

La détermination de l'incapacité d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur

par
Pascal Roy, T.S., M.S.s.
CSSS de la Montagne
CLSC Métro
Courriel : pascal_roy80@hotmail.com

Détermination de l'incapacité selon le Code civil et les conséquences pour le majeur. Dilemmes éthiques vécus par les travailleurs sociaux pendant l'évaluation de l'incapacité d'une personne âgée.

Establishment of the incapacity according to the Civil Code, and the consequences for the persons of full age. The social workers' ethical dilemmas while evaluating the incapacity of seniors living at home.

L'importance accordée à la reconnaissance des droits fondamentaux des personnes en matière d'intégrité physique et de consentement aux soins dans notre société fait que le travailleur social, appelé à participer à l'ouverture de régimes de protection du majeur, doit développer une expertise multidimensionnelle. De plus, le travailleur social se trouve confronté à différentes logiques d'action (juridique et procédurale, médicale, psychosociale, pragmatique) dont il doit tenir compte dans le processus d'évaluation. Cela nous amène à aborder la position difficile dans laquelle se trouve généralement le travailleur social qui doit choisir entre la promotion de l'autonomie de la personne et la protection de celle-ci, deux lignes de conduite qui ne sont pas toujours conciliables.

In our society, the emphasis on recognition of the fundamental rights of a person regarding his\her physical integrity and consent for care requires

social workers to develop a multidimensional expertise in order to participate in the instituting of protective supervision for persons of full age. Moreover, social workers are confronted with various dimensions (legal and procedural, medical, psychosocial and pragmatic) which should be considered in the process of the evaluation. This brings us to consider delicate position of the social worker who must make a difficult choice between promoting the service user's individual autonomy or protecting him or her from harm, courses of action that are not always compatible.

À moins que des changements démographiques majeurs aient lieu, d'ici 2041, le Québec sera l'une des sociétés comptant le plus grand nombre de personnes âgées en Occident. Selon Bussière, Thouez et Carrière (2006), près de 30 % de la population québécoise sera âgée de 65 ans et plus. En 2012, cette population représentait déjà 16,2 % (Payeur et Girard, 2013). Selon les chiffres du Curateur public du Québec, les personnes âgées atteintes d'une maladie dégénérative représentaient 43 % des nouvelles entrées dans un régime de protection public en 2006-2007. En 2000-2001, ces personnes ne représentaient que 39 % (Lavallée, 2007). Cette nouvelle réalité démographique liée en partie à la hausse de l'espérance de vie, combinée à une augmentation des maladies dégénératives, illustre le besoin de s'intéresser à la question des régimes de protection pour les personnes âgées. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne les travailleurs sociaux dont l'expertise autour de la pratique liée aux régimes de protection du majeur sera de plus en plus sollicitée. En effet, le 18 juin 2009, le projet de loi 21 était adopté par l'Assemblée nationale du Québec. Cette loi qui modifie le *Code des professions dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, confirme à l'article 5, paragraphe f, que le travailleur social est le seul professionnel en droit de « procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'incapacité du mandant »

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 139 (2013.2) : 50-62.

(Pauzé et Gautier, 2009). Il va sans dire que la pratique de l'évaluation psychosociale par les travailleurs sociaux dans le cadre des régimes de protection est en pleine expansion et que, de ce fait, cette pratique nécessite de la profession un plus grand encadrement et une meilleure compréhension des enjeux qui en découlent (Pauzé et Gautier, 2009). En raison de la clientèle qu'il dessert, le travailleur social qui travaille notamment au Programme Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV) est appelé à participer à l'ouverture de régimes de protection du majeur. Il doit d'abord décider du bien-fondé ou non de la démarche pour son client. S'il évalue que la démarche est nécessaire, le travailleur social doit également se prononcer sur le degré d'incapacité de son client et sur la personne qui est, selon lui, la plus apte à devenir tutrice ou curatrice. S'il déterminait que personne ne peut jouer ce rôle dans l'entourage du client, le travailleur social devrait alors recommander que ce soit le Curateur public qui s'acquitte de ce rôle. Ce processus implique donc que le travailleur social prenne un certain nombre de décisions qui auront très certainement un impact significatif dans la vie de son client et de son entourage. Le travailleur social peut alors se retrouver dans la position difficile de choisir entre l'autonomie de la personne et la protection de celle-ci. Ce dilemme, opposant les principes éthiques d'autonomie et de bienfaisance, prend toute son importance lorsque, par exemple, il s'agit de dossiers impliquant des personnes âgées dont l'aptitude semble suspecte ou encore lorsqu'il y a soupçon d'abus de la personne âgée par son aidant principal.

Objectifs de la recherche

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

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

État de la question

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

La détermination de l'incapacité requiert trois mesures, soit une évaluation psychosociale, une évaluation médicale et un interrogatoire juridique. Alors que l'évaluation psychosociale est réalisée par un travailleur social, l'évaluation médicale est effectuée par un médecin et l'interrogatoire juridique, par un notaire ou un avocat. La décision finale concernant l'incapacité est rendue par un juge ou un greffier

(Bélangier et Beaulieu, 2006). Le processus d'évaluation de l'inaptitude compte quatre composantes, soit les composantes fonctionnelle, causale, systémique et décisionnelle qui ont ainsi été définies par Grisso (1994, cité dans Geneau, 2005). La composante fonctionnelle fait référence à l'évaluation des difficultés vécues par la personne. Ces difficultés d'ordre fonctionnel peuvent notamment avoir un impact sur les activités de la vie quotidienne et domestique de la personne âgée ou encore entraver ses habiletés nécessaires à une prise de décision (Geneau, 2005). À ce titre, il serait erroné de croire que la sévérité des déficits cognitifs est invariablement un indicateur fiable de l'inaptitude.

Dans ce domaine, plusieurs situations sont possibles. On peut, par exemple, considérer une personne atteinte de démence légère inapte à décider pour ses biens parce qu'elle présente un manque important d'autocritique. Une autre, dont les déficits cognitifs sont plus sévères, sera reconnue apte à décider pour ses biens parce que, pleinement consciente, elle pourra recourir à des moyens compensatoires efficaces, par exemple, en ne signant rien sans la présence de ses enfants (Geneau, 2005). En ce qui a trait à la composante causale, il est nécessaire que la cause de l'inaptitude soit précisée. À ce titre, il peut s'agir par exemple d'un syndrome démentiel ou d'un état confusionnel aigu. Notons qu'une opinion pronostique doit être émise. S'agit-il d'une condition traitable? Doit-on s'attendre à une détérioration (Geneau, 2005)? La composante systémique fait référence à l'importance d'évaluer ici les exigences environnementales, tant humaines que physiques, auxquelles la personne majeure doit faire face et qui risquent de la placer en position vulnérable relativement à certaines décisions (Geneau, 2005). À ce titre, une personne âgée peut très bien souffrir d'un désordre mental et être quand même considérée comme apte à prendre une décision. Une erreur commune est de conclure qu'un majeur est nécessairement inapte du fait qu'il souffre, par exemple, d'une démence de type Alzheimer (Geneau, 2005).

Parce qu'une incapacité résultant d'une condition pathologique n'entraînera pas les mêmes conséquences chez deux sujets âgés, il est indispensable pour l'évaluateur d'obtenir toutes les

informations concernant l'environnement de la personne, la gestion de son budget, son patrimoine, le soutien qu'elle reçoit de son entourage, la possibilité d'abus et toute autre information de nature psychosociale (Geneau, 2005). Ainsi, lorsque la personne âgée vit dans un milieu aidant et protecteur, une inaptitude présumée cliniquement n'appellera pas forcément l'enclenchement automatique du processus de détermination de l'inaptitude (Couturier, Beaudry, Beaulieu et Philips-Nootens, 2006). Linzer (2002) fait remarquer l'importance de considérer l'aptitude à décider comme étant presque toujours spécifique à certaines tâches et pouvant être fluctuante dans le temps et l'espace. Une personne peut très bien être confuse dans un hôpital et très bien fonctionner à domicile. Ainsi, il se peut que l'évaluation qui a lieu au domicile soit trompeuse du fait que les incapacités de la personne peuvent être camouflées par le fait qu'elle se trouve en terrain familial (Linzer, 2002). Il ne faut pas non plus confondre inaptitude et « personnalité originale ». Dans certains cas, des personnes âgées courent le risque de se voir déclarées inaptes à prendre des décisions du fait qu'elles étaient brusques et particulièrement solitaires ou encore irrégulières dans leurs décisions (Linzer, 2002).

Enfin, la composante décisionnelle s'exprime par la question suivante : considérant l'incapacité résultant d'une pathologie et s'actualisant dans un environnement donné, la personne majeure est-elle à ce point à risque qu'il soit nécessaire de la protéger en la reconnaissant inapte? Nous touchons ici le dilemme fondamental entre paternalisme et autonomie. Si l'évaluation de cette composante demeure aisée dans plusieurs cas, elle peut se révéler ardue lors de situations qui mettent les intervenants face à un conflit éthique où ils devront décider laquelle des deux orientations est préférable à l'autre, dans une situation déterminée. Comme nous le dit Geneau (2005), c'est évidemment au tribunal que revient la responsabilité de trancher en cas de litige. Cependant, en ce qui concerne cette dernière composante, nous pensons que ce serait une erreur de sous-estimer le pouvoir ou plutôt la responsabilité du travailleur social impliqué dans un tel processus (Geneau, 2005).

Dans une étude dont l'objectif était d'examiner l'influence de différents déterminants sur la perception des travailleurs sociaux quant aux risques associés au maintien dans la communauté des personnes âgées vulnérables, Healy (1998) a trouvé que les travailleurs sociaux intègrent activement une variété de perspectives et de facteurs dans leurs prises de décisions cliniques et éthiques. Par contre, il apparaît que lorsque la personne âgée démontre des déficits physiques et cognitifs, sa confusion devient un facteur primordial dans la prise de décision éthique des travailleurs sociaux pour la détermination de l'inaptitude (Healy, 1998). Dans son étude, Healy (1998) a aussi démontré la difficulté pour les travailleurs sociaux à juger de l'importance de chacun de ces facteurs lorsqu'ils doivent déterminer la capacité de la personne âgée à prendre des décisions. Le manque de formation adéquate et le fait de sous-estimer l'importance de développer des habiletés reliées à cette évaluation seraient à l'origine de jugements inconsistants et de l'amplification de tensions éthiques. Cet auteur conclut son étude en insistant sur l'importance pour les travailleurs sociaux œuvrant dans les programmes de maintien à domicile de développer une expertise en ce qui a trait à l'évaluation de la capacité à prendre des décisions et sur la nécessité pour les chercheurs de s'intéresser à la manière dont les travailleurs sociaux qui interviennent dans la communauté auprès de personnes âgées vulnérables évaluent le degré de capacité à prendre une décision (Healy, 1998).

Le travailleur social intervient constamment selon deux principes qui sont tout aussi centraux en travail social, soit l'autonomie et la bienfaisance. Healy(2003) utilise les termes « d'éthique de tous les jours » (*every day ethics*) pour qualifier ces tensions avec lesquels le travailleur social jongle constamment. En effet, celui-ci, au risque de voir ses idéaux s'effriter sans qu'il ne sache ni quand ni comment cela s'est fait, devrait avoir une profonde conscience de ces tensions qui sont à la fois subtiles et insidieuses. Le concept d'autonomie n'implique pas que la personne doive être en total contrôle en toute circonstance et libre de toute influence extérieure ou contrainte. Selon Linzer (2002), l'autonomie s'exprime plutôt dans le choix rationnel de la personne entre différentes

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

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

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

le majeur, peuvent justifier une attitude pouvant être perçue comme paternaliste : intervenir afin de prévenir un acte irréversible comme le suicide, outrepasser temporairement la volonté de la personne dans l'objectif de lui assurer une liberté et une autonomie futures et, enfin, intervenir s'il s'agit d'une personne inapte (Linzer, 2002).

L'une des questions auxquelles le travailleur social est couramment confronté dans le cadre de ses interventions auprès de la clientèle en perte d'autonomie concerne la légitimité de l'influence du travailleur social sur son client. En effet, l'influence de celui-ci sur son client peut-elle compromettre le principe d'autodétermination? Pour Linzer (2002), la distinction entre une influence induite et une influence appropriée se détermine dans l'attitude du travailleur social envers son client. Le travailleur social est-il respectueux de la dignité de celui-ci ou tente-t-il de faire prendre une décision que la personne n'aurait pas volontairement choisie? Cependant, comment déterminer l'action qui va réellement dans le sens de la préservation de la dignité de la personne âgée? En effet, l'éthique de la dignité peut appuyer une action menée en fonction du principe d'autonomie tout comme celui de la bienfaisance. Bien que l'on ne puisse conclure *ipso facto* à l'illégitimité de l'intervention de type paternaliste, on ne peut écarter le fait que dans certains cas une intervention autoritaire peut placer la personne âgée et les services à risque (Beaulieu et Leclerc, 2006). Pour Smith (2010), la déconstruction des interprétations et des utilisations contemporaines du concept de « gestion du risque » incarnées par une forme autoritaire de l'évaluation et de la prise de décision montre que celle-ci peut être considérée comme un véhicule de maintien et de légitimation des relations de pouvoir qui oppresse les personnes les plus vulnérables et les prive de l'exercice de leurs droits civils.

Dans les cas où les mauvais traitements se superposent à l'inaptitude, l'affrontement opposant les principes éthiques d'autonomie et de bienfaisance acquiert une dimension encore plus importante (Bélanger et Beaulieu, 2006). Le travailleur social qui doit prendre des décisions dans une situation où il y a abus ou suspicion d'abus envers la personne âgée doit

tenir compte du fait que son intervention risque d'être vécue par la personne âgée comme un abus pire que celui dont l'intervenant tente de la protéger. De plus, il doit considérer que sa décision peut dériver d'erreurs de perception, de manques d'informations ou encore d'incompréhensions sur la situation globale de la personne âgée. D'une part, la négligence envers les personnes âgées est un concept difficile à définir compte tenu des différentes interprétations relatives à sa nature. D'autre part, la question de la légitimité se pose lorsqu'il s'agit de prendre une décision pour la personne alors que le travailleur social n'a parfois qu'une connaissance très partielle de la personne et de son environnement. La question de la détermination peut alors soulever plusieurs questions éthiques pour les professionnels. À cet effet, Beaulieu et Leclerc (2006) soulignent que la pratique dépend de nombreux facteurs objectifs et subjectifs. Ils précisent que, selon leur expertise dans le domaine, la représentation des dynamiques de maltraitance des personnes âgées qu'ont les intervenants varie. Cette représentation aura un impact sur les interventions réalisées ainsi que sur la perception qu'ils en auront en matière d'efficacité. La complexité de certaines situations d'abus peut amener certains intervenants à éprouver des sentiments d'échec, d'inefficacité ou de culpabilité (Saveman, 1992, cité dans Beaulieu et Leclerc, 2006).

L'importance accordée à la reconnaissance des droits fondamentaux des personnes en matière d'intégrité physique et de consentement aux soins dans notre société nécessite que le travailleur social appelé à participer à l'ouverture de régimes de protection du majeur développe une expertise multidimensionnelle. De plus, le travailleur social se retrouve aux prises avec différentes logiques d'action dont il doit tenir compte dans le processus d'évaluation. Ces logiques d'action sont basées sur les valeurs personnelles et culturelles du travailleur social, de la personne âgée, de son entourage, de l'équipe interdisciplinaire ainsi que sur celles des institutions concernées. Il va sans dire qu'il peut exister des différences significatives dans les systèmes de valeurs de ces parties (Doyle, Miller et Mirza, 2009). Dans ce contexte, on peut se demander pour qui ou dans l'intérêt de quel acteur les recommandations des

évaluations de l'inaptitude sont formulées. Pour la personne âgée, pour ses proches, pour les professionnels qui l'évaluent ou pour quelqu'un d'autre (Bélanger et Beaulieu, 2006)?

Une étude de Kadushin et Egan publiée en 2001 a établi une relation entre l'augmentation du nombre d'acteurs impliqués et la fréquence des conflits éthiques survenant dans les programmes de maintien à domicile. Une même relation a été trouvée en ce qui a trait à la difficulté à résoudre ces conflits. Cela confirme l'importance de comprendre la perspective de chacun des acteurs impliqués dans les conflits éthiques qui surviennent dans le cadre de programmes de maintien à domicile. En dépit du fait que la défense de l'intérêt de leur client est considérée comme l'un des premiers engagements des travailleurs sociaux, il n'en reste pas moins que ceux-ci doivent généralement composer avec les intérêts des autres membres de la famille et de l'équipe multidisciplinaire, sans compter les impératifs financiers ou autres de l'organisation pour laquelle ils travaillent, et qui est, elle-même, aux prises avec les impératifs du système de santé en général (Kadushin et Egan, 2001). En ce qui concerne les désaccords qui peuvent survenir entre les différents professionnels impliqués dans le processus d'évaluation de l'inaptitude, Bélanger et Beaulieu (2006) soulignent que les tensions se manifestent surtout dans les dossiers qui ne sont pas clairs et où subsistent des zones grises concernant l'aptitude de la personne évaluée. Il arrive par exemple que le travailleur social penche pour l'inaptitude partielle alors que le médecin penche pour l'inaptitude totale. Dans ce contexte, les valeurs personnelles des intervenants guident les pratiques et influencent grandement la prise de décision finale.

Beaulieu et Giasson (2005) qui se sont intéressées au vécu des intervenants psychosociaux travaillant auprès des aînés maltraités ont constaté que ces derniers s'interrogeaient de façon particulière sur leur pouvoir en tant qu'intervenants. Elles rapportent que nombreux sont les intervenants qui font état des obstacles liés à leur contexte de pratique. Parmi ceux-ci, on retrouve notamment le manque de soutien clinique et professionnel, l'absence de lieux pour discuter des difficultés éthiques rencontrées dans la pratique, le manque de

ressources financières et humaines disponibles ainsi que le fait que les décisions ne soient pas toujours prises en équipe interdisciplinaire et dans un climat non menaçant. En 2009, Landau publiait une étude sur la perception des travailleurs sociaux relative à l'importance de leur contribution dans l'identification et la résolution des dilemmes éthiques en milieu hospitalier. Landau s'est notamment intéressée à la façon dont la relation entre le travailleur social et les autres membres de l'équipe soignante influait sur le processus de décision éthique.

Le contexte organisationnel peut également avoir un impact sur l'identité professionnelle des travailleurs sociaux, notamment du fait qu'il contribue à en faire une pratique plus ou moins autonome (Fortin, 2003, cité dans Beaulieu et Giasson, 2005). McDermott (2010), dans une étude portant sur les jugements portés par des professionnels de la santé sur des cas d'autonégligence commis par des personnes âgées, a trouvé que la perception du risque qu'avait l'intervenant était aussi influencée par le contexte organisationnel. Ainsi, ceux qui travaillaient au sein d'une organisation dont la mission principale est d'offrir des soins de santé se montraient plus concernés par les risques découlant de l'autonégligence alors que ceux travaillant dans la communauté étaient plus préoccupés par les risques associés à la salubrité. Ces résultats suggèrent que l'expérience reliée aux risques est à la fois socialement et culturellement influencée par le contexte organisationnel.

Le cadre conceptuel

Pour tenter de comprendre le processus de positionnement éthique du travailleur social dans le processus de détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, il nous a semblé pertinent de nous référer à l'analyse du comportement des acteurs. À cet effet, nous avons choisi le paradigme de l'individualisme méthodologique tel que présenté par Raymond Boudon (2004), lui-même inspiré de l'interactionnisme de type wébérien. C'est pour la richesse de ce paradigme et le fait qu'il offre une méthode d'analyse de l'adhésion du sujet social aux valeurs (jugements de valeur) et de l'origine des sentiments moraux, que nous avons opté pour le modèle cognitif de Raymond Boudon (Assogba, 1999). Ce cadre

analytique et conceptuel permet d'aborder l'éthique comme la résultante des rapports sociaux qui structurent l'espace d'action de l'acteur ou, autrement dit, « la configuration ou la constellation spécifique d'une pratique normative » (López, 2009). C'est dans cette logique que Raymond Boudon affirme que, bien que l'action individuelle soit soumise à des contraintes sociales, cela n'implique pas que ces dernières déterminent l'action individuelle. Plutôt que de concevoir ces contraintes comme délimitant le champ du réel, ces contraintes sont vues comme délimitant le champ des possibles. Ce n'est que comparée aux notions corrélatives d'action et d'intention que la notion de contrainte prend son sens. De la même manière, ce n'est qu'en référence aux intentions et aux projets d'acteurs que la notion de structure sociale trouve sa signification. Un phénomène doit donc être analysé comme l'effet émergent résultant de l'agrégation de comportements individuels. Autrement dit, comprendre le social dans cette perspective, c'est analyser les rationalités des individus afin de saisir leurs « effets de composition », c'est-à-dire la façon dont l'ensemble des actions individuelles s'agrègent pour créer un phénomène social (Boudon, 2004).

Ainsi, pour Boudon, *l'homo sociologicus* doit être considéré comme un acteur intentionnel, doté d'un ensemble de préférences, qui agit en fonction d'une information limitée et dans une situation d'incertitude, qui est plus ou moins conscient de son degré de contrôle sur les éléments de la situation et qui cherche des moyens acceptables de réaliser ses objectifs (Perrenoud, 1998). Cela implique que le travailleur social se trouve irrémédiablement devant une information limitée et donc dans une situation d'incertitude où il a plus ou moins conscience du degré de contrôle qu'il a sur celle-ci. Sachant cela, pour quelle stratégie le travailleur social optera-t-il? Quelle valeur privilégiera-t-il? Le maintien de l'autonomie de la personne âgée, le respect de sa liberté ou la protection de cette dernière? Dans l'intérêt de qui formulera-t-il les recommandations de son évaluation et quelle en sera la finalité visée?

Méthodologie de la recherche

Afin de nous familiariser avec les préoccupations et la façon dont les travailleurs sociaux se

positionnent sur les dilemmes auxquels ils sont confrontés, nous avons opté pour une recherche qualitative de nature exploratoire (Deslaurier et Kérésit, 1997; Poupart, 1997). Notre échantillon était composé de sept travailleurs sociaux des programmes PPALV au CSSS de la Montagne. L'entrevue a été choisie comme principal outil de collecte. En effet, comme les données recherchées portent sur les attitudes, les principes ou les valeurs des personnes, il serait complexe, voire impossible, de les recueillir par simple observation. Par ailleurs, dans la mesure où la recherche est exploratoire et interrogative plutôt que confirmative, nous avons opté pour l'entrevue semi-structurée à questions ouvertes. En effet, ce type d'entrevue est particulièrement approprié pour les recherches visant à circonscrire les perceptions qu'a le répondant de l'objet étudié, les comportements qu'il adopte, les attitudes qu'il manifeste (Mayer et Saint-Jacques, 2000).

Nous devons également souligner certaines limites, notamment en ce qui concerne le risque lié à la désirabilité sociale présent dans tout entretien qualitatif. Nous anticipons un écart potentiel entre ce qui a été dit en entrevue et ce qui a été fait dans le contexte de la pratique. Le fait que la chercheuse soit elle-même dans le domaine du travail social exposait à une augmentation du risque lié à la désirabilité sociale. Nous pensons, par exemple, au fait que les participants ont pu se sentir « obligés » d'harmoniser leurs réponses avec certains principes ou valeurs communément véhiculés par la profession. D'un autre côté, cette proximité chercheuse/participants a pu aussi être bénéfique puisque comme l'écrit Deslauriers (1991): « Le fait de partager une certaine culture permettrait de mieux la comprendre et de la décrire plus justement, précisément parce qu'on la connaît ». Quant à la limite de portée liée au nombre de participants, nous croyons utile de rappeler qu'il s'agissait d'une démarche compréhensive dont les résultats exprimaient le point de vue des travailleurs sociaux qui exercent au sein du programme PPALV du CSSS de la Montagne. Ces points de vue ne sont le reflet que d'une réalité observée à partir du regard propre de la chercheuse, filtré par le cadre conceptuel de l'étude, soit le paradigme de l'individualisme méthodologique de Boudon. Enfin, il est à noter qu'afin

de ne pas alourdir le texte, les abréviations TS1, TS2... ont été choisies comme façon d'identifier les participants.

Description des résultats

Principaux paramètres influençant le jugement des travailleurs sociaux

La charge de travail et le manque de ressources

En ce qui concerne les contraintes institutionnelles, l'élément qui a été relevé par plusieurs comme un facteur défavorable à la prise de décision éthique est sans contredit le manque de temps dû à l'importance de la charge de travail. En effet, TS2, TS3 et TS4 ont exprimé leur frustration sur le fait de ne pas avoir suffisamment de temps pour bien évaluer la situation. TS3 a notamment dit qu'il ressentait certaines pressions ou tensions avec l'administration, du fait que celle-ci avait parfois une idée très vague de la quantité de travail nécessaire à l'évaluation psychosociale dans le cadre de l'ouverture d'un régime de protection et ignorait la complexité de certains cas. Quant à TS4, il a mentionné que tenter de trouver des alternatives à l'ouverture d'un régime de protection nécessitait des démarches supplémentaires qui prennent du temps pour le travailleur social et que la « pression des *case load* », selon son expression, obligeait le travailleur social à procéder.

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

Le manque de ressources, notamment en matière de services auxiliaires, a également été énoncé par TS5 comme une contrainte organisationnelle ayant une influence importante sur la décision éthique, en ce sens que la difficulté à offrir des services rend parfois le maintien à domicile très risqué aux yeux du travailleur social. D'ailleurs, le fait de procéder à l'évaluation de l'inaptitude en vue de faciliter le processus d'hébergement a d'ailleurs été évoqué à plusieurs reprises. Pour Sonntag (1995, cité dans Beaulieu et Leclerc, 2006), le manque de

ressources dans les services de maintien à domicile serait également lié à l'adoption de solutions inappropriées ou non sécuritaires (cité dans Beaulieu et Leclerc, 2006). D'ailleurs, le *Code de déontologie* de l'OTSTCFQ mentionne à l'article 3.01.05 que « [le] travailleur social ne formule une évaluation de la situation de son client et n'intervient à son égard que s'il possède les données suffisantes pour porter un jugement éclairé sur la situation et pour agir avec un minimum d'efficacité dans l'intérêt du client. »

La reconnaissance de l'expertise professionnelle

En plus de se traduire par une pression pour prendre des décisions rapidement, le manque de ressources risque de mener à un manque de formation et de connaissances des enjeux éthiques reliés à la détermination de l'inaptitude. Un manque de soutien clinique et professionnel et de lieux où mener des discussions éthiques risque également d'aboutir à une diminution de la capacité du travailleur social à réfléchir rigoureusement à sa pratique et à tenter de la conceptualiser. Le contexte organisationnel peut donc avoir un impact sur l'identité professionnelle des travailleurs sociaux, notamment par le fait qu'il contribue à en faire une pratique plus ou moins autonome (Fortin, 2003, cité dans Beaulieu et Giasson, 2005). L'impression d'avoir de la difficulté pour le travailleur social à faire reconnaître son expertise a d'ailleurs été vécue très difficilement par TS2 et TS3. Dans les deux cas, l'expertise médicale a été priorisée par l'administration au détriment de celle du travailleur social. En s'intéressant à la rivalité travailleurs sociaux/médecins, Landau (2009) rapporte qu'en effet, il y aurait souvent au sein de l'équipe interdisciplinaire une vision médiocre des interventions des travailleurs sociaux contrairement à celles des médecins, ce qui contribuerait à réduire l'influence des travailleurs sociaux sur le processus de prise de décision éthique.

Beaulieu et Giasson (2005) rapportent qu'un faible degré d'autonomie professionnelle, se traduisant par l'impression de subir de la pression de la part de ses pairs, de l'organisation, de l'entourage ou encore de la société, serait associé à des sentiments négatifs tels que la peur, l'impuissance, le déni, le retrait, le stress

et, de ce fait, à un accroissement du risque d'épuisement.

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

Pourtant, selon Landau (2009), les travailleurs sociaux peuvent eux-mêmes contribuer à majorer l'impact qu'ils ont dans le processus de décision éthique en informant mieux les autres professionnels de leur rôle spécifique et en mettant plus d'efforts dans le développement de leurs relations avec ceux-ci, notamment avec les médecins. Aussi, les travailleurs sociaux doivent prendre l'initiative en regard de leur propre prise de pouvoir dans le processus de décision éthique en éduquant leurs collègues sur la spécificité de leur rôle, notamment de représentation et de défense des droits (« advocacy »). Afin d'acquérir plus de pouvoir et d'être reconnus comme des partenaires égaux dans le processus de décision, les travailleurs sociaux doivent être mieux équipés pour communiquer avec les représentants des autres professions de la santé (Landau, 2009).

La formation liée à l'ouverture de régimes de protection

Majorer l'impact des travailleurs sociaux dans le processus de décision passe certainement par la formation. À cet égard, TS3, TS4, TS6 et TS7 nous ont parlé avec beaucoup d'enthousiasme des formations tenues par l'OTSTCFQ sur l'ouverture de régimes de protection. TS1 et TS2 se sont, pour leur part, plaints du manque de formation reçue concernant les régimes de protection, notamment concernant le cadre juridique, ce qui rendrait certaines décisions plus difficiles à prendre. L'essentiel de l'information reçue, confiait TS1, venait des supervisions cliniques et de documents écrits. Quant à TS2, il aurait aimé apprendre à partir d'exemples concrets. TS5 a exprimé son désir et celui de ses collègues de recevoir une formation pour leur faciliter la rédaction des rapports d'évaluation psychosociale pour l'ouverture de régimes de protection :

« ...pour les dossiers de la curatelle, parce que chaque TS comprenait à sa manière les choses [...], parce que quand même, on a l'avenir de quelqu'un entre nos mains. On veut être le plus juste possible. Alors c'était plus au niveau éthique [...]. Il ne faut pas que ce soit sujet à interprétation et que ça pénalise la personne. » TS5

Le soutien à la prise de décision éthique

Presque tous les travailleurs sociaux (TS1, TS2, TS4, TS5) ont souligné la lourdeur éprouvée quant à la responsabilité qui leur incombe de devoir se prononcer sur l'inaptitude du client. Certains (TS1, TS3, TS6) ont exprimé leur malaise sur le fait de ne pas avoir l'impression de suffisamment connaître le client pour prendre une telle décision. D'autres (TS1, TS2, TS5) ont également insisté sur la difficulté à gérer le sentiment de trahison éprouvé envers le client. C'est notamment ce que nous dit TS2 qui, malgré la conviction qu'il a le devoir de protéger le client, éprouve le sentiment de travailler contre ce dernier : « [Le client] ne voulait pas. Il veut garder sa liberté, il ne se trouve pas inapte. Donc, là tu te bats un peu contre lui. Tu sais, éthiquement c'est difficile puis, émotionnellement là. (TS2) ». À ce sujet, le *Code de déontologie* des membres de l'OTSTCFQ nous dit que : « Le travailleur social fait tout en son pouvoir pour établir et maintenir une relation de confiance entre lui-même et son client. À cette fin notamment, le travailleur social [...] respecte, dans toutes ses interventions, les valeurs et les convictions de son client (article 3.01.04). » Ces malaises exprimés par les travailleurs sociaux interrogés sur la prise de décision liée à l'évaluation de l'inaptitude n'est vital, que les travailleurs sociaux soient suffisamment appuyés dans leurs décisions.

Le fait d'échanger avec les collègues et de participer à des groupes de pairs a été mentionné par TS1, TS3 et TS5 comme étant un soutien significatif à la prise de décision. TS5 souligne le fait que ces échanges lui permettent d'avoir d'autres points de vue, de prendre du recul, d'échanger, d'avoir un autre regard sur la situation, d'autres conceptions, de créer une certaine émulation. Il nous parle également du fait que ces échanges permettent de se déculpabiliser et de valider ses perceptions, de confirmer qu'on est dans la bonne direction.

Presque tous les travailleurs sociaux interrogés (TS2, TS3, TS4, TS5 et TS6) ont mentionné l'apport positif dans la prise de décision de la supervision clinique par une travailleuse sociale autrefois clinicienne et dont le rôle n'est aucunement administratif. D'ailleurs, plusieurs (TS2, TS3 et TS6) ont abordé les différences entre le fait d'avoir une supervision avec la superviseuse clinique et un superviseur chef de programme. TS6 mentionne notamment que, du fait de ses fonctions, le chef de programme est un peu moins disponible. D'autres, dont TS2 et TS3, ont parlé du fait qu'ils se sentaient plus à l'aise à partager leurs dilemmes éthiques avec la superviseuse clinique justement parce qu'il n'y avait aucune emprise administrative de la part de celle-ci. TS5 a cependant amené l'idée que les deux types de supervision se complétaient : la supervision avec un chef de programme orientant davantage le travailleur social sur les limites organisationnelles (les limites de l'institution), alors que la supervision clinique serait davantage axée sur la technique et les connaissances, notamment concernant le cadre juridique (le savoir-être et le savoir).

Le fait d'avoir recours en consultation à l'équipe de psychogériatrie du CLSC Métro pour que celle-ci évalue le degré d'inaptitude du client est également ressorti comme un élément central en ce qui concerne le soutien à la prise de décision éthique (mentionné par TS1, TS2, TS3, TS4 et TS6).

D'autres (TS2, TS3 et TS6) ont aussi souligné que le fait d'appeler un intervenant du Curateur public du Québec est une façon d'obtenir un certain soutien à la prise de décision éthique.

Bien qu'exceptionnelles, les consultations avec l'avocate et l'éthicien du CSSS ont également été mentionnées comme étant l'un des éléments possibles (mentionné par TS2, TS3, TS5, TS7) de soutien à la prise de décision. Selon TS5, ce type de consultation est effectué de façon indirecte par l'administration et survient lorsqu'il s'agit de situations délicates et que l'institution est obligée de donner au travailleur social des précisions pour qu'il puisse intervenir adéquatement ou encore lorsqu'il s'agit de préciser le cadre juridique afin que celui-ci puisse savoir dans quelle optique il doit rédiger son évaluation. TS3 et TS7 ont d'ailleurs

déploré le manque d'accessibilité des travailleurs sociaux aux services de consultation avec l'éthicien ou l'avocat.

Discussion

Les témoignages recueillis illustrent combien il peut être difficile et éprouvant pour le travailleur social de devoir se positionner dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur. En lien avec la prise de décision, nous aimerions souligner que, bien que la plupart du temps le travailleur social soit désigné par le directeur général ou le directeur des services professionnels de son établissement pour produire l'évaluation psychosociale, nous comprenons que la décision finale concernant la détermination de l'inaptitude ne découle pas uniquement de l'expertise du travailleur social. Cependant, nos données nous ont démontré que ce dernier doit néanmoins décider de son propre positionnement sur la décision à prendre. Celui-ci influencera certainement la façon dont sera orienté un dossier. En effet, cette prise de position déterminera la façon dont il présentera son évaluation aux autres membres de l'équipe, qu'ils soient collègues, superviseurs cliniques ou supérieurs, et les arguments ou les faits qu'il utilisera pour justifier ses recommandations. En effet, rappelons que Raymond Boudon affirme que, bien que l'action individuelle soit soumise à des contraintes sociales, cela n'implique pas que ces dernières déterminent l'action individuelle. De plus, ce n'est qu'en référence aux intentions et aux projets d'acteurs que les notions de contrainte et de structure sociale prennent leur sens. Le positionnement du travailleur social dans la détermination de l'inaptitude doit donc être analysé comme l'effet émergent résultant de l'agrégation de comportements individuels. C'est dans cette perspective que nous avons tenté d'analyser les rationalités de chacun des acteurs impliqués dans les situations décrites par les travailleurs sociaux interrogés, et ce, afin de saisir leurs « effets de composition », c'est-à-dire la façon dont l'ensemble des actions individuelles s'agrègent pour créer un phénomène social (Boudon, 2004). Ce cadre analytique et conceptuel permet d'aborder l'éthique comme la résultante des rapports sociaux qui structurent l'espace d'action de l'acteur ou,

autrement dit, « la configuration ou la constellation spécifique d'une pratique normative » (López, 2009).

Bien que chaque schème d'entretien soit spécifique, nous avons pu dégager de nos résultats quelques grands thèmes liés aux dilemmes rencontrés dans ce contexte. Ainsi, il apparaît que le fait de se rallier à l'évaluation médicale, généralement en faveur de la protection du client, soit perçu, dans certains cas, par les travailleurs sociaux comme une façon d'éviter de multiplier les interventions. Cette logique s'inscrit dans un contexte organisationnel où la charge de travail imposée est souvent perçue comme lourde et limitante en ce qui concerne les interventions possibles. Le fait de procéder à l'évaluation de l'inaptitude en vue de faciliter le processus d'hébergement a d'ailleurs été évoqué à plusieurs reprises. L'enjeu de la reconnaissance de l'expertise du travailleur social dans ce contexte est ressorti comme un élément central de la prise de décision éthique. En effet, les thèmes de la confrontation entre l'opinion médicale et celle du travailleur social ainsi que les pressions exercées par l'administration ont été mis en relief, à quelques reprises, comme des éléments importants dans le processus de prise de décision. Enfin, la lourdeur de la responsabilité ressentie au sujet de la prise de décision dans le contexte de l'évaluation de l'inaptitude a également été exprimée par les travailleurs sociaux interrogés à maintes reprises.

Recommandations

À cet effet, Bourgeault (2003) parle de la nécessité pour les travailleurs sociaux d'appriivoiser l'incertitude et d'apprendre à la reconnaître et à la tolérer. En effet, puisqu'il est impossible pour le travailleur social de savoir avant d'agir ce qu'il serait souhaitable de savoir pour agir de façon responsable, celui-ci n'a d'autre choix que d'accepter d'agir dans l'incertitude. Comme toute intervention s'inscrit dans un jeu infiniment complexe d'interactions multiples entre acteurs et actants menant nécessairement l'intervention dans des directions non voulues ou non prévues, il est nécessaire que le travailleur social développe sa capacité d'adaptation pour composer avec l'incertitude. Bourgeault plaide également pour la reconnaissance et la tolérance de l'ambiguïté, lieu naturel de

l'éthique et caractéristique intrinsèque de l'intervention sociale.

Nous recommandons aux travailleurs sociaux de ne pas seulement se concentrer sur les principes éthiques engagés dans la situation qui pose problème, mais également de considérer et de tenter de comprendre les différents points de vue adoptés par les acteurs impliqués (Kadushin et Egan, 2001). Les discussions de cas en équipe multidisciplinaire et les rencontres avec les clients et leur entourage, lorsque c'est possible, représentent, nous semble-t-il, un bon moyen pour ces derniers de comprendre la perspective des différents acteurs impliqués.

Au regard de nos résultats, l'accès à un membre du Curateur public pour les travailleurs sociaux nous apparaît également essentiel. En effet, ces derniers doivent également accéder facilement à ce que pourrait être dans une situation donnée la position du Curateur, et ce, afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble des situations qui posent problème au niveau éthique. Le fait de faciliter l'accès à l'éthicien du CSSS et à la conseillère juridique est également ressorti comme un souhait des travailleurs sociaux interrogés. Cela pourrait se faire notamment en informant ces professionnels du rôle des travailleurs sociaux et des modalités de ce type de consultation. L'importance d'avoir accès à de la formation sur les éléments bio-psycho-sociaux et juridiques entourant l'inaptitude et l'ouverture des régimes de protection est aussi soulignée comme un élément primordial pour les travailleurs sociaux. Enfin, l'accès à l'équipe de psychogériatrie du CSSS et à la conseillère clinique a été majoritairement mentionné comme un élément central à la prise de décision dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur.

En ce qui concerne la supervision faite auprès des travailleurs sociaux, Kadushin et Egan (2001) soutiennent que celle-ci devrait être axée non seulement sur la compréhension des principes impliqués dans les situations qui leur sont soumises, mais également sur l'analyse des intérêts des différents acteurs impliqués. Selon nos résultats, il apparaît également que le superviseur clinique devrait garder une certaine autonomie concernant les décisions

administratives, et ce, afin que les questionnements des travailleurs sociaux soient exprimés de façon libre et honnête.

Une autre façon pour les travailleurs sociaux de parvenir à mieux défendre leurs prises de position vis-à-vis d'autres intervenants est certainement la participation à des groupes de pairs. Ceux-ci peuvent prendre la forme de groupes de consultation où les travailleurs sociaux ont l'opportunité d'exposer leurs dilemmes à des pairs afin de leur permettre de s'entraîner à la résolution et à la prise de décision. Ces groupes peuvent également offrir un lieu où il est possible d'explorer un dilemme en toute sérénité et de construire une argumentation solide et affirmée. Le travailleur social qui aura à débattre de la situation avec d'autres professionnels ou d'autres membres de l'administration serait mieux préparé pour faire valoir son point de vue.

Ces groupes permettraient donc d'adopter un modèle plus collaboratif de prise de décision visant à diminuer la pression sur les travailleurs sociaux et, dans certains cas, à contribuer à changer le rapport de pouvoir lorsque survient, par exemple, un désaccord avec le médecin. En effet, une prise de décision en équipe contribuerait à faire en sorte qu'il ne s'agisse pas de la position d'un travailleur social seul contre celle d'un médecin, mais de celle d'une équipe multidisciplinaire. À ce titre, le modèle collaboratif de Lacroix et Létourneau (2000) pourrait représenter une façon de résoudre en équipe ce type de désaccord. Par le biais notamment du dialogue, ce modèle d'intervention de type collaboratif contribue à l'élaboration de repères structurels fiables et consistants pour le développement de l'éthique en tant que compétence professionnelle. Il ne vise en aucun cas la détermination de standards de comportement pour les intervenants ou les consultants ou l'uniformisation des types d'intervention (Lacroix et Létourneau, 2000).

Pour clore, nous aimerions revenir brièvement sur notre cadre conceptuel. L'individualisme méthodologique nous a permis de reconstituer les représentations des travailleurs sociaux et de relever des éléments contextuels qui définissent en propre la singularité du processus de positionnement éthique dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le

cadre des régimes de protection. Nous aimerions souligner l'intérêt de ce paradigme pour la pratique en tant que telle. L'individualisme méthodologique présente certainement un intérêt pour les travailleurs sociaux en ce qui concerne leur processus de positionnement. En effet, la démarche d'analyse qui caractérise ce paradigme permet à ces derniers de recueillir toutes les informations permettant de bien cerner les « bonnes raisons » expliquant les attitudes et les comportements des différents acteurs impliqués (clients, administrateurs, autres professionnels, etc.). En mettant en évidence les « bonnes raisons » qui motivent leurs actions, les travailleurs sociaux parviendront à mieux les comprendre étant donné leur passé et la situation dans laquelle ils se trouvent à un moment donné (Assogba, 1999).

Descripteurs :

Incapacité - Droit // Régime de protection //
Délibération éthique // Travailleurs sociaux -
Aspect moral // Personnes âgées en perte
d'autonomie

Capacity and disability // Protective supervision //
Ethical deliberation // Social workers - Moral and
ethical aspects // Older people with disabilities

Références

- Assogba, Y. (1999). *Sociologie de Raymond Boudon. Essai de synthèse et applications de l'individualisme méthodologique*. Québec/Paris : Presses de l'Université Laval (PUL) et L'Harmattan.
- Beaulieu, M., et Giasson, M. (2005). L'éthique et l'exercice de l'autonomie professionnelle des intervenants psychosociaux œuvrant auprès des aînés maltraités, *Nouvelles pratiques sociales*, 18 (1), 131-147.
- Beaulieu, M., & Leclerc, N. (2006). Ethical and Psychosocial Issues Raised by the Practice in Cases of Mistreatment of Older Adults, *Journal of Gerontological Social Work*, 46 (3), 161-186.
- Bélangier, J., et Beaulieu, M. (2006). L'évaluation clinique de l'inaptitude : des travailleurs sociaux et des médecins commentent le travail de l'autre et leurs espaces de rencontre, *Intervention*, 124, 61-70.
- Boudons, R. (2004). *Quelle théorie du comportement pour les sciences sociales?* Nanterre : Société d'ethnologie.
- Bourgeault, G. (2003). Si la vie ne va jamais sans risque... jalons pour une éthique de l'intervention sociale et de la protection, *Intervention*, 119, 6-14.

- Bussière Y., Thouez, J.-P., et Carrière, J. (2006). Le vieillissement de la population : une nouvelle spécificité québécoise, dans Yves Bussière et al. *Atlas du vieillissement et des déséquilibres démographiques régionaux au Québec 2001 - 2021 - 2041*. INRS — Urbanisation, Culture et Société.
- Code civil du Québec, LRQ, c C (1991). <http://canlii.ca/t/694dn>.
- Code de déontologie des membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. Consulté le 15 décembre 2013 à partir de http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C_26/C26R286.HTM
- Couturier, Y., Beaudry, M., Beaulieu, M., et Philips-Nootens, S. (2006). Le travail social dans le processus interprofessionnel de détermination de l'inaptitude de la personne âgée, *Intervention*, 124, 52-60.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative*. Guide pratique. Coll. THEMA, McGraw-Hill Éditeurs.
- Deslauriers, J.-P., et Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative, dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (Éds.). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* : 85-111. Boucherville : Gaétan Morin.
- Doyle, O., Miller, S. E., & Mirza, F. Y. (2009). Ethical decision-making in Social Work: Exploring personal and professional values, *Journal of Social Work Values and Ethics*, 6 (1).
- Guay, H. (2002), *Le consentement aux soins et à l'hébergement : quand les tribunaux s'en mêlent*. Texte d'une conférence prononcée à l'occasion du Colloque L'exploitation des personnes âgées, offert par le Barreau du Québec, le 1^{er} novembre 2002, http://www.rifvel.org/documentation_rifvel/consentement.php.
- Geneau, D. (2005), Évaluation de l'inaptitude, *La revue Sécurité-Prévention de l'ASSTAS*, 28 (4), 20-21.
- Healy, T. (1998). The Complexity of Everyday Ethics in Home Health Care, *Social Work in Health Care*, 27 (4), 19-37.
- Healy, T. (2003). Ethical decision making: Pressure and uncertainty as complicating factors, *Health & Social Work*, 28 (4), 293-301.
- Kadushin, G., & Egan, M. (2001). Ethical Dilemmas in Home Health Care : A Social Work Perspective, *Health & Social Work*, 136-149.
- Lacroix, A., et Létourneau A. (2000). *Méthodes et interventions en éthique appliquée*. Les Éditions Fides.
- Landau, R. (2009). Ethical Dilemmas in General Hospitals, *Social Work in Health Care*, 32 (2), 75-92.
- Lavallée, D. (2007). *Le rôle du Curateur public en matière de gestion des patrimoines*. Colloque de l'Association de planification fiscale et financière. Gestion et transfert de la richesse, quels sont les outils offerts par la fiscalité? Curateur public du Québec, http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/publications/allocation_colloq_ass_plan_fisc.pdf.
- Linzer, N. (2002). An ethical dilemma in home care, *Journal of Gerontological Social Work*, 37(2), 23-34.
- López, J. J. (2009). Par-delà l'éthique : vers une sociologie des pratiques éthiques contemporaines, *Cahiers de recherche sociologique*, 48, 27-44.
- Mayer, R., et Saint-Jacques, M.-C. (2000). L'entrevue, dans R. Mayer et F. Ouellet (Éds.). *Méthodes de recherche en intervention sociale* : 115-133. Boucherville : Gaétan Morin.
- McDermott, S. (2010). Professional judgements of risk and capacity in situations of self-neglect among older people, *Ageing & Society*, 30, 1055-1072.
- Pauzé, M., et Gautier, L. (2009). Évolution de l'exercice du travail social relatif aux mesures et aux régimes de protection de la personne inapte, *Intervention*, 131, 98-107.
- Payeur, F. F., et Girard, C. (2013). *Portrait démographique du Québec et du Canada : évolution convergente, divergente ou parallèle? Données sociodémographiques en bref*. Institut de la statistique du Québec. Vol. 17, no 3. http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/pdf2013/sociodemoenbref_juin13.pdf.
- Perrenoud, P. (1998). Les limites de l'individualisme méthodologique. À propos des effets pervers et ordre social de Raymond Boudon, *Revue française de sociologie*, 19 (3), 442-454.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques, dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, et A. Pires (Éds.). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* : 173-209. Boucherville : Gaétan Morin.
- Smith, R. (2010). *Social Work, Risk, Power, Sociological Research Online*, 15 (1)4, <http://www.socresonline.org.uk/15/1/4.html>.