un proche). En fait, ce type d'indices renvoie à une stratégie pragmatique qui

consiste à reconnaître la présence d'atteintes cognitives que le rapport médical peut confirmer et expliquer.

Il en va de même pour la préparation des repas où des observations soulèvent des difficultés dans cette activité, tout en signalant une détérioration possible des fonctions mentales et, parfois même, un risque pour la sécurité de la personne et celle du voisinage proche. En effet, des indices tels que des casseroles brûlées et des éléments chauffants de la cuisinière laissés allumés sur une longue période de temps ou à plusieurs reprises, témoignent non seulement de difficultés dans la préparation des repas, mais également de la présence d'oublis et d'actes à risque de déclencher un feu. Ceci pouvant, selon l'endroit où la personne habite, mettre en danger plus d'une personne.

- Critère : entretien négligé de sa personne

- Définition

Dans le cadre du présent travail, l'entretien négligé de sa personne implique que l'individu ne prend plus les mesures nécessaires pour maintenir une bonne hygiène corporelle et une apparence physique convenable, ce qui renvoie à des capacités dans des activités primaires et secondaires de la vie quotidienne telles que se laver, s'habiller, se brosser les dents, se coiffer, se couper les ongles et, s'il y a lieu, se faire la barbe ou se maquiller.

- Extrait

Des fois, cela peut être juste l'apparence physique, les gens n'ont plus une bonne vision d'eux-mêmes, ils ont l'apparence négligée, ils ne se lavent plus, ils ne changent plus leurs vêtements (40).

- Analyse

Tout comme pour le critère précédent, plusieurs indices permettent à l'intervenant social de relever des difficultés chez un individu dans l'entretien de sa personne. Par exemple, la présence régulière d'une forte odeur corporelle ou le port répété d'habits souillés sont des indices qui peuvent amener le professionnel à se questionner sur la capacité d'un individu de réaliser adéquatement toutes les activités, principales ou

secondaires, requises pour l'entretien quotidien de sa personne. Associées à des faits appuyant la présence d'une altération des fonctions mentales, ces difficultés permettent d'en constater les impacts dans la vie quotidienne de la personne. Ici, la considération d'un ensemble de critères demeure importante, d'autant plus que cela permet d'outrepasser le stade des premières impressions.

- Critère : entretien négligé de sa demeure

- Définition

L'entretien négligé de sa demeure signifie que la personne ne prend plus les mesures nécessaires pour maintenir un degré de propreté ou d'ordre acceptable dans l'endroit où elle habite.

- Extrait

Ils n'ont pas tendance à se ramasser, souvent on retrouve des milieux désorganisés où cela traîne partout... Parfois, il y a beaucoup d'accumulations... Il y a accumulation de beaucoup de « stock ». J'ai vu... Je suis entré dans des maisons, un moment donné, c'était accumulé partout [...] J'ai vu des endroits, c'était accumulé, il y en avait des pans de mur au complet. Ils sont à risque parfois. J'ai vu des gens qui étaient très à risque. On ne peut pas les laisser dans ces milieux-là (29).

- Analyse

Mis en relation avec d'autres critères, le fait que la personne ne maintienne plus un niveau de propreté ou de rangement acceptable dans sa demeure peut révéler une altération possible de ses facultés mentales. Aussi, ajouté à des actes à risque chez la personne, comme de laisser un élément de cuisinière sous tension durant toute une journée, l'entretien négligé de son domicile peut être associé à un danger plus élevé pour elle ou pour autrui (ex : feu).

- Critère : prise inadéquate des médicaments

- Définition

La prise inadéquate des médicaments se définit par le fait que la personne ne prend pas ses médicaments selon la dose prescrite et l'horaire prévu.

- Extrait

On l'a sorti en catastrophe d'un appartement, parce qu'il ne prenait pas ses médicaments adéquatement (29).

- Analyse

La prise inadéquate des médicaments est vue comme un indice attestant surtout de la présence de pertes de mémoire, d'une désorientation dans le temps ou d'une altération du jugement. Lorsque la personne souffre d'importants problèmes de santé, l'arrêt, la prise irrégulière ou la surdose de certains médicaments peuvent avoir des effets notables sur son état et peuvent même parfois mettre sa vie en danger. Ainsi, dans certaines situations, il est important de trouver rapidement un moyen pour remédier à une prise inadéquate des médicaments (ex : pilulier hebdomadaire et surveillance journalière). C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles la prise inadéquate des médicaments engage souvent une collaboration plus étroite entre les professionnels des domaines psychosocial, paramédical et médical. Il faut mentionner que, dans le jugement clinique de l'intervenant social, la prise inadéquate des médicaments semble avoir un poids plus important que la plupart des autres critères considérés dans l'évaluation de l'inaptitude à gérer sa personne.

- Synthèse

Les critères ci-dessus témoignent des impacts des atteintes cognitives dans des activités de la vie quotidienne et domestique de la personne, en plus de parfois mettre en évidence des risques pour sa santé ou sa sécurité. En fait, il semble que, bien souvent, ces critères appellent une évaluation plus poussée et conforte le jugement relatif à l'inaptitude, sans toutefois l'assurer. Rappelons que ces critères ne doivent pas être évalués de manière isolée, mais plutôt en fonction notamment de la rupture temporelle, du degré de compensation et de l'intensité du risque.

Dans la pratique courante de l'intervenant social, l'évaluation des incapacités dans les activités de la vie quotidienne et domestique s'accompagne systématiquement d'une évaluation du handicap qui consiste à estimer si la personne possède toutes les ressources nécessaires pour compenser ses déficits. S'il s'avère que l'implication de l'entourage et la mise en place de services à domicile sont insuffisantes pour pallier aux déficits de la personne, cela peut amener

l'intervenant à se tourner vers des options telles que le changement de milieu de vie et l'enclenchement du processus de détermination de l'inaptitude, perçu comme une solution en cas de refus de la relocalisation.

Finalement, il faut mentionner que des problèmes de mobilité peuvent entraîner des incapacités dans plusieurs activités de la vie quotidienne et domestique de la personne. Par conséquent, cette personne est parfois perçue comme étant plus à risque et cela, d'autant plus si elle n'a pas toujours l'assistance requise (ex : antécédents de chutes). Ainsi, ajoutée à d'autres critères, une mobilité défaillante et non compensée constitue un facteur de risque qui mérite une évaluation plus approfondie même si, en soi, elle n'a pas d'effet direct sur la faculté d'un individu d'exprimer une volonté libre et éclairée. De toute évidence, un problème de mobilité demeure secondaire à un problème plus fondamental qui légitime la démarche d'évaluation de l'inaptitude et c'est pourquoi il doit être considéré comme un facteur aggravant mais, dans aucun cas, suffisant.

4.2.6 Catégorie : critères considérés dans l'évaluation des fonctions mentales

- Définition

Cette catégorie renferme les critères considérés dans l'évaluation de la sphère cognitive.

- Critère : désorientation par rapport au temps, à l'espace et aux personnes

- Définition

La désorientation par rapport au temps, à l'espace et aux personnes signifie que la personne a perdu partiellement ou complètement la capacité de se situer dans une ou plusieurs de ces sphères.

- Extrait

En ce qui a trait aux critères sur lesquels reposent la décision d'enclencher la démarche d'évaluation, un intervenant indique que :

Dans cette situation, c'était très facile, parce que monsieur n'était pas orienté dans le temps et à la personne. Il habitait dans son propre monde, il ne reconnaissait pas ses deux fils et l'auxiliaire qui vient. Il s'était perdu en ville. Il n'était pas capable de reconnaître que c'était le matin ou la nuit. C'était évident (38).

- Analyse

Le fait que la personne soit désorientée partiellement ou complètement par rapport au temps, à l'espace ou aux personnes est parfois considéré comme un critère déterminant dans la décision de l'intervenant d'entamer les procédures. En plus des observations amassées sur les effets des atteintes cognitives au quotidien, il arrive que des questions soient directement posées à la personne âgée afin de faire une évaluation sommaire de ses facultés mentales. Par exemple, en ce qui concerne l'orientation dans le temps, des intervenants vérifient si la personne connaît la date, le jour et la période de la journée. Quant à l'orientation par rapport aux personnes, si la situation le permet, l'intervenant peut demander à la personne âgée d'identifier des individus de son entourage. Pour ce qui est de l'orientation dans l'espace, il semble que ce soit surtout des observations directes ou des informations transmises par les proches ou d'autres professionnels qui permettent à l'intervenant d'identifier des difficultés dans cette sphère. Par exemple, un enfant peut informer le professionnel que son parent ne retrouve plus le chemin du retour à sa maison, alors qu'il emprunte le trajet habituel. Cet exemple illustre que ce n'est pas le fait de se perdre qui est pris en considération mais bien la rupture entre une conduite actuelle et sa réalisation réussie dans le passé.

- Critère : incompréhension

- Définition

Par incompréhension, nous entendons l'incapacité partielle ou complète de saisir le sens de demandes et d'explications simples ou complexes.

- Extrait

Je me souviens du médecin qui disait qu'il avait passé toute une entrevue à lui faire comprendre que sa situation ne s'améliorait pas, puis qu'à la fin le monsieur lui avait demandé : quand vais-je pouvoir être seul? Est-ce qu'il avait compris? Le médecin avait dit : c'est étonnant, en cours de route, il avait l'air de comprendre puis, à la fin de la rencontre, il me dit cela. Est-ce qu'il a compris ou pas? On était toujours comme cela avec cet homme-là. Donc, c'était limite, limite. C'est comme s'il comprenait des bouts, mais probablement qu'il en oubliait en cours de rencontre, parce qu'on voyait que la mémoire des faits récents était touchée un peu (27).

- Analyse

Comme il est possible de le constater à partir de l'extrait ci-dessus, il peut être ardu d'identifier avec certitude une détérioration de la compréhension, d'autant plus qu'il ne semble pas toujours évident de distinguer parfaitement ce qui relève de cette fonction ou d'une autre (ex : mémoire). Pour se faire une opinion sur la capacité de comprendre, certains intervenants vérifient si la personne saisit bien les explications données sur sa situation de santé, sur la nécessité de mettre en place des services, ainsi que sur les impacts ou les démarches en lien avec la mise en place d'une mesure de protection. Si les réponses ne correspondent pas avec les explications fournies, des difficultés de compréhension semblent être alors soupçonnées, sans que soient pour autant écartées d'autres explications possibles (ex : le désir d'une personne de vivre à domicile sans service malgré les risques encourus).

- Critère : manque de jugement

- Définition

Le manque de jugement correspond à la difficulté d'évaluer une situation et de prendre des décisions appropriées selon celle-ci.

- Extrait

Son jugement est quelque peu altéré. Qu'est-ce qui me faisait dire cela? C'est qu'elle sait qu'elle a des problèmes de mémoire. Elle est capable de dire : oui, cela se peut... Bon, je ne suis pas sûre, mais oui, des fois... Mais elle est incapable de voir les répercussions dans sa vie (9)

- Analyse

Tout comme la compréhension, la notion de jugement ne semble pas toujours facile à cerner. D'ailleurs, à ce sujet, un des intervenants rencontrés dit : « en ce qui concerne son jugement, j'ai toujours eu ce doute-là. Mais, le jugement, c'est flou cela » (37). Toutefois, selon des intervenants interviewés, si la personne éprouve des difficultés à donner son opinion sans, au préalable, obtenir l'avis d'une autre personne, cela dévoile une incapacité à prendre par elle-même des décisions. Aussi, si la personne âgée nie ses déficits et démontre peu d'ouverture quant aux services pouvant lui venir en aide, cela éveille des soupçons sur sa capacité d'évaluer une situation et de prendre des décisions pour assurer sa sécurité et sa santé. Il est fréquent qu'un jugement altéré soit le

déclencheur du processus de détermination de l'inaptitude, dans la mesure où l'intervenant estime que cette solution lui permettra de prévenir les risques qu'il entraîne pour la personne.

Ici, pour éviter de porter un jugement professionnel basé sur la qualité des décisions prises par la personne, l'intervenant doit considérer d'autres critères. Par exemple, une connaissance globale de celle-ci, de son histoire et de sa situation actuelle, permet de mieux cerner ce qui relève véritablement d'une altération de son jugement et non d'une décision libre et éclairée.

- Critère : mémoire déficiente

- Définition

La mémoire déficiente signifie que la personne âgée oublie plus de choses qu'elle ne le devrait selon un vieillissement normal.

- Extrait

Sa mémoire ancienne est relativement bien conservée; elle est capable de nommer ses parents, ses enfants, mais elle n'est pas capable de se souvenir de son premier mari. Sa mémoire récente est très très déficiente, parce que lors de notre rencontre, je me suis nommée, puis elle a dit : Ah oui, j'ai bien connu une personne de ce nom-là. Puis, j'ai demandé un petit peu plus tard, vous souvenez-vous de mon nom. Elle n'était pas capable de faire la relation avec la personne qu'elle avait connue (9).

- Analyse

La présence de problèmes de mémoire suffisamment importants pour ne pas être attribuables à un vieillissement normal est mentionnée comme un critère déterminant dans l'évaluation de l'inaptitude. Certains professionnels abordent la mémoire de manière plus générale, notamment en faisant référence à des oublis et à de la répétition dans les propos de la personne âgée, alors que d'autres distinguent la mémoire ancienne de celle des faits récents. La perte de mémoire paraît devenir un critère plus important surtout à partir du moment où elle engendre des risques pour la personne comme ne pas prendre adéquatement ses médicaments.

- Critère : trouble du comportement

- Définition

Le trouble du comportement implique que la personne adopte de manière récurrente une conduite qui n'est pas adaptée à la situation et qui entraîne des difficultés soit pour autrui, soit pour elle-même.

- Extrait

Concernant une personne qui agissait sans se préoccuper des services dont elle avait besoin, un intervenant affirme :

Je pense que tout le monde reconnaissait qu'il avait des problèmes de mémoire et que son jugement n'était pas toujours très bon, mais certains disaient que c'était pire, étant donné la manière dont il se comportait (27).

- Analyse

Plusieurs intervenants abordent le manque de collaboration de la personne et son refus de recevoir de l'aide dans leur évaluation du comportement. À ce propos, l'intervenant social doit demeurer prudent, car une personne refusant l'aide proposée ou ne se conformant pas toujours aux exigences des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux n'a pas nécessairement un trouble du comportement. C'est pourquoi, il faut examiner la récurrence du comportement, le contexte dans lequel il s'inscrit, ainsi que les motifs qui le sous-tendent.

En fait, qu'il soit mineur ou majeur, le trouble du comportement est un élément à considérer dans l'évaluation de l'inaptitude seulement s'il y a des indices d'une altération d'autres fonctions mentales. Dans une telle situation, ce critère appuie la présence possible d'une inaptitude, en plus de renforcer la gravité de la situation.

- Critère : variation de l'état mental

- Définition

La variation de l'état mental signifie qu'il y a une inconstance dans le fonctionnement des facultés mentales de la personne.

- Extrait

Des fois, elle va pleurer, d'autres fois, elle est correcte. D'autres fois, elle devient frustrée. Des fois, elle ne reconnaît plus où elle est, qui est son frère. Et, à d'autres moments, elle est complètement claire (lucide) (40).

- Analyse

Des intervenants sociaux remarquent qu'il y a des périodes pendant lesquelles le fonctionnement des facultés mentales de la personne semble plus affecté que d'autres, cela se manifestant souvent par une alternance de moments de lucidité et de confusion. Ils observent une variation dans les conduites, sentiments ou opinions de la personne, ce qui, sur ces deux derniers points, peut produire un discours changeant chez celle-ci. Quelle que soit la manière dont elle se manifeste, la variation de l'état mental semble jouer un rôle important dans l'évaluation même de l'inaptitude. D'ailleurs, il faut préciser que ce critère est souvent un déclencheur pour une investigation médicale plus substantielle.
- Critère : difficultés de communication
 - Définition

Une difficulté de communication touche la capacité de transmettre clairement l'ensemble de sa pensée à une autre personne.
 - Extrait

Lorsque beaucoup d'informations sont amassées avant de rencontrer la personne à domicile, un intervenant explique:

J'évalue la personne, je vais lui parler, mais quand je m'aperçois qu'il manque des mots, que la démence est assez prononcée... (29).
 - Analyse

Il semble que la capacité d'entretenir une conversation en construisant des phrases complètes et cohérentes soit souvent appréciée dès le premier instant passé auprès de la personne. Pour certains intervenants, associée à d'autres critères, la présence de phrases incomplètes ou incohérentes dans le discours de la personne âgée reflète la présence d'atteintes cognitives. Parfois, elle renforce même l'idée d'un degré élevé d'inaptitude, en plus de soulever des questionnements plus spécifiques sur la capacité de la personne d'exprimer ses volontés. Bien entendu, comme une personne peut avoir un trouble

langagier sans être pour autant inapte, l'évaluateur doit s'assurer de toujours considérer un ensemble de critères afin d'éviter toute conclusion trop hâtive.

- Synthèse

Que ce soit suite à une évaluation des facultés cognitives par d'autres professionnels, à l'émission d'un diagnostic médical ou à des faits recueillis par l'intervenant social, la présence d'atteintes cognitives est mentionnée par plusieurs comme étant un critère déterminant dans leur évaluation.

Bien que les cinq premiers critères énoncés précédemment touchent les items compris dans la dimension des fonctions mentales du SMAF, c'est-à-dire la mémoire, l'orientation, la compréhension, le jugement et le comportement, d'autres critères sont pris en considération dans l'évaluation de la sphère cognitive. Ces derniers reflètent les atteintes cognitives dans la vie quotidienne de la personne sans pour autant se rattacher à une fonction mentale en particulier. Parmi ceux-ci, seules la variation de l'état mental et les difficultés de communication sont présentées, car ces critères ne sont pas liés spécialement à un autre objet d'évaluation comme le besoin de protection, l'inaptitude dans la gestion de ses biens ou de sa personne. Pour ce qui est plus spécifiquement des cinq premiers critères, il importe de rappeler qu'ils sont employés par des intervenants sociaux pour apprécier l'inaptitude de leur point de vue disciplinaire, ce qui doit être compris dans un contexte où ils sont encouragés à collaborer avec des professionnels d'autres disciplines. Il ne s'agit donc pas de réaliser une évaluation exhaustive des facultés mentales ou de diagnostiquer la cause des atteintes cognitives de la personne, même si des intervenants sociaux peuvent être tentés de s'aventurer sur ce terrain.

Il nous apparaît important de préciser que le guide d'instructions accompagnant le rapport du directeur général du Curateur public du Québec invite l'intervenant social à indiquer, dans sa conclusion sur l'inaptitude, si la personne peut prendre des décisions la concernant, ce qui renvoie à une estimation de sa capacité de jugement. Toutefois, il n'y a aucune section comprise dans le volet psychosocial du rapport du directeur général qui requiert de détailler les différentes fonctions mentales.

4.2.7 Catégorie : critères de validité

- Définition

Cette catégorie englobe des critères qui ne portent pas sur un objet précis d'évaluation. Ils permettent souvent une interprétation plus juste de chaque donnée amassée. En d'autres mots, cette catégorie peut apporter un éclairage supplémentaire sur plusieurs des critères contenus dans les catégories précédentes.

- Critère : changement dans le temps

- Définition

Le changement dans le temps signifie qu'il y a un écart entre ce qu'est la personne maintenant et ce qu'elle était auparavant, ce qui implique une connaissance de sa situation actuelle et de son histoire, souvent acquise en partie par une enquête auprès des proches.

- Extrait

En réponse à la question portant sur les critères déterminants lors de l'évaluation de l'inaptitude, un intervenant explique :

Ce n'était pas une dame comme cela avant. Le passé nous disait que madame n'était pas une dame passive. C'était une dame qui était impliquée, qui avait une vie, qui était indépendante, puis qui faisait ses affaires. Puis, maintenant, ce n'était plus le cas. [...] (29)

- Analyse

La prise en compte du changement dans le temps semble permettre à l'intervenant social de se distancer davantage de ses propres valeurs dans l'évaluation du risque ou la détermination de ce qui est acceptable ou non. C'est pourquoi, conscient de l'influence de ses valeurs dans son évaluation, un intervenant déclare : « mon niveau est quand le client n'a pas une vie acceptable, qu'il y a un grand écart entre ce qu'il était avant et maintenant » (37). En fait, l'écart entre le passé et le présent dévoile parfois la vulnérabilité de la personne ou une réduction de sa qualité de vie, ce qui peut renforcer la décision d'enclencher les procédures. Ce critère peut aussi apporter un éclairage sur l'inaptitude et le besoin de protection de la personne, car il permet de voir s'il y a eu une diminution de l'autonomie fonctionnelle - incluant une détérioration des fonctions

mentales – ainsi qu’une baisse notable de la capacité à assumer ses responsabilités et rôles sociaux.

- Critère : constance dans le temps

- Définition

À l’opposé du critère précédent, la constance dans le temps réfère à ce qui est demeuré stable chez la personne avec les années.

- Extrait

Parce que, pour moi, peut-être que cela n’a pas d’allure mais si, dans sa vie, cela a tout le temps été comme cela. Je pense qu’il faut aussi évaluer beaucoup les décisions antérieures de cette personne-là. Sur quoi elle se basait, c’était quoi son éducation, ses valeurs, son jugement, parce qu’on ne peut pas juste se baser sur moi, mes valeurs dans la vie. Je pourrais ne jamais prendre cela comme décision, mais lui, cela a tout le temps été ainsi (28).

- Analyse

En dressant un portrait des situations antérieure et actuelle, l’intervenant voit s’il y a eu un changement dans le temps, mais identifie aussi ce qui est constant chez la personne comme sa personnalité, sa culture, son mode de vie, etc. Alors que le changement dans le temps peut dévoiler une détérioration cognitive, la constance permet plutôt de voir si les observations recueillies sont bel et bien liées à des atteintes et non, par exemple, à un mode de vie plus marginal ou à un désintérêt persistant vis-à-vis certaines activités. Ainsi, la constance dans le temps dévoile ce qu’est fondamentalement la personne depuis toujours et c’est pourquoi elle est étroitement liée à la connaissance de celle-ci. En effet, plus l’intervenant a une connaissance approfondie de la personne, de son passé et de son présent, plus il est en mesure d’identifier ce qui n’a pas changé avec le temps et d’interpréter avec plus de justesse ce qui est observé. Cela pose les cliniciens (ex : intervenants sociaux, médecins de famille) comme des acteurs clef dans le processus de détermination de l’inaptitude.

Tout comme la rupture entre le passé et le présent, la constance dans le temps permet de garder une distance avec ses propres valeurs. Par exemple, si l’intervenant estime que la personne ne prend pas des décisions sensées dans la gestion de sa personne et de ses

biens, s'il s'avère qu'elle a toujours pris ce type de décisions, ce critère peut permettre d'éviter une conclusion trop hâtive basée uniquement sur le niveau d'adéquation des décisions. Bien entendu, un ensemble de critères doit être considéré, puisque même si la personne a toujours pris des décisions très audacieuses dans sa vie, si une importante détérioration cognitive survient, il peut être jugé nécessaire qu'elle soit assistée ou représentée.

- Critère : stabilité de la situation

- Définition

La stabilité de la situation renvoie à un état de santé suffisamment constant dans le temps pour écarter les effets d'une perturbation passagère.

- Extrait

Je pense qu'il faut toujours bien s'assurer que la situation est stable, qu'ils ne sont pas en délirium ou qu'une évaluation ne nous parvient pas quand la personne n'a pas eu le temps de sortir de son délirium ou de se stabiliser (27).

- Analyse

Selon des intervenants sociaux interviewés, il faut s'assurer d'une certaine stabilité dans l'état de l'individu avant de se faire une opinion sur son aptitude et son besoin de protection. Ainsi, si la personne est affectée temporairement par d'autres problèmes (ex : dépression suite à un changement de milieu de vie), il est préférable de prendre le temps d'observer l'évolution de la situation. À certains moments, il peut arriver que les effets de certains problèmes soient difficiles à isoler totalement des répercussions engendrées par des atteintes cognitives, mais il semble que ces dernières puissent se préciser avec le temps ou le concours d'autres professionnels. Évidemment, un intervenant voulant évaluer si la situation de la personne est stable n'a pas besoin de reculer très loin dans le temps, alors que pour connaître les caractéristiques propres à celle-ci, un plus grand recul est nécessaire.

- Synthèse

Il faut retenir que le changement et la constance dans le temps sont des critères qui permettent à l'intervenant de se distancer de ses valeurs, ceci, dans le but d'obtenir une lecture des faits

conforme à la réalité. Quant à elle, la stabilité de la situation permet de s'assurer que les données recueillies ne sont pas liées à une période d'instabilité temporaire et, par conséquent, qu'elles reflètent bien le fonctionnement quotidien de la personne. Évidemment, une bonne connaissance de la personne permet de mieux estimer la stabilité de sa situation, le changement et la constance dans le temps, ce qui a un impact sur le sens et l'importance accordés aux données amassées.

4.2.8 Articulation des catégories de critères

Nous allons maintenant illustrer, à l'aide d'un schéma, la catégorie de critères qui occupe une position centrale dans l'évaluation de l'inaptitude réalisée par l'intervenant social, ainsi que les liens qui existent entre toutes les catégories.

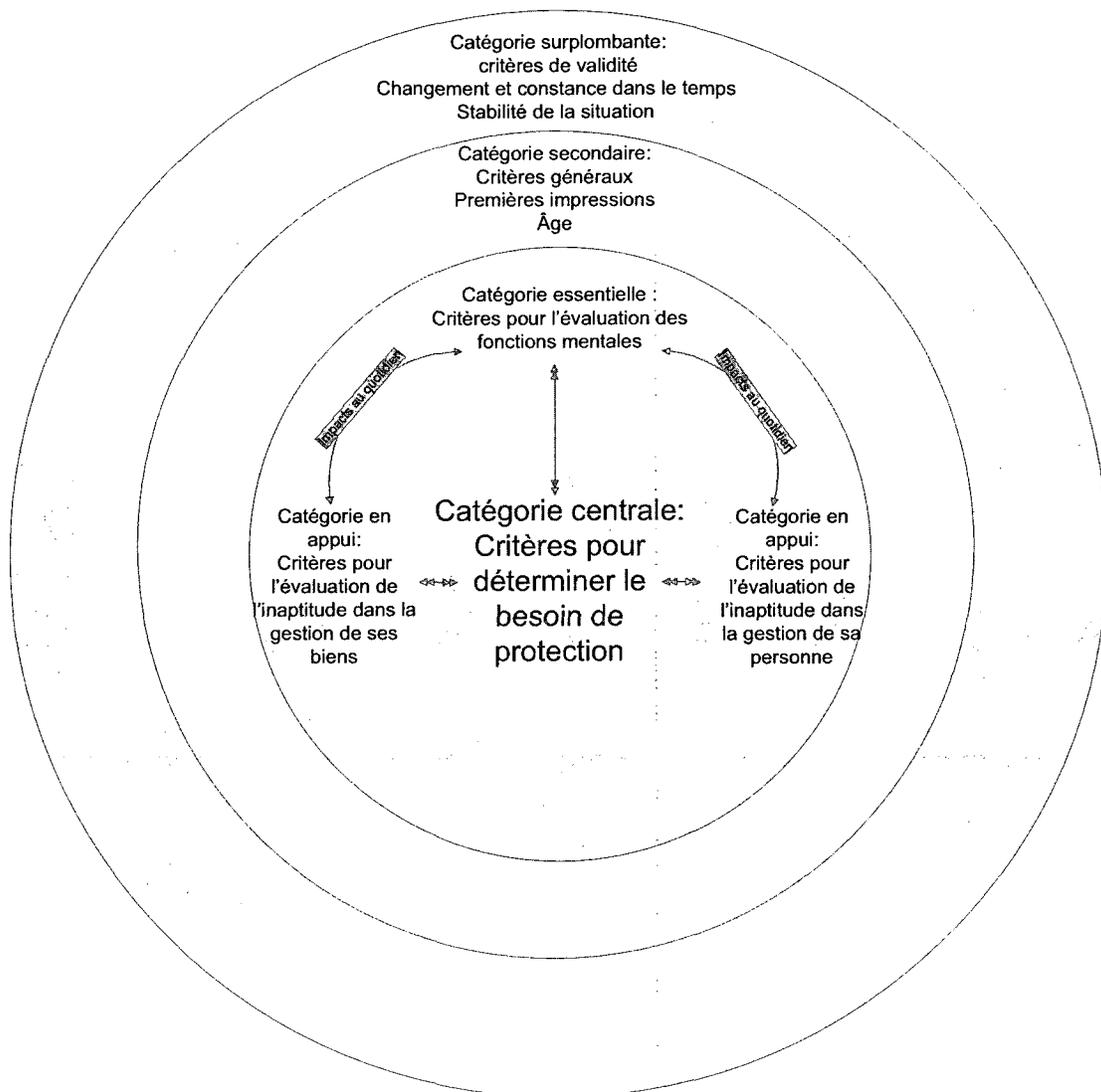


Figure 6 : Articulation des catégories de critères guidant l'intervenant social dans son jugement professionnel dans le processus de détermination de l'incapacité

4.2.9 Explications du schéma sur l'articulation des catégories de critères

Dans la Figure 6, il est possible de voir que la catégorie essentielle est celle qui concerne l'évaluation des fonctions mentales. Ainsi, pour l'intervenant social, lorsque les critères de cette catégorie sont rencontrés, l'inaptitude devient manifeste, ce qui n'est toutefois pas suffisant pour que soit enclenché le processus de détermination de l'inaptitude. Bien qu'il y ait des intervenants sociaux qui évaluent de manière plus exhaustive les atteintes mentales de la personne, ce sont souvent les avis d'experts qui permettent que les critères contenus dans cette catégorie soient rencontrés formellement. En présence d'une évaluation réalisée par un médecin, un ergothérapeute ou une équipe spécialisée, certains intervenants sociaux vont évaluer plus sommairement la dimension des fonctions mentales, alors que d'autres vont se concentrer uniquement sur les impacts des atteintes cognitives dans la vie quotidienne de la personne. En ce qui concerne les catégories touchant l'évaluation de l'inaptitude dans la gestion de sa personne et de ses biens, plusieurs des critères qu'elles renferment reflètent non seulement des atteintes cognitives, mais également des risques d'exploitation par autrui, de mauvaise gestion des biens ou un danger pour la santé et la sécurité de la personne. Ainsi, sans affirmer qu'une de ces catégories a plus de valeur que l'autre, nous soutenons que chacune contient des critères appuyant une altération des fonctions mentales et un besoin de protection chez la personne. Quant à elle, la catégorie des critères pour déterminer le besoin de protection est centrale au travail des intervenants sociaux dans le processus collectif de détermination de l'inaptitude. À ce sujet, rappelons qu'une personne inapte, n'est pas pour autant en besoin de protection. Ainsi, bien qu'il soit essentiel de recueillir des preuves sur l'inaptitude, l'attention de l'intervenant social est principalement dirigée sur le besoin de protection, ce qui implique l'estimation du degré de compensation des déficits et des risques possibles pour la personne. C'est pourquoi la plupart des critères sont employés pour évaluer ce besoin central, même si plusieurs d'entre eux peuvent aussi soutenir la présence d'une inaptitude.

La catégorie des critères de validité qui sont la stabilité de la situation, le changement et la constance dans le temps est présentée comme surplombant les autres catégories, car elle permet d'accorder une valeur aux données recueillies, ce qui est nécessaire pour que les critères soient véritablement rencontrés. Les critères de validité permettent à l'intervenant de s'assurer d'une

interprétation des données conforme à la réalité quotidienne de la personne. Finalement, la catégorie des critères généraux est certainement celle ayant le moins d'influence directe dans l'évaluation de l'intervenant social. En effet, bien que ces critères puissent influencer l'interprétation des données, ils occupent une position secondaire dans la construction de la preuve.

4.3 Processus de collecte de données, d'analyse et de décision

Avant d'examiner plus en détails le processus de collecte de données, d'analyse et de décision réalisé par l'intervenant social, nous jetterons d'abord un coup d'œil rapide sur ses principales composantes. Le processus de collecte de données, d'analyse et de décision réfère à l'accumulation de données réalisée à l'aide de diverses sources d'informations et aux opérations qui conduisent l'intervenant à poser un jugement sur l'inaptitude et le besoin de protection de la personne, ainsi qu'à choisir la meilleure option possible, ceci au regard des catégories de critères présentées précédemment. Nous verrons qu'au cours de ce processus, l'intervenant accumule des preuves en provenance de diverses sources qui lui permettent de rencontrer des critères se rapportant aux catégories. C'est pourquoi, dans la section sur l'accumulation de preuves, les cinq sources d'informations les plus souvent mentionnées par les intervenants interviewés feront l'objet d'une attention particulière. Avant d'en arriver à la décision d'enclencher les procédures, nous verrons qu'en plus d'amasser des preuves en quantité et en qualité suffisantes, l'intervenant social estime les avantages et désavantages, liés à la mise en place d'une mesure de protection, d'abord pour la personne âgée et possiblement dans un second temps, pour les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux.

4.3.1 Aperçu du processus de collecte de données, d'analyse et de décision

1-Accumulation de preuves

- Diverses sources d'informations :
 - Évaluation de l'ergothérapeute
 - Évaluation médicale
 - Informations des infirmières et des auxiliaires familiales
 - Informations de l'entourage
 - Informations recueillies auprès de la personne âgée

2-Avantages et désavantages pour la personne âgée

3-Avantages et désavantages pour les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux

4.3.2 Accumulation de preuves

- Définition

L'accumulation de preuves est le fait de réunir des témoignages, des avis d'experts et des observations directes afin que l'inaptitude de la personne et son besoin de protection deviennent manifestes.

- Extrait

Il faut accumuler beaucoup de faits avant de penser à « pondre » un mandat en cas d'inaptitude. Sans cela, même s'il y a un événement majeur, il faudrait vraiment qu'il soit extraordinaire pour dire qu'il soit suffisant, parce qu'on peut très bien prouver le contraire, que c'est un moment X, comme n'importe qui pourrait vivre. Cela peut lui être arrivé à un moment où, je ne sais pas, il n'a pas pensé à son affaire et il a mis le feu au sous-sol... (1).

- Analyse

Les informations rapportées par l'entourage et par d'autres intervenants sont considérées par les intervenants sociaux comme des preuves. Contrairement aux avis d'experts, ces informations peuvent être vues par certains acteurs du domaine juridique comme étant des oui-dire. À ce propos, il faut insister sur le fait que l'intervenant social recherche la convergence des informations et la répétition des observations en provenance de sources diverses afin de garantir la validité des données recueillies. C'est pourquoi, il s'assure qu'un témoignage en recoupe un autre et accorde une importance majeure à l'action de constater par lui-même la situation.

Lorsqu'une certaine quantité de preuves est amassée, bien que de valeurs souvent inégales, l'inaptitude et la nécessité d'agir dans le but de protéger la personne font l'objet d'une conviction professionnelle. Il arrive que des événements soient suffisamment révélateurs pour que, additionnés à d'autres preuves, ils signalent que le seuil de tolérance aux risques est franchi, ce qui a alors pour effet de provoquer l'enclenchement des procédures. Par exemple, si la personne alerte son entourage suite à la perte d'un montant élevé d'argent qui est retrouvé plus tard dans un endroit inusité ou si elle sort vêtue d'habits d'été alors que la température extérieure est amplement sous zéro, cela peut, ajouté à d'autres preuves, confirmer la présence d'atteintes cognitives et le besoin de protection.

- Diverses sources d'informations²²

- Définition

Tous les acteurs ne présentant aucun conflit d'intérêt pouvant apporter des observations et des renseignements pertinents dans le cadre de la détermination de l'inaptitude de la personne, ce qui inclut les documents rédigés par d'autres professionnels, sont considérés comme des sources d'informations pouvant influencer l'intervenant social dans son évaluation.

- a. Évaluation de l'ergothérapeute

- Définition

L'évaluation courante de ce professionnel de la santé porte généralement sur les conséquences des problèmes de santé d'une personne sur les diverses fonctions de son corps, sur l'effet de l'environnement sur la réalisation de ses activités, ainsi que sur son niveau d'autonomie dans l'accomplissement de celles-ci (OEQ, 2009).

- Extrait

Au sujet de l'évaluation de l'ergothérapeute dans un contexte de détermination de l'inaptitude, un intervenant social mentionne que non seulement l'ergothérapeute a fait une évaluation des fonctions mentales d'une dame, mais que :

En même temps, elle m'aidait à aller chercher de l'information au niveau fonctionnel parce que madame pouvait me dire qu'elle allait au coin de la rue acheter ses choses au dépanneur ou à l'épicerie et me dire qu'elle les faisait cuire, par exemple, sur le feu. Mais moi, quelles certitudes j'avais... (14).

- Analyse

Autant lors de la démarche d'évaluation de l'inaptitude que lors de la rédaction du rapport psychosocial, il arrive que l'intervenant social et l'ergothérapeute travaillent en étroite collaboration. Le type de collaboration établie semble toutefois varier selon les ressources disponibles dans l'établissement et les intervenants concernés. Pour certains intervenants sociaux, l'évaluation de l'ergothérapeute est surtout utile dans des cas où l'inaptitude ne se manifeste pas

²² Dans cette section, les définitions n'ont pas toutes été rédigées à partir du contenu des entretiens de recherche, car ces derniers contenaient peu de renseignements sur le sens accordé à chacune des sources d'informations.

clairement alors que pour d'autres, elle est toujours appréciée pour la vision différente et complémentaire qu'elle apporte. En effet, il semble que l'évaluation de l'ergothérapeute puisse fournir plus de précisions sur les capacités d'un individu dans les activités de la vie quotidienne et domestique, parce que ce professionnel observe souvent de manière plus détaillée l'exécution par la personne de certaines de ces activités, incluant les diverses étapes qu'elles comportent. Ces observations permettent à l'intervenant social de raffiner son évaluation quant aux impacts des atteintes cognitives dans la vie quotidienne de la personne, en plus de confirmer les propos recueillis auprès de cette dernière et de son entourage.

L'évaluation de l'ergothérapeute se différencie également de celle de l'intervenant social par l'emploi plus fréquent de mises en situations et l'utilisation reconnue de tests standardisés tels que le Mini-Mental et le PECPA-2R. C'est pourquoi cette évaluation permet l'obtention d'informations souvent plus précises sur les atteintes cognitives et les capacités de la personne dans la gestion de ses biens, sans compter que les données provenant de tests standardisés apparaissent pour certains plus difficilement contestables par les juristes. Finalement, il faut dire que l'évaluation de l'ergothérapeute peut parfois entraîner certaines modifications au domicile, changements visant à obtenir un environnement physique plus adapté et sécuritaire (ex : débrancher la cuisinière), ce qui n'est pas sans avoir une influence sur l'évaluation du besoin de protection.

b. *Évaluation médicale*

▪ *Définition*

Il s'agit de l'évaluation de l'inaptitude produite par le médecin de famille, le spécialiste ou une équipe spécialisée (ex : psychogériatrie). Généralement, le rapport médical inclut l'identification des fonctions mentales atteintes chez la personne, ses diagnostics médicaux, une opinion professionnelle sur le degré et la durée de son inaptitude dans la gestion de sa personne ou de ses biens ou de ces

deux volets à la fois, ainsi que tout autre détail pertinent de son histoire médicale et de l'examen mental (Curateur public du Québec, 2003).

- **Extrait**

Après avoir réuni des indices laissant entrevoir une inaptitude, un intervenant social explique :

Je vois ce que le médecin m'en dit. Des fois, c'est un diagnostic qui est clair, qui est déjà établi, qui est... Puis, on sait exactement. Mais, dans bien des cas, quand on a ces doutes-là, c'est qu'on n'a pas un diagnostic qui est clair à cet effet-là et, souvent, le médecin de famille va faire une référence pour que la personne soit vue par un spécialiste pour qu'on ait une évaluation spécifique par rapport à l'aptitude (33).

- **Analyse**

Selon des intervenants sociaux interviewés, il est très important de travailler en collaboration avec un médecin. Ils mentionnent que si c'est un médecin de l'équipe interne qui est impliqué dans le processus de détermination de l'inaptitude, il y a une consultation ou, à tout le moins, une discussion de cas. Cependant, selon certains intervenants sociaux, si c'est un médecin travaillant à l'extérieur de leur milieu de pratique qui réalise l'évaluation médicale, il n'est pas toujours nécessaire d'avoir un contact, surtout si le rapport d'évaluation médicale est clair et que la conclusion concorde avec celle du rapport psychosocial.

En fait, le contact avec un professionnel du domaine médical permet surtout à l'intervenant social d'obtenir un avis sur l'inaptitude, de confirmer les impacts des atteintes cognitives de l'individu sur la gestion de ses biens ou de sa personne ou de ces deux volets à la fois, ainsi que de supporter son jugement quant à la nécessité d'entamer le processus. Il arrive aussi, dans le cas de conclusions divergentes, que l'intervenant social contacte un professionnel du corps médical dans le but de clarifier l'opinion de chacun. À ce sujet, rappelons que le Curateur public du Québec, dans l'esprit de l'article 270 du Code civil du Québec, recommande à l'évaluateur médical d'échanger avec l'évaluateur psychosocial sur les résultats de son évaluation, afin de favoriser des évaluations cohérentes et concordantes. D'ailleurs, dans le volet psychosocial du guide du rapport du

directeur général, la même recommandation est effectuée à l'évaluateur psychosocial (Le Curateur public du Québec, 2002).

Le rapport d'évaluation d'un médecin de famille, d'un spécialiste ou d'une équipe spécialisée est mentionné par plusieurs intervenants sociaux soit comme un élément déterminant dans leur démarche d'évaluation, soit comme un document sur lequel se baser. Souvent, ce rapport informe l'intervenant social de la cause, de la durée et du degré de l'inaptitude, en plus de permettre l'obtention d'une vision plus globale de la situation et de fournir des informations plus précises sur les atteintes mentales, ce qui peut, spécialement lorsqu'il est question d'un nouveau client ou d'une inaptitude moins marquante, faciliter la rédaction du rapport psychosocial. D'ailleurs, dans certains cas, le contenu du rapport d'évaluation médicale semble avoir pour effet de conforter l'intervenant social dans son jugement professionnel quant à l'inaptitude et au besoin de protection. En ce qui a trait plus spécifiquement au rapport d'évaluation réalisé par un spécialiste ou une équipe spécialisée, il semble surtout utile lorsqu'il n'y a pas de diagnostic médical précis.

Tout comme dans le cas de l'évaluation de l'ergothérapeute, certains intervenants sociaux semblent attribuer un statut particulier à l'évaluation médicale, entre autres en raison de l'emploi de tests standardisés. D'ailleurs, des intervenants signalent que les résultats au test du Folstein ou du Mini-Mental sont déterminants dans leur évaluation, en ce sens qu'ils apportent une preuve solide. À ce sujet, un intervenant dévoile qu'il investit moins en profondeur la sphère cognitive si un tel test a déjà été administré par un médecin. Cependant, d'autres insistent sur l'importance que soient bien administrés les différents tests standardisés, que leur passation soit récente et peu fréquente, cette dernière condition visant à ne pas augmenter la performance du participant. De plus, l'importance de réaliser une évaluation globale est soulignée, ce qui implique d'aller au-delà de la mesure de la perte cognitive.

Pour ce qui est du diagnostic médical, il est mentionné à plusieurs reprises comme un critère déterminant dans l'évaluation de l'inaptitude. Selon certains intervenants, il est surtout utile lorsque l'inaptitude ne se manifeste pas clairement et lorsque d'autres problèmes entrent en jeu, car il permet de distinguer ce qui relève d'un trouble situationnel, d'une déficience intellectuelle, d'un problème de santé mentale, d'une maladie dégénérative ou d'autres pathologies. Aussi, selon un des intervenants interviewés, la protection de la personne étant une notion plus subjective, l'obtention d'un diagnostic médical permet de limiter la quantité des données requises pour appuyer la nécessité d'enclencher les procédures. Toutefois, des intervenants suggèrent de demeurer vigilant vis-à-vis le risque que des diagnostics médicaux, comme la maladie d'Alzheimer, soient associés systématiquement à une inaptitude et un besoin de protection.

c. Informations des infirmières et des auxiliaires familiales

▪ Définition

Il s'agit des observations et des renseignements que les infirmières et les auxiliaires familiales amassent lors de leurs interventions auprès de la personne. Concernant ces interventions, mentionnons que, de manière générale, les auxiliaires familiales peuvent apporter une aide à la mobilité, une assistance dans les activités de la vie quotidienne et domestique, en plus de donner, s'il y a lieu, des soins de santé de routine sous la direction d'un responsable du service. Quant à elle, l'infirmière en CSSS dans le secteur du soutien à domicile procède habituellement à l'évaluation de l'état de santé de la personne, détermine le plan de soins infirmiers et assure la réalisation à domicile des soins requis (ex : prélèvements sanguins, injections, soins de plaies, etc.).

▪ Extrait

Un intervenant indique que les éléments factuels sur lesquels repose son évaluation peuvent être obtenus :

Par l'observation, par la famille, par l'infirmière et par l'auxiliaire qui disait que monsieur, tu sais, a oublié, bla, bla, bla, n'importe quoi. Je vais toujours, s'il y a quelqu'un, je vais toujours chercher l'information de quelqu'un d'autre. Parce qu'il y a beaucoup de personnes qui observent

monsieur dans les différentes fonctions, les différents milieux, tu sais, c'est un portrait plus global avec les observations de plusieurs personnes (38).

- Analyse

Plusieurs intervenants sociaux disent que les informations transmises par les infirmières et les auxiliaires familiales sont déterminantes dans leur démarche d'évaluation. Comme certaines situations requièrent la présence d'une auxiliaire familiale ou d'une infirmière sur une base régulière, cette intervenante devient une source importante d'informations, à plus forte raison si la personne âgée est réfractaire à l'idée de recevoir d'autres types de services.

Il arrive que la collaboration entre l'infirmière et l'intervenant social soit très étroite lors de la démarche d'évaluation de l'inaptitude. Dans ce cas, l'avis professionnel de l'infirmière est recherché. À ce sujet, un intervenant social mentionne qu'il présente systématiquement son rapport d'évaluation à l'infirmière pour obtenir ses commentaires et, parfois même, pour y ajouter des informations supplémentaires.

d. Informations de l'entourage

- Définition

Il est question ici des observations et renseignements transmis par un ou plusieurs individus ayant une relation significative ou une implication régulière auprès de la personne âgée et ne cherchant pas à tirer profit de la situation. Dans cette optique, il n'y a pas que la famille qui puisse apporter des informations importantes à l'intervenant social, car ce peut être aussi un ami, un voisin, le propriétaire de l'immeuble ou même un commerçant du quartier.

- Extrait

Au sujet des indices d'inaptitude, un intervenant indique :

Mais c'est, dans le cadre de cette évaluation-là, par des observations aussi que la fille me rapporte au niveau d'atteintes qu'elle observe chez son père. Des oublis. Monsieur va accuser sa fille de vol, alors que c'est lui qui range ses choses, mais sans se souvenir où il les a rangées. Il conduit encore son automobile. Il va se rendre à un endroit qui, pourtant, est très familier pour lui, il a toujours vécu là, il n'est plus capable de retourner à son domicile.

La fille doit aller chercher son père, admettons, au garage pour le ramener à la maison. Même si le garagiste lui fait un tracé, il n'est pas capable de se rendre. Tu sais, donc, des faits comme cela très concrets sur la vie quotidienne qui montrent qu'effectivement, il a des atteintes (33).

- Analyse

Plusieurs intervenants sociaux indiquent que les informations transmises par l'entourage de la personne âgée sont déterminantes dans leur démarche d'évaluation de l'inaptitude. Un d'entre eux révèle même qu'une fois son rapport d'évaluation rédigé, il demande à des membres de l'entourage de confirmer l'exactitude des données qu'il contient.

Partageant souvent des moments de la vie quotidienne de la personne, l'entourage peut rapporter des faits qui valident les informations déjà recueillies par l'intervenant social, en plus d'appuyer la présence d'atteintes cognitives et la nécessité d'agir dans un souci de protection. De plus, les informations transmises par l'entourage permettent souvent de mieux connaître la personne, sa situation actuelle et son histoire.

Plus spécifiquement, l'opinion des membres les plus significatifs de l'entourage est recherchée sur l'état de santé globale de la personne, son besoin de protection, ainsi que sur la personne désignée comme mandataire ou un éventuel représentant légal. L'intervenant social cherche également à obtenir des renseignements auprès des membres de l'entourage sur leur relation avec la personne âgée et s'il y a lieu, sur la situation légale et financière de celle-ci, la dynamique familiale, les circonstances motivant la demande d'évaluation et les services de santé déjà obtenus (incluant les évaluations antérieures et diagnostics posés).

Il faut mentionner que les inquiétudes exprimées par l'entourage, qu'elles se terminent ou non par une demande d'évaluation, entraînent une démarche de vérification de la part de l'intervenant social, car elles découlent bien souvent d'une situation à risque pour la personne (ex : maltraitance financière,

dilapidation). Aussi, les volontés des proches, comme celle d'être reconnu comme mandataire ou représentant légal, sont considérées par l'intervenant social et peuvent influencer sur ses décisions, sauf dans le cas où elles vont à l'encontre de l'intérêt de la personne.

Finalement, une bonne entente entre les membres de l'entourage semble souvent faciliter l'obtention d'informations, ainsi que les démarches à réaliser par l'intervenant social. D'ailleurs, un consensus fort des proches quant à la nécessité de déclarer une personne inapte représente de toute évidence une pièce majeure dans la constitution de la preuve, même si cela n'est certainement pas suffisant pour que soit enclenché le processus.

e. Informations recueillies auprès de la personne âgée

- Définition

Il s'agit des informations que l'intervenant social obtient lors d'un contact avec la personne âgée en l'observant directement dans son environnement et en discutant avec elle.

- Extrait

Non, je me suis rendu sur les lieux, sur place, pour constater. Pour constater la situation. Écoute, qu'est-ce que je fais avec la personne? Je te dirais que j'avais quand même beaucoup d'informations. J'évalue la personne... [...] Bon, quelle date sommes-nous aujourd'hui? Tu vas vérifier, par exemple, la date de la journée avec la personne. Des questions simples. Qu'est-ce que vous avez mangé aujourd'hui? Si elle n'est pas capable de te répondre... (29).

- Analyse

Dans le volet psychosocial du rapport du Directeur Général du Curateur public du Québec, l'intervenant social doit indiquer l'opinion de la personne quant à l'ouverture d'un régime de protection, ce qui implique minimalement une rencontre auprès de celle-ci, sauf dans des cas très exceptionnels où l'information est obtenue uniquement par l'intermédiaire de l'entourage. À l'occasion de cette rencontre ou lors d'autres contacts, l'intervenant social recueille la perception de

la personne âgée sur sa situation de santé, incluant la reconnaissance de ses pertes cognitives et de son besoin d'être assistée dans la gestion de ses biens ou de sa personne, ou de ces deux volets à la fois. Dans la mesure du possible, l'intervenant prend également en compte les volontés de celle-ci en ce qui concerne, notamment, un changement de milieu de vie ou la nomination d'un éventuel représentant légal.

Bien qu'elle soit rarement l'unique visite, la rencontre auprès de la personne âgée permet aussi d'obtenir des informations sur les membres de son entourage et, plus spécifiquement, sur le mandataire désigné ou l'éventuel représentant légal. En effet, dans le but de s'assurer que l'entourage agisse réellement dans l'intérêt de la personne âgée, l'intervenant social se renseigne sur la qualité des liens établis, le degré d'implication de chacun et, s'il y a lieu, le contexte entourant certaines actions (ex : prêt ou don d'argent). Si des inquiétudes sont signalées par la personne, cela entraîne une investigation plus approfondie par l'intervenant, ceci surtout afin d'éviter tout risque d'exploitation financière ou de négligence.

Chaque contact avec la personne âgée offre l'opportunité à l'intervenant de faire ses propres observations et de valider des données déjà recueillies. D'ailleurs, le constat des atteintes cognitives et du besoin de protection de la personne est indiqué par plusieurs intervenants sociaux comme une action déterminante dans leur démarche d'évaluation.

- Synthèse

Les évaluations réalisées par d'autres professionnels apportent des informations occupant bien souvent une place importante dans la construction du jugement professionnel de l'intervenant social, particulièrement lorsque l'inaptitude ne se manifeste pas clairement. En général, ces évaluations permettent surtout à l'intervenant social d'avoir un portrait plus global de la situation et d'obtenir plus d'informations sur les atteintes cognitives de la personne. Plus spécifiquement, le rapport d'évaluation médical confirme l'inaptitude d'un individu dans la gestion de sa personne ou de ses biens, voire dans ces deux volets à la fois, en plus d'informer sur sa cause,

son degré et sa durée. Quant à l'évaluation de l'ergothérapeute, en plus de pouvoir apporter des précisions sur les atteintes mentales, elle peut fournir des données plus détaillées sur les capacités de la personne dans les activités de la vie quotidienne et domestique, ainsi que dans la gestion des biens, soit un volet requérant d'être évalué plus en profondeur dans le cadre de la détermination de l'inaptitude. Malheureusement, il arrive que l'intervenant social ne puisse pas toujours obtenir un avis médical au moment opportun et que, faute de ressources dans son établissement, il ne puisse faire appel à un ergothérapeute pour une évaluation complémentaire.

Dans certains cas, il y a d'autres sources d'informations possibles. Lorsque l'infirmière, l'auxiliaire familiale et les proches voient régulièrement la personne, ils peuvent rapporter plusieurs informations permettant à l'intervenant social d'avoir une meilleure connaissance de l'ensemble de la situation, ce qui contribue à l'appréciation des impacts des atteintes cognitives au quotidien et des risques encourus.

Bien que mentionnée une seule fois par un des professionnels interviewés, l'étude du dossier de la personne est aussi un moyen d'obtenir de l'information sur l'évolution de la situation et sur les évaluations ou démarches réalisées antérieurement (ex : demande d'hébergement).

4.3.3 Avantages et désavantages pour la personne âgée

- Définition

Les avantages et désavantages pour la personne âgée renvoient aux effets positifs et négatifs pour cette dernière qui sont associés à la mise en place ou non d'une mesure de protection.

- Extraits

Voici une citation qui illustre des avantages que peut apporter la mise en place d'une mesure de protection pour la personne:

Pour le monsieur, il gagne une meilleure qualité de vie. Il reçoit trois repas par jour, il reçoit ses médicaments, il reçoit de l'assistance avec sa douche. Il est propre et mange bien. Quelqu'un fait ses impôts. Toutes les choses pour lesquelles le monsieur a travaillé fort dans les dernières années, quelqu'un surveille cela et s'en occupe (38).

Puis voici un extrait portant sur des désavantages engendrés par la mise sous protection :

On enlève une partie de prise de décisions à la personne. Même s'il reste une capacité résiduelle, elle n'est souvent pas prise en compte. Je trouve que c'est toujours une grosse

décision. C'est une personne majeure apte. Tout à coup, on lui enlève le droit de prendre la décision de comment elle gère ses sous ou d'où elle va habiter (28).

- Analyse

Bien entendu, un des principaux bienfaits recherchés par l'enclenchement des procédures est la protection de la personne et de ses biens. Effectivement, la mise en place d'une mesure de protection permet généralement de s'assurer que les besoins essentiels de la personne soient satisfaits, que sa situation financière soit équilibrée et, parfois même indirectement, qu'elle puisse vivre dans un milieu de vie adéquat, ce qui peut avoir comme effet d'augmenter sa qualité de vie. Ici, les objectifs cliniques de l'intervenant social, comme celui de procurer à la personne un milieu de vie sécuritaire, sont mis en balance avec l'intérêt supérieur de celle-ci. Cet équilibrage est complexe puisque les deux paramètres peuvent sembler similaires pour l'intervenant, mais dissemblables pour la personne âgée.

Pour ce qui est des désavantages liés à la mise en place d'une mesure de protection, rappelons que celle-ci a comme conséquence majeure de retirer partiellement ou totalement le droit d'un individu de prendre des décisions quant à la gestion de sa personne ou de ses biens et, parfois même, sur ces deux volets à la fois. De plus, comme l'illustre le dernier extrait, il peut arriver que les capacités résiduelles de la personne ne soient pas toujours considérées, alors qu'il est important de rechercher leur maintien, afin de ne pas précipiter le déclin de l'autonomie fonctionnelle. Aussi, plus concrètement, les coûts parfois engendrés par l'enclenchement des procédures peuvent aussi avoir un effet modérateur, surtout lorsque la personne dispose de peu de moyens financiers.

En contrepartie, le principal avantage de ne pas enclencher les procédures est la conservation du droit de l'individu de décider librement quant à sa personne et à ses biens. Toutefois, cette situation peut comporter des risques plus élevés d'exploitation par autrui ou de mauvaise gestion des biens pouvant engendrer une diminution des avoirs suffisamment importante pour compromettre le maintien à domicile et affecter la qualité de vie de la personne. De plus, cela peut aussi impliquer plus de risques sur le plan de la sécurité et de la santé de celle-ci.

Généralement, l'évaluation des avantages et désavantages, pour la personne, liés à l'enclenchement ou non du processus se fait en considération de tous les critères précédents et de ce qui est dans le meilleur intérêt de l'individu, ceci en tenant compte de l'ensemble des solutions possibles. Selon le contexte, il se peut que d'autres solutions telles que l'augmentation de l'implication des proches, la mise en place de services d'aide à domicile ou le changement de milieu de vie soient estimées suffisantes, du moins pendant un certain temps, pour garantir la protection de la personne. En fait, l'intervenant social cherche à savoir quelle est la solution, qu'elle soit ou non parmi les mesures de protection prévues par le Code civil du Québec, qui va entraîner le moins d'effets négatifs pour la personne, tout en lui assurant un niveau de protection acceptable, selon ses propres critères cliniques. C'est pourquoi certaines réserves portant sur la protection assurée par le mandat en cas d'inaptitude et les régimes de protection publics peuvent freiner les initiatives allant dans le sens de l'homologation ou de la mise en place d'un régime public. En fait, plus l'étendue des pouvoirs accordés au mandataire ou à un éventuel représentant légal est grande, plus l'intervenant s'assure de la nécessité que soit mise en place une telle mesure de protection et de l'adéquation de l'entourage immédiat de la personne.

4.3.4 Avantages et désavantages pour les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux

- Définition

Les avantages et désavantages pour les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux renvoient aux effets positifs et négatifs, pour ces intervenants, de l'enclenchement ou non des procédures.

- Extraits

En ce qui concerne un de ses clients qui refuse souvent de déboursier pour combler des besoins essentiels, un professionnel aborde l'avantage pour les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux que pourrait entraîner la mise en place d'une mesure de protection:

Nous, c'est cela qu'on souhaite qu'il ait peut-être, un moment donné, un régime de protection parce que, des fois, on a bien du mal à domicile à gérer le quotidien étant donné tous les problèmes qui font obstruction souvent quand on a besoin de quelque chose (27).

Voici un extrait portant sur les désavantages, pour l'intervenant psychosocial, de l'enclenchement du processus de détermination de l'inaptitude :

Et, en même temps, les intervenants psychosociaux sont débordés eux aussi. Alors, quand tu leur demandes pour l'ouverture d'un régime, ils ne sont pas contents, c'est de la « rédac... », c'est ci, c'est ça. Alors je pense que ce n'est pas facile pour personne. Puis, oui, quand on peut s'en sauver... Bien, quand on peut s'en sauver, c'est un drôle de mot à dire, mais quand il y a peu ou pas de risque qu'il y ait vraiment un abus ou que la personne soit en danger. Oui, c'est mis de côté, parce que cela prend du temps de faire un régime (28).

- Analyse

La mise en place d'une mesure de protection peut donc parfois, et dans une certaine mesure, avoir pour visée de faciliter certaines décisions et de soulager la tâche des intervenants, surtout dans le cas où la personne refuse les moyens proposés pour assurer sa protection ou ne collabore peu. En fait, tant que l'inaptitude n'est pas encore déclarée et que la personne persiste à refuser les services ou à collaborer insuffisamment, le réseau est contraint à intervenir en cas de crise, sans pouvoir réellement agir sur les facteurs déclencheurs. Dans une telle situation, s'il y a des risques élevés pour la personne, l'enclenchement du processus de détermination de l'inaptitude peut avoir pour résultat de dégager l'intervenant social d'une certaine forme de responsabilité professionnelle à l'égard de la protection de celle-ci. En effet, tant que les procédures ne sont pas enclenchées, l'intervenant social conserve une plus grande responsabilité quant à la protection de la personne et peut donc être sujet à des pressions de la part de l'entourage ou à des accusations possibles si des difficultés se présentent et que, pour divers motifs, il n'a pas agi à temps pour les prévenir.

D'un autre côté, la démarche d'évaluation de l'inaptitude ne s'effectue pas toujours sans contrainte pour l'intervenant social. En effet, elle requiert en soi un temps considérable et des compétences pointues. Si l'intervenant social a une charge de travail élevée, une tâche supplémentaire et parfois inhabituelle comme l'évaluation de l'inaptitude peut lui sembler contraignante, d'autant plus que celle-ci s'inscrit dans un contexte légal et implique la rédaction d'un rapport psychosocial. Toutefois, d'après les propos d'un intervenant, il semble qu'il soit moins contraignant d'effectuer des démarches dans le cadre de l'homologation d'un mandat que pour l'ouverture d'un régime de protection. Il est possible de penser que la charge mentale qui est associée à l'évaluation de l'inaptitude puisse aussi varier selon le contexte institutionnel. En

effet, le travail dans un établissement spécialisé permet aux intervenants d'accumuler une expertise en la matière, ce qui n'est pas toujours le cas pour ceux œuvrant dans un service ouvert à toute la population.

La mise en place d'une mesure de protection peut également avoir des conséquences néfastes sur la relation créée entre l'intervenant social, la personne et parfois même son entourage immédiat. Comme il faut parfois beaucoup de temps avant de pouvoir gagner la confiance d'un individu, l'intervenant social est parfois préoccupé par l'éventualité de briser la relation établie, surtout que la mise en place d'une mesure de protection ne signifie pas automatiquement l'arrêt d'un suivi.

À l'opposé, le statu quo ou l'emploi d'autres solutions suppose que, dans certains cas, l'intervenant doit composer avec des décisions et comportements chez la personne pouvant gêner certaines interventions, voire accroître les risques pour elle-même. Néanmoins, cela permet à l'intervenant social d'éviter les contraintes directement liées à la démarche d'évaluation, en plus de préserver plus facilement la relation de confiance, tout en ayant le sentiment d'agir davantage dans le respect des volontés, de l'autonomie, des droits et libertés de la personne.

- Synthèse

Lors de sa démarche d'évaluation, l'intervenant social amasse des preuves en provenance de diverses sources, dont la quantité varie en fonction de la valeur accordée à chacune. Au fur et à mesure que les preuves s'accumulent, des critères liés à l'inaptitude et au besoin de protection sont rencontrés. Si, ajouté à cela, l'intervenant estime qu'il y a plus de bénéfices pour la personne que soit mise en place une mesure de protection, la nécessité d'entamer les procédures devient alors évidente. Dans cette dernière estimation, le droit d'un individu de décider librement quant à sa personne et ses biens est privilégié tant que n'existent pas de risques trop élevés et qu'une certaine qualité de vie est toujours possible sans la mise en place d'une mesure de protection.

En ce qui concerne les avantages et désavantages, pour les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, rattachés à l'enclenchement des procédures, il semble que la possibilité de faciliter leurs interventions quotidiennes et de réduire leur responsabilité quant à la protection de la personne puisse, dans certaines circonstances, les rendre enclins à favoriser une mise sous

protection, même si cela implique alors de se soumettre à des règles procédurales et de risquer des liens établis. Il faut toutefois demeurer prudent dans notre analyse, car nous ignorons l'influence exacte de ces éléments sur le jugement professionnel des intervenants sociaux. En raison des exigences liées au Code civil du Québec et de l'encadrement de la pratique qui en découle, il est possible de croire que ces professionnels considèrent avant tout l'intérêt de la personne âgée et relèguent en tout dernier plan tout motif personnel.

Finalement, il ne faut pas oublier qu'il y a aussi des effets positifs et négatifs, pour l'entourage de la personne, liés à la mise en place d'une mesure de protection. Par exemple, la mise sous protection peut faciliter plusieurs actes de gestion réalisés par l'entourage, alors que le statu quo ou l'emploi d'autres solutions permet parfois d'éviter, du moins pendant un certain temps, de confronter leur proche à ses pertes cognitives. Ainsi, la perspective des effets de la mise en place d'une mesure de protection peut amener les membres de l'entourage à être demandeurs d'une évaluation de l'inaptitude ou, au contraire, à être plus réfractaires vis-à-vis cette solution.

4.3.5 Articulation des composantes du processus

Maintenant, nous allons présenter un schéma visant à rendre compte de l'ensemble du processus réalisé par l'intervenant social et des liens qui existent entre ses diverses composantes.

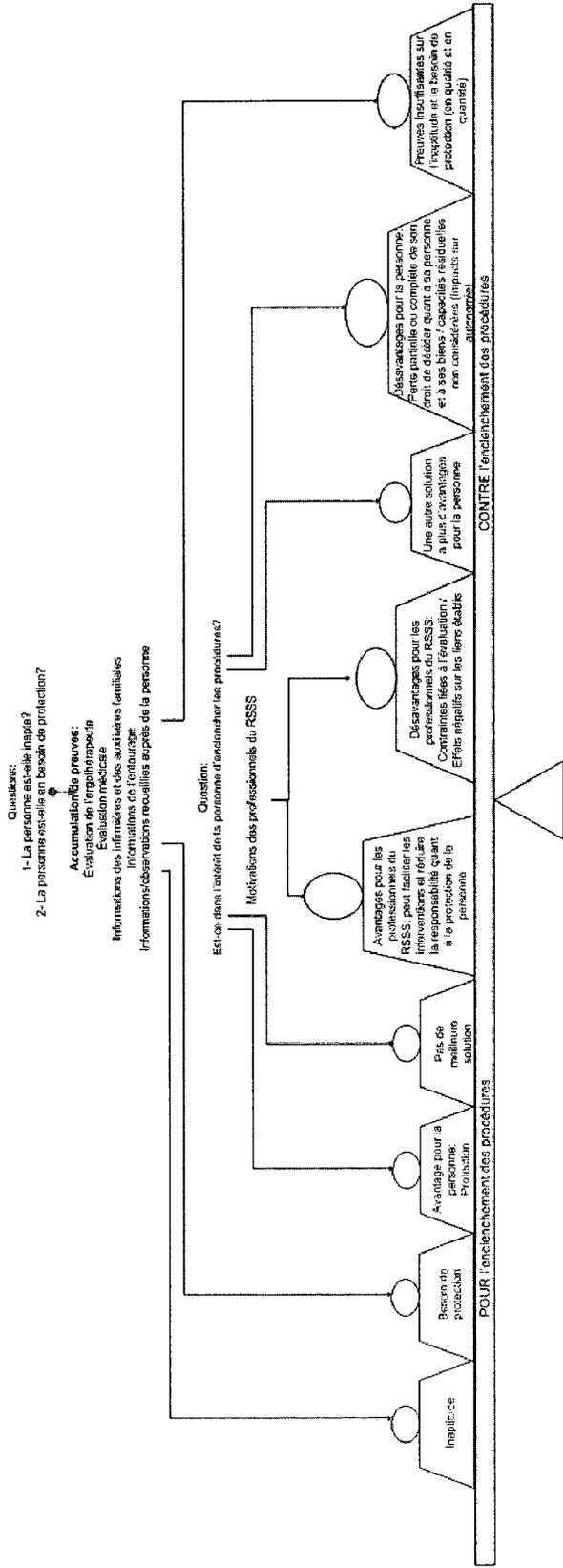


Figure 7 : Modèle: processus de collecte de données, d'analyse et de décision

4.3.6 Explications du modèle sur l'articulation des composantes du processus

L'intervenant social accumule des preuves en provenance de diverses sources appuyant la présence d'une inaptitude et d'un besoin de protection. Plus il y a de preuves qui permettent que des critères soient rencontrés et plus la balance penche vers l'enclenchement des procédures. La préoccupation centrale de l'intervenant social demeure le besoin de protection, même s'il cherche également à obtenir des informations appuyant la présence d'une inaptitude, informations qu'il inscrit ou non dans son rapport psychosocial. Pour l'intervenant social, même si l'inaptitude est manifeste, elle n'est pas synonyme de besoin de protection. Ainsi, l'inaptitude n'est pas suffisante pour justifier la mise en place d'une mesure de protection, même si elle est associée à des risques - aussi faibles soient-ils - en raison de l'impossibilité de contrôler entièrement l'environnement et les actes de la personne. Après avoir amassé un certain nombre de données, l'intervenant social évalue s'il est dans l'intérêt de la personne que soit mise en place une mesure de protection. Pour cela, il va examiner toutes les solutions possibles en estimant les avantages et désavantages reliés à chacune. Si aucune autre solution ne peut garantir suffisamment la protection de la personne, cela ajoute plus de poids du côté de la mise en place d'une mesure de protection. De plus, lors de situations plus difficiles, les avantages que peuvent retirer les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux peuvent faire prévaloir l'enclenchement du processus de détermination de l'inaptitude. Finalement, plus il y a d'éléments en faveur de l'enclenchement des procédures et plus la décision d'enclencher les procédures semble certaine. En fait, l'incertitude se situe dans la zone d'équilibre instable, c'est-à-dire lorsque la balance ne penche pas clairement d'un côté ou de l'autre.

Pour faciliter la compréhension, les composantes du modèle ci-dessus ont été présentées selon un ordre bien précis, même si dans la réalité elles se chevauchent et peuvent se présenter suivant une autre séquence. En effet, comme il n'y a pas toujours une rupture nette entre l'évaluation psychosociale courante et celle réalisée dans le cadre de la détermination de l'inaptitude, des informations sont amassées, pouvant soutenir la présence d'une inaptitude et d'un besoin de protection, avant même que survienne les questions à cet effet. De plus, comme la protection est au cœur des préoccupations de l'intervenant social, la question sur le besoin de protection peut se présenter avant celle portant directement sur l'inaptitude. Ici, nous pensons que la protection doit

être comprise au sens large et non strictement en fonction du besoin d'un individu d'être assisté ou représenté dans l'exercice de ses droits civils. À notre avis, c'est ce qui explique que l'enclenchement des procédures soit parfois un moyen pour l'intervenant social d'atteindre des objectifs cliniques allant au-delà du cadre prévu par la loi dans un tel contexte (ex : changement de milieu de vie). Dans de tels cas, toujours en ayant un lien avec l'inaptitude, l'outil légal est employé à d'autres fins, en appui sur une représentation professionnelle de l'intérêt supérieur de la personne âgée. Aussi, il arrive souvent que la décision d'enclencher les procédures soit prise lorsque tous les autres outils ont épuisé leur potentiel de protection, ce qui illustre comment, au moins pour les personnes connues, la détermination de l'inaptitude s'inscrit dans une logique avant tout clinique, celle-ci étant alors une solution parmi d'autres. De plus, cela indique que l'intervenant social doit estimer à plus d'un moment de son processus les avantages et désavantages liés aux différentes solutions possibles, celles-ci variant selon l'évolution de la situation de l'individu. Ainsi, les composantes exposées dans cette section ne sont pas contenues dans un modèle statique, mais bien à l'intérieur d'un processus impliquant plusieurs étapes de recueil de données, d'analyse et de décision.

4.4 Liens entre les résultats de recherche et le cadre conceptuel

Regardons maintenant les liens qui peuvent être établis entre les résultats et le contenu du cadre conceptuel. À ce propos, il faut reconnaître que même si des catégories de critères ont été identifiées dans le cadre conceptuel, ce dernier nous éclaire davantage sur le processus de collecte de données, d'analyse et de décision. En effet, dans la section portant sur le jugement professionnel en soins infirmiers, nous avons vu que la démarche diagnostique de l'infirmière s'intègre dans la démarche infirmière. Les quatre activités de cette démarche diagnostique ont été présentées : le recueil d'informations, l'interprétation des données, le regroupement des indices et la désignation d'un groupe d'indices. Quant à eux, les résultats démontrent que la démarche d'évaluation de l'inaptitude s'arrime bien souvent à l'évaluation courante de l'intervenant social œuvrant dans le secteur du soutien à domicile. Évidemment, cette continuité est observée pour les évaluations qui touchent les dossiers déjà connus dans ce secteur. Aussi, l'évaluation psychosociale réalisée dans le cadre de la détermination de l'inaptitude semble renfermer les quatre activités identifiées dans la démarche diagnostique de l'infirmière. Effectivement, ce professionnel collecte des données auprès de diverses sources, il les interprète à partir de

différents points de références, les regroupe en fonction du sens donné et de la valeur attribuée à chacune, puis les associe aux critères à rencontrer. Il faut préciser que les discours des intervenants sociaux nous ont permis de voir l'influence de plusieurs des points de références soulevés par Gordon (1991). Toutefois, comme notre analyse ne consistait pas à vérifier ces arguments théoriques, nous ne pouvons démontrer l'influence exacte de chacun des points de références sur les activités de l'intervenant social.

Dans la partie qui traite du jugement en lien avec l'éthique, nous avons exposé les étapes les plus souvent retrouvées dans les modèles et grilles de décision en lien avec l'éthique. Ces étapes étaient les suivantes : identifier le problème en relevant les enjeux; revoir les principes, lois et règlements relatifs à la situation; consulter ses collègues quant à la question d'intérêt; considérer l'ensemble des possibilités; prévoir les conséquences de chacune; prendre une décision à la lumière de ces étapes; passer à l'action; évaluer le résultat de cette action. Plusieurs de ces étapes semblent correspondre au processus de collecte de données, d'analyse et de décision présenté précédemment. En effet, à partir d'informations amassées, l'intervenant identifie un problème, tout en étant conscient des enjeux liés à l'autonomie et à la protection de la personne. Comme le travail interdisciplinaire est encouragé dans les institutions, l'intervenant social est souvent amené à consulter ses collègues dans l'estimation de ce qui est dans le meilleur intérêt pour la personne. Il considère les diverses solutions possibles et estime leurs conséquences pour la personne. Il prend la décision d'enclencher ou non les procédures à la lumière de toutes ces étapes et passe à l'action si tel est le choix effectué. Bien que nous pensions que l'intervenant revoit les procédures et règles relatives à la situation et évalue le résultat final de sa démarche, peu d'informations permettent de l'affirmer sans hésitation.

Dans la partie ayant pour sujet la prise de décisions, nous avons vu que selon le modèle de Boire-Lavigne (2003), les cadres institutionnel, juridique, professionnel et familial établissent des normes et poursuivent des finalités pouvant guider les décisions des acteurs individuels. En se basant sur le travail de Le Moigne (1990), cette auteure a présenté les interactions conduisant à la prise de décisions à partir de trois activités : la problématisation, la conception et la sélection. La première activité semble se rapprocher de l'étape d'identification du problème soulevée

précédemment, alors que les deux autres paraissent correspondre aux étapes dans lesquelles l'intervenant considère l'ensemble des possibilités et prévoit les conséquences de chacune.

Dans la partie ayant pour objet le processus décisionnel et la prise de décisions lors de l'évaluation des signalements en protection de la jeunesse, nous avons vu que l'intervenant évalue souvent les risques de laisser un enfant dans sa famille par rapport aux conséquences d'un placement. Lors de l'évaluation d'un signalement, l'intervenant ne considère pas seulement la gravité des faits ou leurs conséquences sur l'enfant, mais aussi l'attitude des individus impliqués et les ressources disponibles. La difficulté à définir l'enfant en besoin de protection a aussi été soulevée. En se rapportant maintenant aux résultats de ce mémoire, il est possible d'établir plusieurs liens entre l'évaluation réalisée dans le cadre d'un signalement en protection de la jeunesse et celle effectuée pour déterminer l'inaptitude. Dans les deux cas, même si la gravité des faits et leurs conséquences sont considérées, ce n'est pas suffisant pour conclure au besoin de protection, car une appréciation du réseau est également nécessaire. Aussi, une même difficulté se présente, celle d'identifier à quel moment les risques sont suffisamment élevés pour qu'il devienne nettement plus avantageux que soit mise en place une mesure de protection. La limite qui sépare le risque acceptable du risque trop élevé n'est pas clairement établie et c'est ce qui est la principale source d'inconfort pour plusieurs intervenants sociaux.

Dans la section traitant du schéma de Montambault et Simard (2004), quatre facteurs attribuables aux intervenants ont été présentés : les savoirs appris, les savoirs d'expériences, les perceptions et les valeurs. Pour ce qui est des savoirs appris, les résultats ne permettent pas d'indiquer l'influence exacte de tels points de références. Pour les savoir d'expériences, nous savons que l'opinion d'autres intervenants est habituellement recherchée, mais nous disposons de très peu d'informations sur l'effet exact des années de pratique sur la gestion des risques et l'impact de l'appréciation des décisions antérieures. En ce qui a trait aux perceptions de l'opinion publique et des impacts du placement, elles semblent correspondre à l'évaluation que fait l'intervenant social des avantages et désavantages liés à l'enclenchement des procédures, et cela, d'abord pour la personne âgée et possiblement dans un second temps, pour les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux. Quant aux valeurs, comme elles interviennent dans le choix de privilégier les liens avec la famille directe de l'enfant ou l'établissement de relations plus stables

par un placement, nous pensons qu'elles peuvent également influencer dans la décision de ce qui est dans le meilleur intérêt pour la personne âgée : sa protection ou la préservation de son droit à l'autodétermination.

En ce qui concerne le schéma synthétisant le cadre conceptuel, au regard des résultats obtenus, il est possible de dire que les critères de la dimension clinique méthodique occupent une place importante dans la démarche d'évaluation de l'intervenant social. Certes, la dimension pragmatique est présente, mais il demeure difficile d'identifier dans quelle proportion exacte. Il s'avère que beaucoup de critères qui paraissent à prime abord rattachés à la dimension pragmatique soient reconnus cliniquement. Par exemple, les avoirs de la personne et son isolement sont des critères mentionnés par Curateur public du Québec et par l'OPTSQ, qui découlent en réalité de l'article 270 du Code civil du Québec. Quant à la dimension personnelle, nous avons vu que les premières impressions peuvent influencer l'interprétation des données si d'autres informations viennent ensuite les confirmer. Aussi, il semble que certains avantages pour les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux puissent conduire à la décision d'enclencher les procédures. Pour ce qui est de l'influence des contextes juridique, professionnel et institutionnel sur la démarche d'évaluation de l'inaptitude, elle nous apparaît maintenant manifeste, ne serait-ce qu'en raison de la position occupée par la dimension clinique méthodique dans l'évaluation de l'inaptitude.

4.5 Le rôle de l'intervenant social

Dans cette section, nous aborderons d'abord le jugement professionnel de l'intervenant social sur l'inaptitude. Ensuite, nous verrons plus en profondeur les liens qui existent entre l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle et celle de l'inaptitude, car cela nous permettra de mieux comprendre le rôle de l'intervenant social dans le processus de détermination de l'inaptitude. Finalement, à la lumière des résultats et de l'analyse, nous discuterons de ce rôle.

4.5.1 Jugement professionnel sur l'inaptitude d'un individu

D'abord, rappelons que les intervenants sociaux sont appelés, dans le volet psychosocial du rapport du directeur général du Curateur public du Québec, à donner leur appréciation de l'inaptitude, incluant obligatoirement son degré. Conséquemment, certains intervenants sociaux tentent d'évaluer, parfois en s'inspirant de méthodes ou d'outils dont l'usage est reconnu à des

professionnels d'autres disciplines, les atteintes cognitives de la personne et de poser ainsi un jugement sur le degré et la durée de son inaptitude. D'autres, considérant que l'émission d'un jugement sur l'inaptitude se doit d'être réservée aux professionnels du champ médical, se concentrent sur le fonctionnement de la personne au quotidien. Ainsi, en complémentarité avec l'évaluation médicale, ils amassent des preuves liées aux impacts des atteintes cognitives de la personne dans ses activités de la vie quotidienne et domestique, ainsi que dans la gestion de ses biens. Cette dernière stratégie amène à se poser la question suivante : l'intervenant social peut-il se concentrer sur le fonctionnement d'un individu au quotidien pour apprécier son inaptitude? D'après le guide pour la rédaction du volet psychosocial du rapport du directeur général du Curateur public du Québec, la rubrique « appréciation de l'inaptitude » devrait non seulement contenir des données soutenant la présomption d'inaptitude, incluant son degré, mais également concorder avec les résultats de l'évaluation médicale, tout en y apportant des précisions ou des nuances et en l'étayant de faits, notamment sur les capacités de la personne à transiger, à prendre des décisions la concernant, à signer et respecter un contrat. L'évaluation de ces dernières capacités implique que l'intervenant doive aller au-delà du fonctionnement quotidien de la personne dans l'appréciation de l'inaptitude. C'est pourquoi, il nous apparaît important que soit précisé par quel moyen l'intervenant social peut évaluer ces capacités additionnelles sans estimer le potentiel de la personne à partir d'autres faits observés ou rapportés.

Quoiqu'il en soit, dans le cas d'une ou l'autre des stratégies, l'intervenant social cherche à s'assurer de la présence d'une inaptitude chez la personne, même s'il ne prend pas toujours une position nette à ce sujet. Ces différentes stratégies peuvent probablement s'expliquer par le niveau de compétence de l'intervenant, lui-même découlant de sa formation, de la proximité de partenaires professionnels compétents, du support institutionnel, etc.

4.5.2 Évaluations de l'autonomie fonctionnelle et de l'inaptitude

Rappelons que l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle fait partie de la pratique courante de l'intervenant social œuvrant dans le secteur du soutien à domicile et qu'elle est réalisée à partir du Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF) qui est contenu dans l'Outil d'Évaluation Multiclientèle (OEMC). Or, les critères utilisés pour évaluer l'autonomie fonctionnelle ne sont pas toujours énoncés de manière clairement distincte de ceux employés

pour la détermination de l'inaptitude. Il est donc possible de croire qu'il y a des intervenants sociaux qui intègrent l'évaluation de l'inaptitude à leur démarche courante. D'ailleurs, les données recueillies auprès des intervenants sociaux révèlent que plusieurs des items évalués dans le SMAF sont considérés dans l'évaluation de l'inaptitude. À ce sujet, il importe de mentionner que le volet psychosocial du rapport du directeur général du Curateur public du Québec contient une brève section portant sur les observations reliées à l'autonomie. Dans cette partie, l'intervenant social doit se prononcer sur le degré d'autonomie de la personne dans trois des dimensions retrouvées dans le SMAF, c'est-à-dire les activités de la vie quotidienne, la mobilité et les activités de la vie domestique. Il doit également indiquer si la personne a des troubles du langage ou de l'audition, ceux-ci étant deux des trois items de la dimension communication décrite dans le SMAF. Finalement, l'intervenant social doit aborder la compensation, ce qui est aussi requis lors de l'évaluation du handicap réalisée pour chaque item du SMAF.

Comme certains items sont considérés autant dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle que dans celle de l'inaptitude, cela entraîne des démarches qui souvent se chevauchent ou se succèdent. C'est pourquoi ces démarches semblent bien souvent réalisées dans une optique de complémentarité ou de continuité. D'ailleurs, que ce soit dans le cadre de l'évaluation courante de l'autonomie fonctionnelle ou de celle de l'inaptitude, l'intervenant cherche à garantir la sécurité de la personne, tout en demeurant sensible à la préservation de sa santé et de sa qualité de vie.

Finalement, même si l'intervenant social fait une investigation plus poussée dans le cadre du processus de détermination de l'inaptitude, l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle peut fournir des informations utiles sur le besoin de protection, en plus de permettre de constater les impacts des atteintes cognitives au quotidien et donc de soutenir la présomption de l'inaptitude, cela plus spécifiquement quant à la gestion de sa personne.

4.5.3 Discussion sur le rôle de l'intervenant social

La protection est la cible première de l'intervention de l'intervenant social. Ainsi, ce professionnel n'agit pas selon une logique de mesure de la perte, mais bien de l'appréhension des risques. À notre avis, cela soulève la nécessité de faire reconnaître davantage l'importance d'évaluer le besoin de protection et de mieux distinguer la démarche d'évaluation réalisée par ce professionnel dans le cadre de l'ouverture d'un régime de protection de celle effectuée pour l'homologation d'un mandat, sachant que dans ce deuxième cas, le besoin de protection n'est pas une condition essentielle du point de vue légal.

À première vue, il est possible de penser que certains intervenants sociaux dépassent parfois leur rôle, notamment lorsqu'ils emploient des outils ou des méthodes d'autres disciplines ou qu'ils inscrivent dans leur rapport une opinion portant directement sur l'inaptitude et son degré sans référence à d'autres évaluations (ex : rapport médical). En fait, cela soulève l'importance d'apporter des clarifications sur le rôle de l'intervenant social dans le processus de détermination de l'inaptitude, ainsi que plus spécifiquement quant à la conclusion qu'il doit rédiger. S'il s'avère que l'intervenant social doit émettre une opinion professionnelle sur l'inaptitude qui implique une évaluation directe des fonctions mentales, incluant le degré d'inaptitude, cela va certainement renforcer la volonté chez certains intervenants de voir reconnaître leur compétence d'administrer certains tests standardisés, ceci afin de pouvoir évaluer les facultés mentales de manière plus exhaustive. Si, au contraire, l'intervenant social doit s'éloigner de l'importance traditionnellement accordée à l'examen mental et au diagnostic médical pour se concentrer sur les impacts des atteintes cognitives dans la vie quotidienne de la personne, ainsi que sur sa capacité à se protéger, il apparaît alors nécessaire de clarifier la place exacte que doit occuper l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle dans le processus. Dans un tel cas, il serait également opportun d'apporter plus de précisions sur le concept de besoin de protection et sur les facteurs de risques, afin d'aider l'intervenant à établir plus aisément la limite qui sépare un risque acceptable d'un risque trop élevé, sans toutefois omettre que tout jugement professionnel implique une certaine part d'incertitude.

Il semble qu'il soit plus facile de composer avec les risques associés au maintien du droit d'un individu de décider librement quant à sa personne et à ses biens s'il y a plusieurs professionnels impliqués et qu'il y a un consensus à cet effet. Le consensus paraît apporter à l'intervenant social l'assurance d'un jugement plus objectif, ainsi qu'un sentiment d'être mieux protégé dans l'éventualité d'une contestation. Il arrive toutefois que des tensions soient présentes au sein d'une équipe de travail en raison de visions divergentes. En effet, comme ce n'est pas tout le monde qui a le même niveau de confort par rapport à la gestion des risques, il peut y avoir des intervenants qui sont plus enclins à protéger que d'autres, ce qui les amène à vouloir enclencher plus rapidement les procédures.

Évidemment, la mise en place d'une mesure de protection ne garantit pas une protection absolue, et cela, même dans le cas où une vérification périodique des faits et gestes de la personne désignée comme mandataire ou représentant légal est prévue. D'ailleurs, un intervenant est d'avis qu'il faudrait une évaluation beaucoup plus approfondie pour vraiment s'assurer de l'adéquation du mandataire ou du représentant légal. Une fois de plus, cela soulève la question des limites inhérentes à l'évaluation de l'intervenant social, puisqu'en plus de l'appréciation de l'incapacité de la personne et de son besoin de protection, il doit se prononcer sur le mandataire ou l'éventuel représentant légal.

Pour ce qui est plus spécifiquement de l'évaluation du besoin de protection d'un individu en lien avec l'administration de ses biens, il faut rappeler que les informations sur sa situation financière sont parfois difficiles à obtenir ou à vérifier par l'intervenant social en raison de leur caractère confidentiel. Même s'il est indiqué dans le guide pour la rédaction du rapport du directeur général du Curateur public du Québec que cette section doit être complétée à partir d'informations connues par l'intervenant, plusieurs cherchent à remplir tous les points de cette rubrique, par souci de remettre un rapport d'évaluation bien étoffé. À notre avis, sans un minimum d'investigation, l'intervenant social dispose de très peu d'informations sur le sujet. Par conséquent, cela soulève la question de jusqu'où l'intervenant doit se renseigner sur la situation financière de la personne. À notre avis, il serait bénéfique qu'une réflexion soit amorcée, afin d'apporter plus de précisions à l'intervenant social sur les informations qu'il doit amasser

concernant la situation financière du majeur et de s'assurer que les exigences à l'égard de ce professionnel respectent bien les limites de son mandat.

Finalement, l'emploi préconisé en service social d'une approche d'intervention centrée sur l'interaction de la personne avec son environnement amène l'intervenant social à considérer un ensemble de systèmes, dont font partie les membres de l'entourage de la personne et les différents intervenants du réseau de la santé et des services sociaux (OPTSQ, 2005). Cette approche pousse l'intervenant social à entrer en relation non seulement avec la personne âgée, mais également avec les différents acteurs de son environnement, ce qui, dans le cadre de la détermination de l'inaptitude, peut lui permettre d'accéder à de nombreuses informations sur son fonctionnement quotidien et son besoin de protection. À notre avis, cette spécificité se doit d'être mieux reconnue, afin que les exigences liées à la démarche d'évaluation psychosociale correspondent davantage au rôle que l'intervenant social doit jouer dans le processus de détermination de l'inaptitude.

4.6 Retombées escomptées pour la pratique

Pour ce qui est des retombées escomptées pour la pratique en service social, il faut d'abord mentionner que l'OPTSQ (1998) indique que plusieurs travailleurs sociaux, indépendamment de leur milieu d'exercice, vivent des difficultés à se définir clairement ou à se décrire aisément aux autres. Soulet (1997) observe ce même problème, puisqu'il soulève qu'il est difficile pour plusieurs intervenants sociaux de fournir une définition signifiante de leur pratique. Ainsi, il est souhaité que l'identification de critères guidant le jugement de ces professionnels dans l'évaluation de l'inaptitude puisse faciliter l'explicitation de leur pratique. Aussi, il est attendu que ce mémoire puisse non seulement apporter une meilleure compréhension de l'évaluation de l'inaptitude réalisée par l'intervenant social, mais aussi de l'ensemble du processus de détermination de l'inaptitude. À ce sujet, l'OPTSQ (2004) signale que les travailleurs sociaux doivent maîtriser le processus d'évaluation psychosociale et posséder une vue d'ensemble de la procédure menant à la mise en place d'une mesure de protection. De plus, nous pensons que l'identification de critères guidant les intervenants sociaux dans leur démarche d'évaluation peut permettre une plus grande reconnaissance de leur rôle et de leur expertise, en plus de faciliter le travail interdisciplinaire. En effet, une meilleure connaissance du rôle de chacun peut augmenter

la collaboration entre les professionnels, puisque cela permet de délimiter plus clairement les responsabilités de chaque acteur. À ce sujet, Gordon (1991) affirme que la compréhension du point de vue de sa propre profession et de celui des autres est la première étape vers une pratique en collaboration. Puis, même si ce mémoire ne vise pas à définir l'inaptitude, il est souhaité qu'il permette de mieux saisir ce concept, ce qui peut aider les professionnels dans leurs futures évaluations. Finalement, il est espéré que cette recherche contribue à l'amélioration de la pratique en service social en contexte de détermination de l'inaptitude. À ce propos, l'OPTSQ (2004) insiste sur l'importance pour le travailleur social d'acquérir une formation spécifique à ce champ de pratique. Parmi les connaissances que cet ordre professionnel mentionne, il y a celles sur l'inaptitude, sur la place du travailleur social dans ce contexte de travail qui implique des acteurs de diverses disciplines, ainsi que sur les facteurs de vulnérabilité, l'évaluation du risque et le dépistage des différentes formes d'abus.

4.7 Limites de l'étude

Quelques problèmes ont été rencontrés au cours de la présente recherche, ce qui peut avoir un effet sur la généralisation des résultats. L'absence d'une théorie sur l'évaluation et le jugement professionnel a complexifié l'élaboration du cadre conceptuel. Pour cette raison ou pour une autre, la grille de lecture bâtie au départ s'est avérée contraignante et moins adaptée que prévu. En effet, sur ce dernier point, les données obtenues n'ont pas permis de nettement départager les critères associés aux dimensions personnelle, pragmatique et clinique méthodique. À cela s'est ajouté la difficulté de distinguer ce qui relevait des différents contextes entourant l'évaluation de l'inaptitude et de cerner dans quelle proportion chacun pouvait influencer le jugement professionnel de l'intervenant social.

Rappelons que dans la première partie de l'entretien, l'emploi de l'approche d'explicitation de la pratique (Vermersch, 1996) visait à amener l'intervenant social à décrire en détails les actions réalisées dans l'évaluation de l'inaptitude, ceci afin de le conduire à un discours le plus naturel possible. Que ce soit en lien ou non avec l'utilisation de cette approche, le récit de certains intervenants sociaux s'est révélé quelque peu désordonné, ce qui a complexifié l'analyse des données. En effet, dans leur discours, plusieurs intervenants ne distinguaient pas clairement l'inaptitude à gérer sa personne de l'inaptitude à administrer ses biens. L'évaluation réalisée dans

le cadre de l'homologation d'un mandat se confondait avec celle effectuée pour l'ouverture d'un régime de protection. La même situation se présentait dans le cadre du soutien à domicile et de la détermination de l'inaptitude. De plus, malgré la consigne de départ et les relances effectuées pour rendre la narration plus près de la pratique concrète, certains intervenants ont conservé un discours plus général. Il est possible de penser que cela reflète l'importance accordée aux critères cliniques reconnus par le Curateur public du Québec et l'OPTSQ, mais il n'y a toutefois aucune certitude à ce sujet. À cela, s'est ajoutée la méconnaissance de certains intervenants sur la procédure à réaliser dans le cadre de l'évaluation de l'inaptitude. Selon nous, ces imprécisions révèlent, d'une part, l'état des connaissances des intervenants sociaux en matière de détermination de l'inaptitude mais, d'autre part, la nécessité clinique de jongler avec différents critères selon les circonstances. Finalement, mentionnons que les intervenants disposaient de la liberté de choisir une évaluation réalisée dans le cadre de l'homologation d'un mandat ou de l'ouverture d'un régime de protection, alors qu'il y a des distinctions majeures en ce qui a trait à l'évaluation du besoin de protection et à l'enclenchement des procédures.

4.8 Conclusion

Nous avons dévoilé les catégories et les critères qui guident l'intervenant social dans son jugement professionnel lors de la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée. À l'aide d'un schéma, nous avons présenté la catégorie de critères occupant une position centrale dans l'évaluation effectuée par l'intervenant social, ainsi que les liens entre toutes les catégories. Les diverses composantes du processus de collecte de données, d'analyse et de décision ont été exposées. Un second schéma a permis de montrer l'articulation de ces composantes. Des liens ont été établis entre les résultats de recherche et le contenu du cadre conceptuel. À la lumière des résultats, nous avons parlé du rôle de l'intervenant social dans le processus de détermination de l'inaptitude. Finalement, les retombées escomptées pour la pratique en service social et les limites de l'étude ont été révélées, ce qui nous permet maintenant de présenter la conclusion générale de notre recherche.

5 CONCLUSION GÉNÉRALE

Dans ce mémoire, nous avons présenté, à partir d'une recension des écrits, la problématique en mettant en contexte l'évaluation de l'inaptitude de la personne âgée réalisée par l'intervenant social. Aussi, nous avons tenté de mieux cerner les concepts d'inaptitude et de critère. Puis, nous avons examiné le jugement professionnel sous différents angles. Une synthèse du contenu du cadre conceptuel a également été effectuée afin de dégager des familles de critères pouvant guider l'intervenant social dans son jugement professionnel. L'analyse de la problématique nous a permis de constater que l'avancement des recherches dans le champ psychosocial, en ce qui concerne l'évaluation psychosociale de l'inaptitude et le jugement professionnel de l'intervenant social, est assez réduit. C'est pourquoi, il nous est apparu essentiel de chercher à savoir quels sont les critères qui guident le jugement professionnel de l'intervenant social dans l'évaluation de l'inaptitude de la personne âgée. Comme nous l'avons vu dans la section portant sur les objectifs de la recherche et la méthodologie, des éléments de réponse en lien avec cette question étaient recherchés. Suite à la présentation des objectifs de la recherche, nous avons proposé une approche méthodologique inductive, qualitative et exploratoire en démontrant les avantages d'un tel choix. Dans la section traitant des résultats et de l'analyse, les catégories et les critères guidant l'intervenant social dans son jugement professionnel ont été exposés, de même que les composantes du processus de collecte de données, d'analyse et de décision qui peuvent conduire à l'enclenchement des procédures pour la détermination de l'inaptitude. Puis, à partir des résultats, nous avons tenté de mieux cerner le rôle de l'intervenant social dans le processus de détermination de l'inaptitude.

En ce qui concerne les objectifs poursuivis, rappelons que le premier était d'identifier les critères et le processus à la base du jugement professionnel de l'intervenant social quant à la nécessité d'enclencher le processus de détermination de l'inaptitude. À ce propos, nous avons vu que plus l'intervenant social amasse de témoignages, d'avis d'experts et d'observations directes indiquant que des critères sont rencontrés, plus l'inaptitude et le besoin de protection sont confirmés. Si, ajouté à cela, il y a plus d'avantages que soit enclenché le processus de détermination de l'inaptitude, autant pour la personne âgée que pour les professionnels, la décision de l'intervenant social penchera alors dans ce sens. Pour ce qui est du second objectif, il consistait à identifier et à

regrouper en catégorie les divers critères qui guident l'intervenant dans son jugement professionnel sur l'inaptitude. Les résultats obtenus nous ont permis de voir que la catégorie qui regroupe les critères considérés pour l'évaluation des fonctions mentales est essentielle puisque les atteintes cognitives sont une condition indispensable à toute démarche d'évaluation de l'inaptitude. Pour appuyer la présence de telles atteintes, deux autres catégories interviennent. L'une contient les critères considérés dans l'évaluation de l'inaptitude à gérer sa personne, alors que l'autre renferme les critères liés à l'inaptitude à administrer ses biens. Elles occupent une position très importante dans la construction de la preuve, car elles permettent de voir les impacts des déficits de la personne dans sa vie quotidienne et c'est pourquoi elles appuient aussi la nécessité de protéger la personne. Quant à elle, la catégorie centrale dans l'évaluation de l'inaptitude effectuée par l'intervenant social comprend les critères spécifiques au besoin de protection. Cette catégorie est étroitement liée aux précédentes, puisque des critères rattachés plus directement à l'inaptitude peuvent aussi informer l'intervenant sur le besoin de protection de la personne et vice versa. De son côté, la catégorie des critères de validité permet de s'assurer d'une interprétation plus juste des données recueillies, ce qui est capital en raison du nombre souvent élevé d'informations provenant de diverses sources. En ce qui a trait au troisième objectif, ce dernier consistait à dégager, à partir des critères identifiés, des éléments permettant de mieux cerner le rôle de l'intervenant social. À ce sujet, il faut surtout garder en mémoire que l'intervenant social, à l'aide d'informations de diverses sources, peut fournir une description précise des impacts des atteintes cognitives au quotidien et de l'environnement de la personne, ce qui facilite la reconnaissance de l'inaptitude et de la nécessité de mettre en place une mesure de protection par des moyens légaux.

Suite à nos travaux, de nombreuses questions peuvent être soulevées. L'intervenant social doit s'assurer que la personne est bien protégée, mais jusqu'où doit-il aller dans ce sens? Même en présence d'indices d'inaptitude, est-ce convenable d'employer les outils légaux à d'autres fins (ex : en réponse à un problème d'alcoolisme ou de violence conjugale)? L'intervenant doit-il se concentrer sur l'évaluation des capacités de la personne dans sa vie quotidienne pour apprécier l'inaptitude, sachant que celle-ci est immesurable? Dans l'évaluation psychosociale de l'inaptitude, la recherche d'une conclusion convergente avec celle du rapport médical peut-elle réduire l'impartialité ou, au contraire, permettre une collaboration interprofessionnelle favorisant

une plus grande objectivité? Si une collaboration plus étroite entre les professionnels des champs médical, psychosocial et juridique peut diminuer l'impartialité, quelle stratégie peut être employée pour permettre une meilleure compréhension de l'expertise et du rôle de chacun? Par quels moyens peut-on augmenter la formation des intervenants sociaux et plus spécifiquement, leurs connaissances sur les aspects légaux liés à la détermination de l'inaptitude? Peut-on penser à une spécialisation de la pratique d'évaluation chez les intervenants sociaux, tout en conservant une place importante pour la continuité des services et l'interdisciplinarité?

Finalement, il est souhaité que la présente recherche puisse fournir des repères pour les études à venir sur l'évaluation de l'inaptitude. C'est une des raisons pour lesquelles une présentation par affiche des principales sections du cadre conceptuel a été réalisée lors de la journée scientifique de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke (IUGS) ayant eu lieu le 4 mai 2005. De plus, une communication intitulée Collaborations interprofessionnelles en contexte de détermination de l'inaptitude a été présentée dans le cadre de la 76ème session des cours de perfectionnement du notariat organisée par la Chambre des notaires du Québec, le 3 avril 2008. Toutefois, il faut rappeler que ce mémoire vise à apporter un premier éclairage sur la pratique de l'intervenant social dans le processus de détermination de l'inaptitude et non à couvrir l'ensemble de la question. C'est pourquoi, nous pensons que les acteurs du champ psychosocial auraient avantage à effectuer d'autres recherches en lien avec l'évaluation de l'inaptitude et plus spécialement sur la perception de l'intervenant social quant à son rôle et son évaluation, sur les effets des différents parcours pour une demande d'évaluation, sur l'influence de certains points de références, sur la pratique de l'intervenant social travaillant pour le Curateur public du Québec et en pratique privé, ainsi que sur la conception de l'inaptitude et du besoin de protection de ce professionnel.

6 BIBLIOGRAPHIE

- BAKER, F. M., (1998). "Assessing competency in the elderly", *Guardianship of the Elderly: Psychiatric and Judicial Aspects*, vol. 40, p. 27-40.
- BARBAS, N. R. et E. A. WILDE, (2001). "Competency Issues in Demencia: Medical Decision Making, Driving and Independent Living", *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, vol. 14, no. 4, p. 199-212.
- BEAUCHEMIN, J. P., (1998). "Des troubles cognitifs, oui, mais lesquels?", *Le clinicien*, vol. 13, no. 5, p. 119-137.
- BEAUDRY, M. et Y. COUTURIER, (2005). 73^{ème} congrès de l'ACFAS, Université du Québec à Chicoutimi, *La détermination de l'inaptitude : un processus interdisciplinaire*.
- BLANCHET, S. et al., (2001). « Les troubles cognitifs légers de la personne âgée : revue critique », *Rev Neurol*, vol. 158, no. 1, p. 29-40.
- BULLER, T., (2001). "Competence and risk-relativity", *Bioethics*, vol. 15, no. 2, p. 93-109.
- CAPOZZI, J.D. et R. RHODES, (2002). "Ethics in Practice: Assessing a Patient's Capacity to refuse Treatment", *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 84-A, no. 4, p. 691-693.
- CODE CIVIL DU QUÉBEC, *Site de l'Institut canadien d'information juridique*, [En ligne], 1^{er} octobre 2004, <http://www.canlii.org/qc/legis/loi/ccq/20041104/partie1.html> (Date de la dernière consultation le 7 décembre 2005)
- CODE DE DÉONTOLOGIE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX, *Règlements adoptés en vertu du Code des professions et concernant les travailleurs sociaux*, (2003). Bibliothèque nationale du Québec, Éditeur officiel du Québec, p. 1-8.
- CODE DE PROCÉDURE CIVILE, « Code de procédure civile, L.R.Q. Chapitre C-25, Livre I, Dispositions générales, Titre I, Dispositions introductives », *Site des publications du Québec, du gouvernement du Québec*, [En ligne], 1^{er} novembre 2005, http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_25/C25.HTM (Date de la dernière consultation le 7 décembre 2005).
- CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE, (2004). *La position du CCNTA sur la maladie d'Alzheimer et les démences apparentées*, Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa, CCNTA, 42 p.
- COURCELLES, C. A., (2003). "L'évaluation psychosociale de l'aptitude à consentir d'un majeur: réflexion sur l'expertise psychosociale", *Intervention*, no. 119, p. 92-99.

- DEMAZIÈRE, D. et C. DUBAR, (1997). *Analyser les entretiens biographiques : l'exemple de récits d'insertion*, coll. « Essais et Recherches », éd. Nathan, 350 p.
- DUBUC, N., M. BUTEAU et R. HÉBERT (1997). « Impact des troubles cognitifs sur le coût des services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie », *Vieillessement cognitif normal et pathologique. Les échanges cliniques et scientifiques sur le vieillissement*, sous la direction de R. Hébert, K. Kouri et G. Lacombe, Canada, éd. Edisem, p. 142-162.
- DUPUIS, D. et S. DESJARDINS, (2002). "Le jugement professionnel au Coeur de la pratique éthique", *Revue québécoise de psychologie*, vol. 23, no. 1, p. 53-68.
- ETCHELLS, E. et al., (1999). "Assessment of patient capacity to consent to treatment", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 14, p. 27-34.
- ETCHELLS, E. et al., (1997). "Accuracy of clinical impressions and Mini-Mental State Exam scores for assessing capacity to consent to major medical treatment. Comparison with criterion-standard psychiatric assessments", *Psychosomatics*, vol. 38, no. 3, p. 239-245.
- FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES, *Guide de présentation du travail écrit*, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Décembre 2004, 7^{ème} édition entièrement refondue, 41 p.
- FLEMING, C. et al. (1995). "How to determine decisional capacity in critically ill patients. Presume the patient can make decisions unless proven otherwise", *The Journal of Critical Illness*, vol. 10, no. 3, p. 209-214.
- FORTIN, M. F. et J. CÔTÉ, (1996). « Le cadre de référence », *Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation*, sous la direction de M. F. Fortin, Ville Mont-Royal (Québec), Décarie Éditeur inc., p. 89-98.
- GIRARD, J., (2001). «L'évaluation psychosociale: un processus incontournable pour la sauvegarde de l'autonomie du majeur et complémentaire aux univers légal et médical», dans Barreau du Québec, Service de la formation permanente, *Les mandats en cas d'inaptitude: une panacée?*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 45 p.
- GLASS, K. C., (1997). "Refining definitions and devising instruments: two decades of assessing mental competence", *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 20, no. 1, p. 5-33.
- GORDON, M., (1991). *Diagnostic infirmier: méthodes et applications*, traduction de C. Collet, Paris, Medsi/McGraw-Hill, 589 p.
- HRENCHIR, P. et J.D. KANSAS, (2003). "Testing For Mental Capacity in the Elderly", *Aging, Elder Law Research, Legal*, p. 1-15.

- JACOB, M. et D. LABERGE, (2001). « L'évaluation des signalements à la Direction de la protection de la jeunesse : étude des facteurs qui influencent les décisions prises par les intervenants », *Criminologie*, vol. 34, no 1, p. 123-155.
- JACQUES, M., (2004). *Analyse des arrêts. Tutelle, curatelle et mandat en cas d'incapacité*, Document inédit effectué dans le cadre de l'étude: « Le champ conceptuel de l'incapacité de la personne âgée au carrefour des disciplines » pilotée par un groupe de chercheurs de l'Université de Sherbrooke.
- KIM, S. Y. H. et al., (2002). « Current state of research on decision-making competence of cognitively impaired elderly persons », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 10, no. 2, p. 151-165.
- LAFRAMME, L., (2002). « Variations sur des thèmes connus : le mandat en prévision de l'incapacité et la procuration générale », Chambre des notaires du Québec. Cours de perfectionnement les 8 et 9 novembre 2002 (Québec), publié dans *Cours de perfectionnement de la Chambre des notaires*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais.
- LE CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC, *Les moyens de protection courants*, Site du Curateur public du Québec, Gouvernement du Québec (2002), [En ligne], Dernière modification le 29 septembre 2008, <http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/majeur/incapacite/protection/solutions/courants.html>, (Date de la dernière consultation le 15 décembre 2008).
- LE CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC, *Régimes de protection. Évaluation de l'incapacité*, [En ligne], Dernière modification le 7 décembre 2005, <http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/html/protec/evalu.html> (Date de la dernière consultation le 8 décembre 2005).
- LE CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC, *Formulaires. Le guide pour remplir le rapport du directeur général, volet médical, volet psychosocial*, Site du Curateur public du Québec, Gouvernement du Québec (2003), [En ligne], Dernière modification le 13 mars 2009, <http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/majeur/incapacite/protection/solutions/courants.html>, (Date de la dernière consultation le 8 avril 2009).
- LE CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC, *Formulaires. Évaluation médicale et psychosociale, Guide complet*, Site du Curateur public du Québec, Gouvernement du Québec (2002), [En ligne], Dernière modification le 8 janvier 2010, <http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/majeur/outils/publications/formulaires.html>. Date de la dernière consultation le 10 avril 2010).
- LE CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC, *Un portrait du Curateur public du Québec*, [En ligne], [s.d.], http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/pdf/portrait_cpq.pdf, (Page consultée le 3 avril 2010)

- LE GOUËFF, R., (1995). « Une société en marche vers le 3^{ème} âge », *Psychologie préventive*, no. 27, p. 28-35.
- LE GRAND DICTIONNAIRE DE L'OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE, *Office québécois de la langue française, Québec*, [En ligne], Dernière mise à jour le 8 décembre 2005, http://www.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclef/index1024_1.asp (Date de la dernière consultation le 8 décembre 2005).
- LEO, R. J., (1999). « Competency and the Capacity to Make Treatment Decisions : A Primer for Primary Care Physicians », *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 1, no. 5, p. 131-141.
- LE PETIT LAROUSSE, (1993). Illustré en couleurs, Dictionnaire encyclopédique, Larousse, Paris, 1784 p.
- LEVENSON S.A., et F. M. FEINSOD, (1998). "Determining Decision-Making Capacity and Selecting a Primary Maker". *Annals of the Long-Term Care*, vol. 6, no. 11, p. 370-374.
- LÉVESQUE, A., (2004). *La recension sur l'inaptitude*, Document inédit effectué dans le cadre de l'étude: « Le champ conceptuel de l'inaptitude de la personne âgée au carrefour des disciplines » pilotée par un groupe de chercheurs de l'Université de Sherbrooke, 7 p.
- LINDSAY, G. et P. CLARKSON, (2000). "Ethical dilemmas of psychotherapists", *Ethics: Working with ethical and moral dilemmas in psychotherapy*, p. 1-19.
- LONG, D. et A. M. ROBERT, (1996). « L'évaluation en psychogériatrie de l'aptitude à administrer ses biens, à prendre soin de sa personne et à consentir aux soins », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 17, no. 2.
- LOUE, S., (2002). « Ethical Issues in Informed consent in the Conduct of Research With Aging Person », *Ethics, Law and Aging Review*, vol. 8, p. 3-17.
- MARCHAL, A. et T. PSIUK, (1995). *Le diagnostic infirmier : du raisonnement à la pratique*, Paris, éd. Lamarre, 198 p.
- MAYER, R. et J. P. DESLAURIERS, (2000). « Quelques éléments d'analyse qualitative. L'analyse de contenu, l'analyse ancrée, l'induction analytique et le récit de vie », *Méthodes de recherche en intervention sociale*, sous la direction de Mayer et al., Boucherville (Québec), Canada, Gaëtan Morin éditeur, p.159-189.
- MAYER, R. et M. C. SAINT-JACQUES, (2000). « L'entrevue de recherche », *Méthodes de recherche en intervention sociale*, sous la direction de Mayer et al., Boucherville (Québec), Canada, Gaëtan Morin éditeur, p.115-133.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Statistiques », *Site du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, Gouvernement de Québec*, [En ligne], février 2005, <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/population.html> (Date de la dernière consultation le 7 décembre 2005).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, MSSS, Québec, 47 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2000). *Pour une politique de soutien à domicile des personnes ayant des incapacités et de soutien aux proches. Rapport du comité pour la révision du Cadre de référence sur les services à domicile*, MSSS, Québec, 74 p.
- MOLLOY, W. D. et al., (1996). « Measuring capacity to complete advance directive ». *Journal of American Geriatrics Society*, vol. 44, p. 660-664.
- MONTAMBAULT, E. et M. SIMARD, (2004). « L'influence de facteurs attribuables aux intervenants sociaux dans le processus de décision de placement d'enfants », *Revue Canadienne de Service Social*, vol. 21, no. 2, p. 1-12.
- MORENCY, M.A. et J. SIMARD, (2005). 73^{ème} congrès de l'ACFAS, Université du Québec à Chicoutimi, *Aux sources de la responsabilité des intervenant(e)s : droit, déontologie, conscience collective et éthique*.
- NÉLISSE, C. et I. URIBÉ, (1993). « Le psychologue et les évaluations psychosociales dans le cadre de la nouvelle loi sur le curateur public », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 14, no. 2, p. 1-19.
- ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC, (2004). *Guide de pratique professionnelle des travailleurs sociaux en rapport avec les régimes de protection de la personne majeure*, OPTSQ, 27 p.
- ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC, «Le travail social», *Site de l'Ordre Professionnel des Travailleurs Sociaux du Québec*, [En ligne], 2003, http://www.optsq.org/fr/index_ordre_travailleurssocial_profession.cfm, (Date de la dernière consultation le 15 décembre 2005).
- ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC, «Le travail social», *Site de l'Ordre Professionnel des Travailleurs Sociaux du Québec*, [En ligne], 2005, http://www.optsq.org/fr/index_ordre_travailleurssocial_profession.cfm, (Dernière consultation en avril 2009).
- ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC (1998). *Les travailleurs sociaux à l'aube du troisième millénaire, document de réflexion préparatoire à la tenue des forums régionaux*, OPTSQ, Montréal, p. 2-12.

- ORDRE PROFESSIONNELLE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC, (1996). *Guide à l'intention des travailleurs sociaux exerçant dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux*, OPTSQ, 12 p.
- ORDRE PROFESSIONNELLE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC (1993). *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en CLSC et en milieu scolaire*, OPTSQ, 16 p.
- ORDRE PROFESSIONNELLE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC, (1993). *Les normes de pratique professionnelle des travailleurs sociaux*, OPTSQ, 7 p.
- OUELLET, F. ET M.C. SAINT-JACQUES, (2000). « Les techniques d'échantillonnage », *Méthodes de recherche en intervention sociale*, sous la direction de Mayer et al., Boucherville (Québec), Canada, Gaëtan Morin éditeur, p.71-90.
- PAILLÉ, P. et A. MUCCHIELLI, (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Coll. « U », Paris, Armand Colin éd., 211 p.
- PAYNE, J. et al., (1992). "A Constructive Process View of Decision Making: Multiple Strategies in Judgment and Choice", *Acta Psychology*, P. 107-141.
- PHILIPS-NOOTENS, S., (2003). *Description du projet de recherche ayant pour titre : Le champ conceptuel de l'inaptitude de la personne âgée au carrefour des disciplines*, Document inédit préparé par une équipe de chercheurs de l'Université de Sherbrooke, 16 p.
- PIRES, P. A., (1997). « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique », *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, sous la direction de Poupart, J. et al., Boucherville (Québec), Canada, Gaëtan Morin éditeur, p. 113-169.
- POUPART, J., (1997). « L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques », *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, sous la direction de Poupart, J. et al., Boucherville (Québec), Canada, Gaëtan Morin éditeur, p. 173-209.
- P.L. 21, *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, 1^{ère} sess., 39^e lég., Québec, 2009.
- REISBERG, B. et al. (1982). "The global deterioration scale for the assessment of primary degenerative dementia", *American Journal of Psychiatry*, no 139, p. 1136-1139.
- ROBERT, A. M. et P. LEGAULT, (1992). « La maladie d'Alzheimer : un diagnostic fourre-tout ? », *Médecin du Québec*, vol. 27, no. 9, p. 103-109.
- ROBERT, P., (1979). *Dictionnaire Le Petit Robert I*, Paris, Société du nouveau littré, 2171 p.

- SILBERFELD, M., (1994). "Evaluating decisions in mental capacity assessments". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 9, p. 365-371.
- SILBERFELD, M. et al., (1993). « Évaluation de la capacité de prendre des décisions d'ordre financier chez un adulte atteint d'autisme », *Santé mentale au Canada*, vol. 41, no. 3, p. 2-7.
- SIMARD-TROTTIER, M. et J. VACHON (en collaboration avec Gaby Carrier), (1987). *Les déclarants à la protection de la jeunesse : itinéraire décisionnel*, Université Laval, laboratoire de recherche, École de service social, Bibliothèque nationale du Québec, 135 p.
- SOCIÉTÉ ALZHEIMER, « La maladie d'Alzheimer. Statistiques », *Site de la Société d'Alzheimer*, [En ligne], dernière mise à jour en janvier 2005, <http://www.alzheimer.ca/french/disease/stats-people.htm> (page consultée en 2004)
- SOCIÉTÉ ALZHEIMER, « La maladie d'Alzheimer. Statistiques », *Site de la Société d'Alzheimer*, [En ligne], dernière mise à jour en janvier 2009, <http://www.alzheimer.ca/french/disease/stats-intro.htm> (page consultée en 2009)
- SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PSYCHOLOGIE, « La psychologie peut vous aider dans le traitement des troubles cognitifs et de la démence », *Site de la Société canadienne de psychologie*, [En ligne], http://www.cpa.ca/factsheets/cognitif_fr.html (page consultée en 2004)
- SOULET, M. H., (1997). *Petit précis de grammaire indigène du travail social. Règles, principes et paradoxes de l'intervention sociale au quotidien*, Saint-Paul Fribourg Suisse, Éd. Universitaires de Fribourg Suisse, 268 p.
- STATISTIQUE CANADA, « Population canadienne selon l'âge : la population canadienne vieillit », *Site de statistique Canada*, [En ligne], 17 novembre 2004, http://www.statcan.ca/francais/freepub/71-222-XIF/2004000/chart-m69_f.htm (Date de la dernière consultation le 7 décembre 2005).
- SVENSON, O., (1992). "Differentiation and Consolidation Theory of Human Decision Making : A Frame of Reference for the Study of Pre and Post-decision Processes", *Acta Psychology*, p. 143-168.
- TURCOTTE, D., (2000). "Le processus de la recherche sociale », *Méthodes de recherche en intervention sociale*, sous la direction de Mayer et al., Boucherville (Québec), Canada, Gaëtan Morin éditeur, p. 39-68.
- URIBÉ, I. et C. NÉLISSE, (1994). « Équipes multidisciplinaires et formes d'évaluation psychosociale en psychiatrie adulte : une perspective d'analyse », *Intervention*, no. 98, p.73-83.

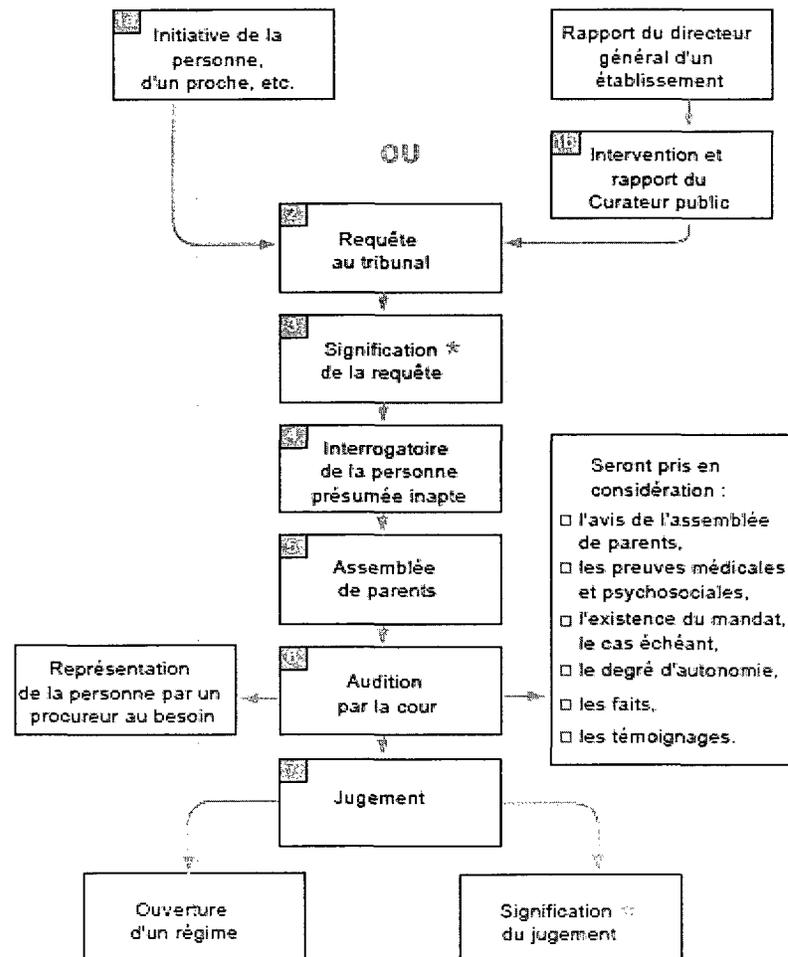
VERMA, S. et M. SILBERFELD, (1997). "Approaches to Capacity and Competency: the Canadian view", *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 20, no. 1, p. 35-46.

VERMERSCH, P., (1996). *L'entretien d'explicitation*, Paris, ESF éd., 182 p.

ANNEXES

7 ANNEXE 1-CONTEXTE JURIDIQUE : PROCÉDURE POUR L'OUVERTURE D'UN RÉGIME DE PROTECTION PRIVÉ

Ouverture d'un régime de protection privé

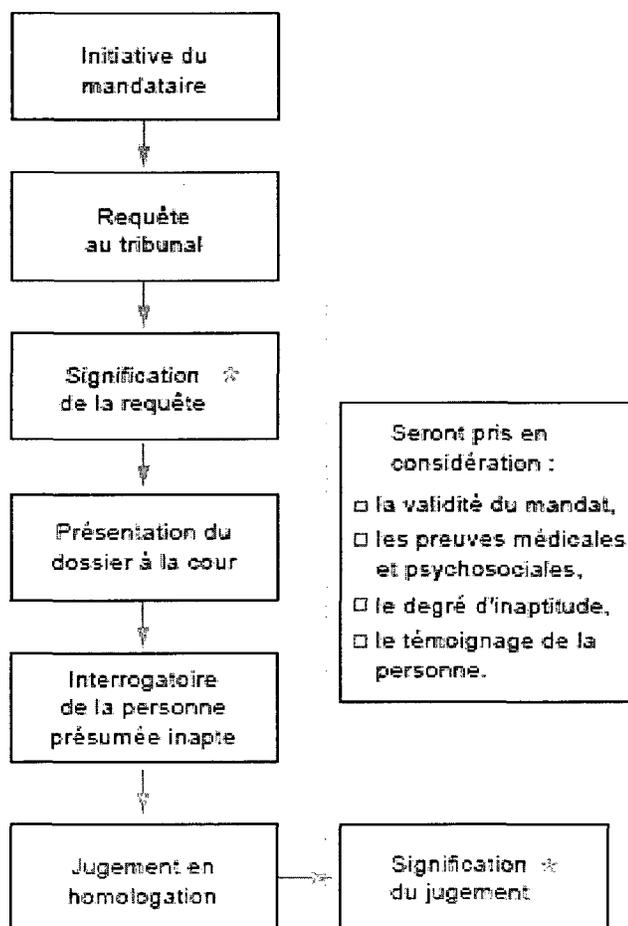


* Un huissier remet en mains propres la notification à la personne présumée inapte. Une notification est également remise à une personne «raisonnable», habituellement un membre de la famille.

8 ANNEXE 2- CONTEXTE JURIDIQUE : PROCÉDURE POUR L'HOMOLOGATION D'UN MANDAT EN CAS D'INAPTITUDE

Homologation du mandat

voie ordinaire *



* Un huissier remet en mains propres la notification de la requête à la personne présumée. Une notification est également remise à une personne « raisonnable », habituellement un membre de la famille.

9 ANNEXE 3- RAPPORT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL – VOLET PSYCHOSOCIAL

3A

RAPPORT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Évaluation médicale et psychosociale – volet psychosocial

1 – Renseignements généraux		
Nom à la naissance		Prénom
Date de naissance <small>un-mois-ou</small>		N° de dossier du Curateur public
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	N° d'assurance maladie	N° de dossier de l'établissement
Nom usuel		Langue usuelle <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> autre
N° d'assurance sociale		
ÉTAT CIVIL <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> en union civile <input type="checkbox"/> conjoint de fait <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> union civile dissoute <input type="checkbox"/> séparé légalement <input type="checkbox"/> veuf Depuis _____ ans Nom et prénom du conjoint actuel _____		
CITIZENNETÉ <input type="checkbox"/> canadienne <input type="checkbox"/> autre	INDIGÈNE RESORT AU RÉGIME <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui si oui, résidant dans une réserve <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	ORIGINE ETHNIQUE RELIGION
2 – Milieu de vie		
A) <input type="checkbox"/> domicile → habite seule <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> chambre et pension <input type="checkbox"/> sans domicile fixe		
B) <input type="checkbox"/> C.H.S.L.D. <input type="checkbox"/> CH (C.H.S.G.S. / C.H.S.P.)		
C) <input type="checkbox"/> R.T.F. <input type="checkbox"/> R.I. <input type="checkbox"/> Autre ressource publique (R.A.C., internat ou autre) _____ Établissement gestionnaire de cette ressource (R.I., R.T.F., R.A.C., internat ou autre) _____		
D) <input type="checkbox"/> Autre ressource privée _____		
Adresse actuelle		Adresse permanente (si différente de l'actuelle)
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		Nom de l'établissement (s'il y a lieu)
N° et Rue		N° et Rue
Ville		Ville
Province		Province
Code postal Téléphone		Code postal Téléphone
3 – Sources de références		
Nom	Téléphone	Lien avec la personne
_____	_____	_____
Nom	Téléphone	Lien avec la personne
_____	_____	_____
Nom	Téléphone	Lien avec la personne
_____	_____	_____
4 – Circonstances motivant la demande		

Le Curateur public du Québec

0019-DGP-2003-13 v2

 Bureau Curateur public du Québec établissement personne

Évaluation médicale et psychosociale – volet psychosocial

Situation financière <small>Information connue de l'évaluateur – suite</small>	
B) Dépenses mensuelles	Montant mensuel (\$)
Hébergement	_____
Loyer ou hypothèque	_____
Taxes scolaires et impôt foncier	_____
Comptes courants	_____
Dépenses personnelles	_____
Autres dépenses _____	_____
Total	_____
C) Patrimoine : actif	Actif (\$)
Comptes bancaires (institution financière et numéro de compte)	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Placements (type et institution financière)	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Mobilier et objets de valeur	_____
_____	_____
_____	_____
Immobilies (type et adresse)	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Autres actifs (voiture, entreprise, ferme, rachat d'assurance-vie, etc.)	_____
_____	_____
_____	_____
Total	_____
D) Patrimoine : passif	Passif (\$)
Hypothèque à payer	_____
Emprunt bancaire à payer	_____
Emprunt à d'autres sources à payer	_____
Comptes à payer (comptes courants, comptes en souffrance, carte de crédit, etc.)	_____
Total	_____

Le Curateur public du Québec

 Inland Curateur public du Québec établissement personnes

0019-DCP-2003-10 v.2

Évaluation médicale et psychosociale – volet psychosocial

7 – Antécédents psychosociaux significatifs

8 – Relations interpersonnelles

COMPOSITION DU RÉSEAU FAMILIAL ET SOCIAL

DYNAMIQUE FAMILIALE ET SOCIALE ACTUELLE

EXERCICE ACTUEL DES RÔLES SOCIAUX

CAPACITÉ ACTUELLE DE LA PERSONNE À EXPRIMER SES VOLONTÉS

9 – Observations relatives à l'autonomie

PHYSIQUE	autonome	avec aide	dépendante	
mobilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aide technique _____
AVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
AVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COMMUNICATION (troubles du langage ou de l'audition) _____				
Compensator: _____				



RAPPORT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Évaluation médicale et psychosociale – volet psychosocial

Conclusion de l'évaluateur sur l'incapacité et le besoin de protection - suite

URGENCE D'INTERVENIR

Protection de la personne ou exercice de ses droits civils

Conservation-administration du patrimoine

12 – Identification d'un éventuel représentant légal

SELON LA PERSONNE

Nom _____ Prénom _____

Lien avec la personne _____

SELON LES PROCHES

Nom _____ Prénom _____

Lien avec la personne _____

OPINION DE L'ÉVALUATEUR quant à l'opportunité d'une telle nomination

Évaluation médicale et psychosociale – volet psychosocial

13 – Personnes pouvant être convoquées à l'assemblée de parents, d'alliés ou d'amis			
PERSONNES À CONVOCATION DÉLÉGATAIRE (conjoint, enfants, père, mère; s'ils ont une résidence connue au Québec; grands-parents, autres ascendants, frères et sœurs majeurs)			
Nom _____	Nom _____		Nom _____
Prénom _____	Prénom _____		Prénom _____
No Rue _____	No Rue _____		No Rue _____
Ville _____	Ville _____		Ville _____
Province _____	Province _____		Province _____
Code postal _____	Téléphone (maison) _____	Téléphone (travail) _____	Code postal _____
Lien avec la personne _____		Lien avec la personne _____	
Nom _____	Nom _____		Nom _____
Prénom _____	Prénom _____		Prénom _____
No Rue _____	No Rue _____		No Rue _____
Ville _____	Ville _____		Ville _____
Province _____	Province _____		Province _____
Code postal _____	Téléphone (maison) _____	Téléphone (travail) _____	Code postal _____
Lien avec la personne _____		Lien avec la personne _____	
Nom _____	Nom _____		Nom _____
Prénom _____	Prénom _____		Prénom _____
No Rue _____	No Rue _____		No Rue _____
Ville _____	Ville _____		Ville _____
Province _____	Province _____		Province _____
Code postal _____	Téléphone (maison) _____	Téléphone (travail) _____	Code postal _____
Lien avec la personne _____		Lien avec la personne _____	
AUTRES PERSONNES POUVANT ÊTRE CONVOCUÉES (grand-parents, autres ascendants, frères et sœurs majeurs sans résidence connue au Québec; autres parents, belle-famille, personnes démontrant un intérêt particulier pour la personne)			
Nom _____	Nom _____		Nom _____
Prénom _____	Prénom _____		Prénom _____
No Rue _____	No Rue _____		No Rue _____
Ville _____	Ville _____		Ville _____
Province _____	Province _____		Province _____
Code postal _____	Téléphone (maison) _____	Téléphone (travail) _____	Code postal _____
Lien avec la personne _____		Lien avec la personne _____	
Nom _____	Nom _____		Nom _____
Prénom _____	Prénom _____		Prénom _____
No Rue _____	No Rue _____		No Rue _____
Ville _____	Ville _____		Ville _____
Province _____	Province _____		Province _____
Code postal _____	Téléphone (maison) _____	Téléphone (travail) _____	Code postal _____
Lien avec la personne _____		Lien avec la personne _____	
14 – Mention du professionnel ayant procédé à l'évaluation			
Nom _____		Prénom _____	
Titre _____		Adresse courriel _____	
Signature _____		Date (jour/mois/année) _____	Téléphone _____
		_____	Télécopieur _____
		_____	_____

10 ANNEXE 4- MODÈLE PROPOSÉ PAR BOIRE-LAVIGNE (2003)

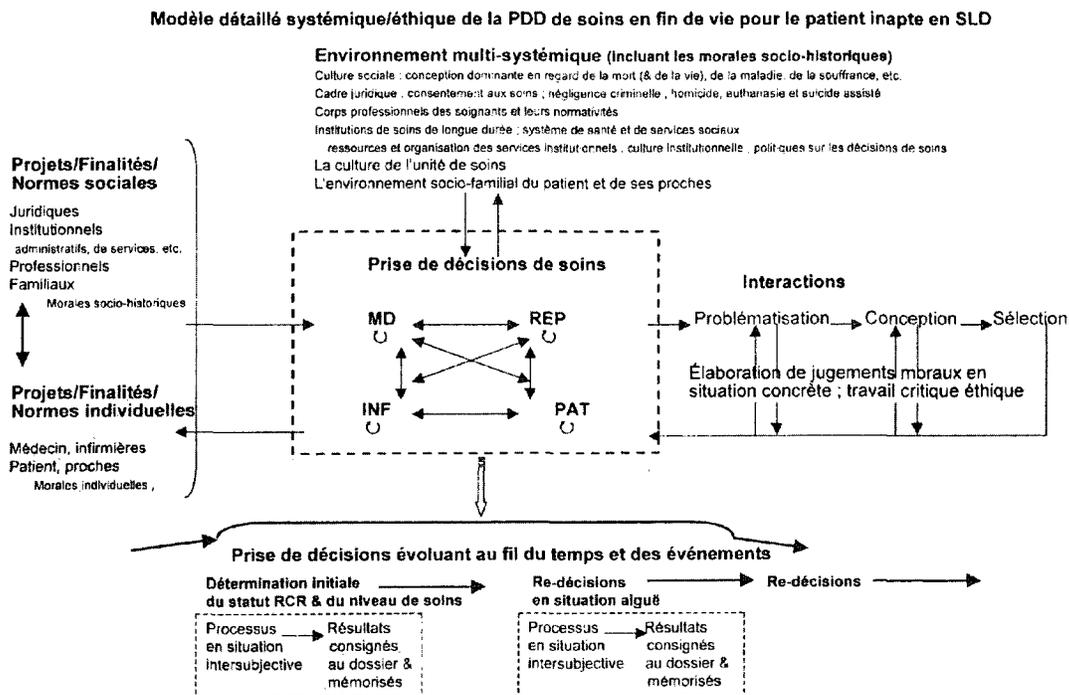
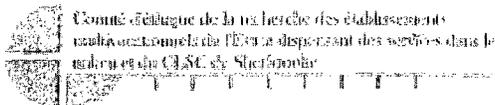


Figure 8: Modèle détaillé systémique et éthique de la prise de décisions de soins en fin de vie pour le patient inapte en soins de longue durée (Boire-Lavigne, 2003, p. 165)

11 ANNEXE 5- APPROBATION DU PROJET DE L'ÉQUIPE DE RECHERCHE PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA FLSH



Le 28 mai 2004

Madame Suzanne Philips-Nootens
Faculté de droit
Université de Sherbrooke
2600, boulevard Université
Sherbrooke (Québec) J1K 2R1

Madame Monique
CÉR

Monsieur Daniel
CÉR

Monsieur Michel
CÉR

Monsieur Jean
CÉR

Monsieur Jean
CÉR

Monsieur
CÉR

Objet : Évaluation éthique et scientifique de projet « Le champ conceptuel de l'incapacité de la personne âgée au carrefour des disciplines » 2004-01

Madame,

La version du formulaire de consentement déposée en la 28 mai 2004 au secrétariat du CÉR est conforme aux exigences du comité. Vous pouvez donc débiter votre collecte de données dans le ou les établissements concernés.

Veuillez agréer, Madame, mes salutations sincères et bon succès dans votre projet

La secrétaire du CÉR,

Monsieur Yves Gauthier, Département de services aux étudiants, Université de Sherbrooke
Madame Johanne Archambault, directrice administrative et de la recherche, CLSC de Sherbrooke
Madame Denise Gauthier, directrice administrative et de la recherche, CLSC de Sherbrooke
Madame Nancy Hamel, secrétaire de la recherche, CLSC de Sherbrooke

Sept établissements de santé et de services sociaux de CLSC ont fait don d'un
Comité d'éthique de la recherche continue



12 ANNEXE 6- FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

TITRE DU PROJET

Le champ conceptuel de l'inaptitude de la personne âgée au carrefour des disciplines

RESPONSABLE DU PROJET

Suzanne Philips-Nootens

Professeur

Faculté de droit

Université de Sherbrooke

Sherbrooke, Qué.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Cette recherche a pour but de mieux comprendre comment les intervenants des disciplines médicales, psychosociales et juridiques réalisent l'évaluation de l'inaptitude de la personne âgée, puis de dégager ce qui pourrait constituer un terrain commun, dans la recherche du meilleur équilibre possible entre le droit de la personne à son autonomie et son besoin de protection. Les objectifs spécifiques de la recherche consistent à :

1. Identifier les représentations sociales de l'inaptitude chez les médecins et les intervenants psychosociaux, et étudier la façon dont ils utilisent, dans leur travail, les concepts juridiques;
2. Étudier la manière dont les juristes utilisent l'évaluation de l'inaptitude faite par ces intervenants et la façon dont ils se forment leurs propres représentations de l'inaptitude;
3. Analyser l'adéquation des solutions législatives québécoises (régimes de protection et mandat donné en prévision de l'inaptitude) pour la protection des personnes âgées inaptes et y suggérer, s'il y a lieu, des modifications;
4. À la lumière des résultats obtenus, proposer un modèle intégré, fonctionnel de l'évaluation de l'inaptitude.

RAISONS ET NATURE DE VOTRE PARTICIPATION

Vous faites partie des professionnels qui ont, dans leur pratique, à contribuer à établir l'inaptitude de personnes âgées. Nous demandons votre participation dans le but de mieux comprendre le processus d'évaluation de l'inaptitude de la personne âgée. Pour ce faire, nous vous demandons de nous accorder une entrevue de recherche d'une durée maximale de 90 minutes, à un moment et un lieu vous convenant. Cette entrevue sera retranscrite et analysée. Il ne s'agit pas d'évaluer votre pratique mais bien de comprendre ce que vous avez fait, et ce, de votre point de vue disciplinaire.

BÉNÉFICES DÉCOULANT DE VOTRE PARTICIPATION

Il n'y a aucun bénéfice direct à votre participation à cette étude. Par contre, vous pouvez en retirer une meilleure compréhension de votre propre expérience puisque vous aurez l'occasion d'en parler de façon nouvelle. Votre participation à cette recherche contribuera en outre à l'élaboration d'outils de travail nécessaires à une meilleure harmonisation des actions des différents intervenants auprès des personnes âgées inaptes.

INCONVÉNIENTS ET RISQUES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION

La participation à cette étude ne comporte aucun risque, compte tenu de la garantie de confidentialité que vous trouvez ci-dessous. Votre participation pourra cependant avoir un impact sur votre agenda de travail. C'est pourquoi l'interviewer vous proposera un horaire très souple pour la réalisation de l'entrevue.

CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que l'anonymat sera respecté à votre égard et que toutes les informations dont vous nous ferez part demeureront confidentielles. Seuls les chercheurs responsables du projet auront accès aux enregistrements audio et à leur retranscription. De celle-ci seront retranchés tous les renseignements personnels, tels que votre nom, votre appartenance institutionnelle spécifique, qui seront remplacés par un code. Il sera alors impossible pour un tiers de vous identifier. Au moment de l'analyse et de la diffusion des résultats, en aucun cas votre identité ne sera divulguée et la référence à certains faits ne permettra pas l'identification de vos clients. Les enregistrements seront conservés sous clef et détruits dans les cinq ans suivant la fin du projet de recherche. L'information recueillie sera utilisée seulement dans le cadre de publications scientifiques ou de communications professionnelles.

RETRAIT DE L'ÉTUDE

Il est entendu que votre participation au projet de recherche est tout à fait volontaire et qu'il vous est possible en tout temps de vous retirer de l'étude sans donner les motifs de votre retrait, et sans subir quelque préjudice que ce soit. En cas de retrait de l'étude, vous aurez le droit de demander que l'enregistrement vous concernant soit détruit.

PERSONNES À CONTACTER

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

Je, soussigné _____, déclare avoir lu et compris le présent formulaire. Le chercheur a répondu de façon satisfaisante à mes questions, le cas échéant. Je consens à participer au projet de recherche dans les conditions précédemment décrites et accepte que les résultats de recherche soient publiés à des fins scientifiques ou professionnelles.

Signature du participant

Fait à _____, le _____

DÉCLARATION DU CHERCHEUR

Je certifie avoir expliqué au participant intéressé les termes du présent formulaire et avoir répondu aux questions posées à cet égard; avoir clairement indiqué à la personne qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre fin à sa participation au projet de recherche décrit plus haut. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude tout en veillant à respecter la confidentialité.

Signature du chercheur ou de son représentant

Fait à _____, le _____

() Copie du participant

() Copie du chercheur

13 ANNEXE 7- GUIDE D'ENTRETIEN DE RECHERCHE

Domaine de parole :

L'intervention du praticien pour ce faire, dans une perspective de récit de pratique.

Méthode :

Pour la première partie, entretien d'explicitation (Vermersch, 2000). Décrire le *faire* par un appel à la mémoire concrète. Il s'agit de conduire le praticien à décrire sa pratique dans le détail, afin de faire émerger un discours, le plus naturel possible, en vue de faire naître un récit se rapprochant le plus de la pratique concrète, plutôt qu'un discours idéalisé. Une consigne générale de départ lance le praticien sur la description d'une situation concrète liée à l'inaptitude, puis les relances s'arriment à son discours et visent à rendre plus concrète la narration. Cette modalité d'entrevue n'exclue pas l'espace nécessaire pour que le praticien nomme ses interrogations, ses malaises et ses certitudes tirés de ses années de pratique.

Seconde partie : Grille d'entrevue semi-directive par groupe professionnel.

Introduction :

Faire signer le formulaire de consentement; éclaircir les questions en suspend; remerciements.

*Nous allons vous demander de décrire les interventions que vous avez réalisées dans un dossier **récent et signifiant** pour vous dans lequel vous avez eu à travailler à la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, et ce, à partir de votre mémoire actuelle. Il ne s'agit pas de présenter de façon exhaustive ce que vous avez fait, mais bien de recueillir ce qui aura été signifiant pour vous dans ce dossier.*

<p>Consigne d'ouverture Présentez-moi ce que vous avez fait dans le dossier en question quant à la détermination de l'inaptitude.</p> <p>Relances primaires Toute information relative au travail de détermination sera relancée pour en faire décrire la réalisation et les fondements tacites</p>	<p>Notes à l'interviewer Mode entretien de recherche avec relance en appui sur le discours du praticien</p> <p>Ne pas induire la réflexion sur l'inaptitude Par contre, amener le praticien à approfondir sa réflexion ou ses interrogations quand il les aborde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Engager le locuteur à décrire concrètement son action et ses interactions avec les autres professionnels impliqués dans le dossier • Relancer sur toute information permettant d'accéder à sa représentation de l'inaptitude. • Faire décrire le plus concrètement possible les interfaces professionnelles • Relever les indices temporels et autres repères utiles à la modélisation
---	---

<p>Relances secondaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présentez-moi les critères qui auront été déterminants dans votre jugement professionnel dans ce dossier-là. • Quels étaient vos besoins d'information ? • Décrivez-moi les moments les plus importants dans votre intervention. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relancer sur toute information relative à des actions ou des opérations. • Faire décrire le plus concrètement possible les interfaces professionnelles. • Relevez les indices temporels.
<p>Bloc thématique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notre étude porte plus spécifiquement sur les personnes âgées inaptes. Avez-vous l'impression que la pratique professionnelle entourant le processus de détermination de l'inaptitude est influencée par l'âge du client ? Si oui, comment ? • Si vous aviez à décrire les caractéristiques d'une personne inapte, quelles seraient-elles ? • Comment qualifiez-vous vos rapports avec les juristes, les médecins, les intervenants sociaux et autres professionnels? • Quels sont les enjeux dans la détermination de l'inaptitude? • Quelles sont les valeurs qui doivent guider l'action professionnelle dans la détermination de l'inaptitude? • POUR INTERVENANTS SOCIAUX ET MÉDECINS : Quelles sont les règles juridiques qui guident votre pratique ? • POUR LES JURISTES : Comment considérez-vous l'évaluation psychosociale et médicale dans votre travail de juriste? • POUR LES JURISTES : Comment tenez-vous compte de ces évaluations dans votre travail juridique? • Quels sont les principaux problèmes que vous rencontrez dans votre travail relativement à la détermination de l'inaptitude? • Est-ce que les délais dans le processus 	<ul style="list-style-type: none"> • Mode semi-directif avec grille d'entrevue préalable. • Choisir les groupes professionnels. • Faire attention à la redondance pour les thèmes déjà explorés précédemment.

<p>de détermination de l'inaptitude vous semblent adéquats?</p> <ul style="list-style-type: none">• En quoi les règles juridiques actuelles de la détermination de l'inaptitude sont-elles adéquates ou inadéquates à votre pratique?• Y a-t-il des pistes que vous aimeriez suggérer pour que l'on révise le processus de détermination de l'inaptitude au Québec ? Quelles seraient-elles ?• Avez-vous des besoins de formation qui sont mal comblés?	
---	--

Conclusion

Est-ce que ce dossier vous a semblé typique? Sinon, en quoi se distingue-t-il d'un dossier typique?

Au terme de cet entretien, souhaitez-vous rajouter quelque chose?

Remerciements