

# PLAN D'ACTION

## pour contrer LA MALTRAITANCE envers LES AÎNÉS

2008-2012

Région de la Capitale-Nationale



*Une responsabilité collective*



Québec 

# PLAN D'ACTION

pour contrer **LA MALTRAITANCE**  
envers **LES AÎNÉS**

2008-2012



Agence de la santé  
et des services sociaux  
de la Capitale-Nationale  
Direction des programmes clientèles



Octobre 2008

## **Recherche et rédaction**

De l'Agence :

Michèle Paradis, Direction de santé publique

Pierre Racine, Direction de santé publique

Daniel Garneau, Direction des programmes clientèles

et

Céline Allard, CSSS de la Vieille-Capitale

## **Soutien administratif**

Lise Lévesque, CSSS de la Vieille-Capitale

---

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse [www.rsss03.gouv.qc.ca](http://www.rsss03.gouv.qc.ca), section documentation, rubrique publications.

Pour obtenir une copie papier de ce document, veuillez adresser votre demande à :

**Agence de la santé et des services**

**sociaux de la Capitale-Nationale**

**Centre de documentation**

**555, boulevard Wilfrid-Hamel Est**

**Québec (Québec) G1M 3X7**

**Tél : 418 525-1500, poste 250**

**Télécopieur : 418 529-9043**

**Courriel : [isabelle.lindsay@ssss.gouv.qc.ca](mailto:isabelle.lindsay@ssss.gouv.qc.ca)**

Le genre masculin est utilisé dans ce document et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN : 978-2-89616-038-9 (papier)

978-2-89616-039-6 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM

La reproduction de ce document est permise, en autant que la source soit mentionnée.

Référence suggérée :

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. *Plan d'action pour contrer la maltraitance envers les aînés*, ASSS de la Capitale-Nationale, Direction des programmes clientèles, 2008, 17 p.

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

# Table des matières

Liste des sigles et des acronymes .....	V
---	---

## Première partie : Plan d'action pour contrer la maltraitance envers les aînés

Introduction .....	1
Définition de la maltraitance.....	2
Ampleur du problème.....	2
Mise en contexte du plan d'action proposé – Un bref rappel.....	3
Objectifs .....	4
Activités préalables à l'actualisation du plan d'action .....	4
Activités à réaliser entre mai 2008 et janvier 2012 .....	5

## Deuxième partie : Rôles et mandats des instances locales et régionales

Introduction .....	9
--------------------	---

### À l'échelle locale

1. Comité local de soutien clinique.....	10
2. Intervenant pivot maltraitance.....	10
2.1 Rôle et mandat.....	10
2.2 Fonctions.....	11
3. Intervenant social désigné .....	12
3.1 Rôle et mandat.....	12
3.2 Modalité.....	12
4. Table locale de concertation et Groupe privilégié d'intervention (GPI)19	

### À l'échelle régionale

5. Coordonnateur régional du plan d'action pour contrer la maltraitance envers les aînés.....	14
6. Comité régional des intervenants pivots experts (CRIPE)22	
6.1 Rôle et mandat.....	14
6.2 Composition .....	14
6.3 Modalité.....	15
7. Comité régional de concertation (CRC).....	15
7.1 Rôle et mandat.....	15
7.2 Composition .....	15
7.3 Modalité.....	16
8. Regroupement régional des représentants des tables locales.....	16
Bibliographie .....	17







## Liste des sigles et acronymes

Agence	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
CIT	Comité intertables
CLSC	Centre local de services communautaires
CRC	Comité régional de concertation
CRE	Comité régional d'experts
CRIP	Comité régional des intervenants pivots
CRIFE	Comité régional des intervenants pivots experts
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
GPI	Groupe privilégié d'intervention
OMS	Organisation mondiale de la santé
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAR	Plan d'action régional
SAD	Soutien à domicile



# Plan d'action pour contrer la maltraitance envers les aînés

## Introduction

La maltraitance envers les aînés constitue un problème important qui demeure largement sous-estimé. Aussi, afin de favoriser des interventions plus efficaces, la Direction des programmes clientèles de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, en collaboration avec la Direction de santé publique (DSP), a décidé de se doter d'un plan d'action régional. Ce plan s'accorde aux orientations du projet clinique portant sur la Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Une telle démarche implique la contribution d'intervenants et d'organismes diversifiés afin de couvrir l'ensemble du continuum de services aux aînés.

Compte tenu des travaux réalisés sur le sujet au cours des dernières années et des constats qui en découlent, le premier volet du plan d'action régional s'adresse à la clientèle du soutien à domicile. Ainsi, par cette première étape, l'Agence se donne des moyens concrets pour inscrire la maltraitance dans les priorités d'action des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région, de concert avec les directeurs de soutien à domicile (SAD). Ce faisant, l'Agence rejoint aussi les préoccupations de nombre d'intervenants « terrain » qui, dans le contexte de leur pratique, ont à faire face à des situations de maltraitance sans toujours disposer des outils nécessaires pour y répondre adéquatement.

Par ailleurs, les travaux relevant du plan d'action, dont le leadership est assumé par l'Agence, se poursuivront au cours des prochaines années de façon à couvrir un plus large éventail des clientèles aînées, telles celles des services gériatriques et des milieux d'hébergement. La première phase du plan d'action est pilotée par les CSSS, qui jouent un rôle clé dans l'animation et la concertation du réseau local de services de leur territoire.

---

1. On renvoie ici à deux documents publiés par la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale en 2006 et 2007 respectivement, soit *Évaluation des interventions et des activités liées à la problématique de l'abus, la négligence et la violence à l'endroit des aînés* et *Mobilisation communautaire pour prévenir les abus financiers à l'égard des aînés dans la région de la Capitale-Nationale* (auteurs des deux ouvrages : Michèle Paradis et Pierre Racine), ainsi qu'à la troisième édition du *Précis pratique de gériatrie* publiée en 2007 (auteurs : M. Arcand et R. Hébert).

## Définition de la maltraitance

La définition de la maltraitance retenue ici est celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2002) et reprise par Hébert et Arcand dans la troisième édition du *Précis pratique de gériatrie* (2007). Cette définition est la suivante :

« Il y a maltraitance quand un geste isolé ou répété, ou une absence d'action appropriée, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et cause du tort ou de la détresse à une personne âgée. La maltraitance peut être de plusieurs ordres : physique, psychologique, émotionnel, sexuel, financier, ou refléter des formes intentionnelles ou non de négligence. » (Traduction libre de la *Déclaration de Toronto sur la prévention globale des mauvais traitements envers les aînés*, OMS, 17 novembre 2002)

Comme le soulignent Hébert et Arcand, la définition fait ressortir plusieurs dimensions de la maltraitance. D'abord, les mauvais traitements peuvent s'inscrire dans une dynamique de répétition ou prendre la forme d'une manifestation isolée. Ainsi sont englobés tant la violence familiale qui perdure que des gestes comme les bousculades ponctuelles.

De plus, cette définition situe la maltraitance dans le contexte d'une relation de confiance. Il ne s'agit donc pas de crimes commis par des étrangers, telles les extorsions perpétrées par des fraudeurs, mais bien des violences et des négligences venant de personnes avec qui la personne aînée est en relation. Cette relation de confiance renvoie à un contexte d'interdépendance ou de dépendance avec des membres de la famille ou des proches ou avec les intervenants qui fournissent des soins et des services. L'ouverture et la sécurité inhérentes aux rapports d'interdépendance ou de dépendance seront trahies par la violence ou la négligence.

Sont enfin évoquées les conséquences pour la personne aînée. Ainsi, aucune forme de maltraitance n'est anodine; tant la violence que la négligence ont des répercussions à plus ou moins long terme sur la santé globale de la personne âgée.

## Ampleur du problème

Deux grandes enquêtes sociales canadiennes<sup>2</sup> portant sur la maltraitance, réalisées à la fin des années 1980 et 1990, révèlent que de 4 % à 7 % des personnes âgées vivant à domicile sont violentées ou négligées par leurs proches. Ces proportions, comparables à celles d'autres pays, sont considérées comme la pointe de l'iceberg en raison, notamment, de nombreuses limites d'ordre méthodologique. En effet, on peut aisément présumer qu'un nombre significatif d'aînés taisent des informations s'ils sont interrogés alors que la personne qui les maltraite se trouve à proximité. En s'appuyant sur divers indicateurs, des auteurs estiment quant à eux entre 8 % et 20 % la proportion de personnes âgées maltraitées par leurs proches.

La région de la Capitale-Nationale compte 102 705 personnes âgées de 65 ans ou plus. Suivant les estimations – conservatrices – des deux enquêtes sociales, près de 8 200 aînés seraient donc victimes de maltraitance dans la seule région de la Capitale-Nationale. Les enquêtes sociales révèlent en outre que la maltraitance matérielle ou financière serait la plus fréquente. Quant à la négligence, elle serait souvent associée à une perte d'autonomie de la personne âgée. Enfin, bon nombre d'aînés subiraient plusieurs types de maltraitance en même temps.

2 PODNIEKS, E., PILLEMER, K. (1990). *Une enquête nationale sur le mauvais traitement des personnes âgées au Canada*. Institut polytechnique Ryerson, Toronto.  
STATISTIQUE CANADA (2000). *La violence familiale au Canada. Un profil statistique 2000*. Centre canadien de la statistique juridique, gouvernement du Canada, Ottawa.

## Mise en contexte du plan d'action proposé — un bref rappel

Dans la Capitale-Nationale, la maltraitance fait l'objet des préoccupations des gestionnaires et des intervenants en soutien à domicile depuis plus de dix ans. C'est ainsi que diverses actions ont visé à répondre aux besoins du moment. Les premières initiatives de concertation se sont traduites notamment par la mise en place d'un Groupe privilégié d'intervention (GPI) sur le territoire de CLSC La Source. Par la suite, d'autres milieux ont implanté des tables locales de concertation en abus, négligence et violence envers les aînés. Un second GPI, sur le territoire de CLSC Orléans, a vu le jour. La présence, dans chacun des milieux, d'intervenants pivots jouant un rôle clé auprès de leurs collègues a aussi témoigné de la volonté des directions au regard de la maltraitance. Cette implication des intervenants pivots a d'ailleurs permis le développement d'une solide expertise aux niveaux local et régional. Des comités ont aussi été mis en place afin de favoriser l'échange d'expertise et la résolution de difficultés éprouvées sur le terrain, soit le Comité régional d'experts (CRE) et le Comité régional d'intervenants pivots (CRIP).

Sur la base des données disponibles, il y a tout lieu de croire que la maltraitance envers les aînés augmentera dans les prochaines années, étant donné l'augmentation de l'espérance de vie. À cet égard, un plus grand nombre de situations d'exploitation financière est sans doute à prévoir, en raison, entre autres, de l'arrivée massive des baby-boomers dans la cohorte des 65 ans ou plus, qui se trouvent globalement, et de loin, dans une meilleure situation financière que leurs prédécesseurs.

De plus, au cours des dernières années, des constats ont été dégagés par les intervenants terrain et certains partenaires relativement au fonctionnement des structures régionales existantes. Ces constats ont entraîné un questionnement régional qui a donné lieu à deux démarches (traduites chacune dans un document : *Évaluation des interventions et des activités liées à la problématique de la maltraitance à l'endroit des aînés* et *Mobilisation communautaire pour prévenir les abus financiers à l'égard des aînés dans la région de la Capitale-Nationale*).

De la première démarche régionale, il est ressorti que le contexte s'avérait favorable pour revoir les structures mises en place au regard de la maltraitance envers les aînés et en préciser les rôles et les mandats. De la seconde démarche, il est ressorti que le contexte se prêtait à la mobilisation des partenaires, particulièrement en ce qui a trait à l'exploitation financière. En effet, des représentants d'institutions financières (caisses populaires et banques) avec qui des contacts avaient été amorcés ont montré de l'intérêt à cet égard.

Compte tenu de la lourdeur de la majorité des situations dépistées, les intervenants ont pour leur part exprimé des besoins clairs en formation continue et en soutien clinique. Par ailleurs, la consultation publique sur les conditions de vie des aînés, tenue à l'échelle nationale par le ministère de la Famille et des Aînés en 2007, a fait ressortir plusieurs éléments liés à la maltraitance pour lesquels des actions régionales sont à prévoir dans les prochains mois.

Enfin, un cadre conceptuel sur le vieillissement en santé est en cours d'élaboration à la DSP. Ce cadre pourra servir de référence aux responsables de l'application du plan d'action au regard des connaissances sur la maltraitance envers les aînés et des interventions reconnues comme efficaces ou prometteuses.

## Objectifs

Le plan d'action pour contrer la maltraitance a comme objectif principal de planifier l'ensemble des activités visant les situations de maltraitance envers les aînés de la Capitale-Nationale. Cette démarche permettra d'optimiser les activités de prévention, de dépistage et d'évaluation ainsi que l'intervention auprès des personnes âgées victimes de maltraitance.

Plus particulièrement, les actions proposées visent :

- l'harmonisation des processus cliniques pour les aînés en situation de maltraitance;
- la définition de trajectoires et de protocoles se rapportant à la maltraitance;
- l'établissement et la consolidation de liens entre les partenaires visés;
- la mobilisation des intervenants et de la communauté au regard de la maltraitance dont sont victimes les personnes âgées.

Cette proposition de plan d'action s'échelonne sur quatre ans, soit de 2008 à 2012. Elle s'adresse principalement aux CSSS de la région de la Capitale-Nationale qui auront à travailler de concert avec les différents partenaires de services de soutien à domicile à la population âgée, visés par le problème de la maltraitance.

Ce plan est conçu de façon à tenir compte de l'évolution de ce problème dans la région au cours des prochaines années, ainsi que des travaux sur le vieillissement en santé en cours à la DSP, et dont un volet porte expressément sur la maltraitance. Ainsi, il sera possible d'intégrer des actions non prévues initialement, mais qui s'avèrent nécessaires en raison de nouvelles réalités.

## Activités préalables à la mise en place du plan d'action

Activités	Responsabilité	Échéancier
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procéder à la validation de la proposition du plan d'action auprès des instances existantes (CRIP, comité intertables, tables locales de concertation/GPI, chefs de programmes, coordonnateurs professionnels des services psychosociaux et intervenants pivots maltraitance)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agence de la santé et des services sociaux Capitale-Nationale</li> <li>• Table de concertation des gestionnaires de SAD</li> <li>• Coordonnateur régional du Plan d'action sur la maltraitance envers les aînés</li> </ul>	Janvier à mai 2008
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redéfinir les instances régionales ainsi que leurs rôles et mandats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agence</li> <li>• Table de concertation des gestionnaires de SAD</li> <li>• Coordonnateur régional</li> </ul>	Avril à juin 2008
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Susciter la participation des partenaires du comité régional de concertation (CRC)</li> <li>• Valider les rôles et mandats de cette instance régionale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agence</li> <li>• Table de concertation des gestionnaires de SAD</li> <li>• Coordonnateur régional</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voir au lancement du plan d'action</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agence</li> <li>• Table de concertation des gestionnaires de SAD</li> <li>• Coordonnateur régional</li> </ul>	Octobre 2008

## Activités à réaliser entre mai 2008 et janvier 2012

Activités	Responsabilité	Échéancier
<b>Volet « activités préventives et sensibilisation »</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Intégrer les actions préventives qui se dégagent des travaux de mise à jour du Plan d'action régional (PAR) réalisés par la DSP.</li> <li>Sensibiliser la population générale :               <ul style="list-style-type: none"> <li>déterminer le contenu de l'information à diffuser à la population en tenant compte de la réalité des communautés culturelles;</li> <li>planifier les modalités pour rejoindre la population (ex. : médias);</li> <li>rechercher les collaborations et définir les responsabilités respectives des différents partenaires visés par le problème de la maltraitance.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agence</li> <li>Table de concertation des gestionnaires de SAD</li> <li>CRC</li> <li>Coordonnateur régional</li> </ul> Avec la collaboration des : <ul style="list-style-type: none"> <li>tables locales de concertation/GPI</li> </ul>	À compter de l'automne 2008  Mars 2010
<ul style="list-style-type: none"> <li>Concevoir une base d'information (coffre à outils) pour soutenir les milieux dans leurs activités de sensibilisation en tenant compte de ce qui existe déjà.</li> <li>Répertorier et rendre accessibles les outils de sensibilisation existants dans les milieux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regroupement régional des représentants des tables locales</li> </ul> Avec la collaboration de : <ul style="list-style-type: none"> <li>Violence-Info</li> </ul>	Février 2009
<b>Volet « dépistage »</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Définir et proposer des modalités pour faciliter le dépistage de la maltraitance par les professionnels de la santé (médecins et infirmières des cliniques médicales, des cliniques réseau, des GMF, des urgences, etc.) ainsi que par le personnel des résidences privées d'hébergement et des HLM, à la lumière du PAR mis à jour. S'inspirer au besoin du modèle des sentinelles, utilisé en prévention du suicide :               <ul style="list-style-type: none"> <li>définir une trajectoire claire après avoir dépisté les personnes;</li> <li>faire les liens avec le projet clinique Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agence</li> <li>Table de concertation des gestionnaires de SAD</li> <li>Coordonnateur régional</li> </ul>	Octobre 2010
<b>Volet « formation »</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Élaborer une formation continue pour les intervenants psychosociaux amenés à travailler dans des situations de maltraitance :               <ul style="list-style-type: none"> <li>désigner une personne-ressource et clarifier les attentes à son égard;</li> <li>déterminer les objectifs et le contenu de la formation;</li> <li>établir des modalités quant à l'organisation de la formation.</li> </ul> </li> <li>Offrir la formation aux intervenants psychosociaux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agence</li> <li>Table de concertation des gestionnaires de SAD</li> <li>Coordonnateur régional</li> </ul>	Janvier 2008  Mai et juin 2008 Par la suite en continu



## Activités à réaliser entre mai 2008 et janvier 2012 *(suite)*

Activités	Responsabilité	Échéancier
<b>Volet « soutien clinique »</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voir à l'organisation du travail au sein des programmes de SAD pour favoriser le soutien clinique :</li> <li>• Mettre en place un modèle de discussion de cas adapté à la réalité locale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordonnateurs professionnels psychosociaux des CSSS (programme SAD)</li> <li>• CRIPE</li> <li>• Coordonnateur régional</li> </ul>	Novembre 2008
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constituer et diffuser une banque régionale de situations à partir de cas réels, selon le modèle présenté dans le répertoire du GPI Orléans, sous forme de « vignettes cliniques ». Ce matériel sera utilisé pour la formation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordonnateurs professionnels psychosociaux des CSSS (programme SAD)</li> <li>• CRIPE</li> <li>• Coordonnateur régional</li> </ul>	Mai 2009 Par la suite en continu
<b>Volet « trajectoire de services – protocoles d'intervention »</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diffuser la mise à jour de l'entente régionale de collaboration, conclue en 2002, entre les services policiers et le réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale visant la protection des personnes âgées victimes de maltraitance.</li> <li>• Élaborer et diffuser un protocole d'intervention avec les institutions financières.</li> <li>• Chercher des solutions permettant, dans les situations d'exploitation financière, de respecter l'obligation de confidentialité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agence</li> <li>• CRIPE</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agence</li> <li>• Table de concertation des gestionnaires de SAD</li> <li>• CRIPE :</li> </ul> <p>Avec la collaboration des :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tables locales de concertation/GPI</li> <li>• Institutions financières</li> </ul>	Octobre 2008  Février 2010





## Deuxième partie

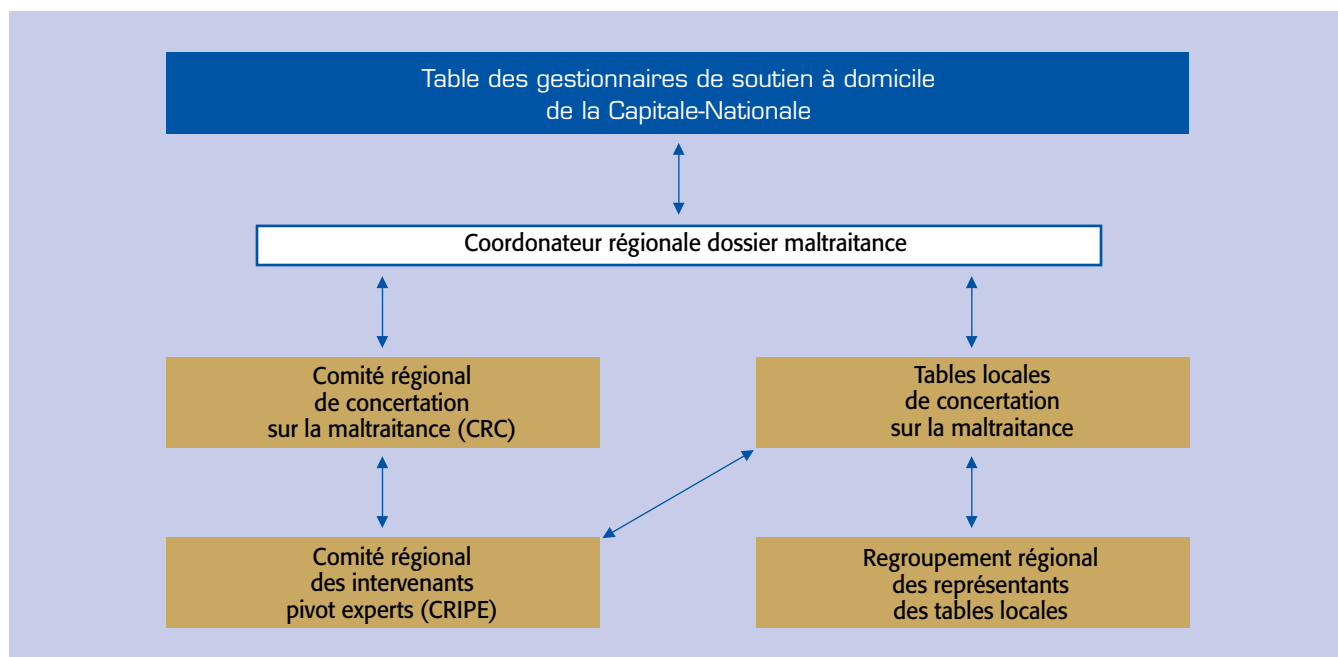
# Rôles et mandats des instances locales et régionales

## Introduction

Le vieillissement de la population et la préoccupation grandissante des communautés pour la maltraitance envers les aînés permettent de prévoir une augmentation du nombre de signalements de cas de maltraitance pour les prochaines années. Dans la Capitale-Nationale, plusieurs instances et organismes sont mobilisés depuis une dizaine d'années, aux niveaux régional et local, et apportent tous une contribution particulière à l'aide aux personnes âgées victimes d'une forme ou l'autre de maltraitance.

Dans la perspective d'une hausse du nombre de cas de maltraitance, il est essentiel de pouvoir continuer de compter sur la collaboration de ces instances et organismes pour une complémentarité optimale des actions. À cet égard les CSSS, de concert avec les organismes communautaires, auront à jouer un rôle clé dans ce problème exigeant une très grande vigilance de la part des intervenants et des bénévoles. De même, la participation et le soutien de décideurs issus des milieux directement visés par la maltraitance s'avèrent essentiels. En raison des leviers dont ils disposent, leur apport, de nature stratégique, contribuera à résoudre les difficultés auxquelles pourraient se heurter les autres paliers plus près des interventions cliniques.

Ainsi, avec la mise en place d'un plan d'action régional visant à contrer la maltraitance, il est nécessaire de redéfinir les rôles et mandats des différentes instances. Les liens entre les diverses instances visées par le dossier de la maltraitance sont illustrés à la figure ci-dessous. Cette démarche de redéfinition des rôles et mandats permettra à chacun d'apporter sa contribution particulière, et ce, dans un souci de complémentarité et de collaboration entre partenaires interpellés par un même problème.



## À l'échelle locale

### 1. Comité local de soutien clinique

Chaque CSSS a la responsabilité de mettre sur pied un comité local de soutien clinique pour chaque territoire de CLSC, afin de soutenir les intervenants psychosociaux et de favoriser le dépistage des situations de maltraitance. Il peut s'agir d'un comité de discussion de cas complexes ou d'un comité interdisciplinaire sur la maltraitance. Le modèle peut varier d'un secteur à l'autre, l'important est d'offrir aux intervenants un espace de discussion et de concertation en ce qui concerne ce problème.

Les objectifs de ce comité sont les suivants :

- partager l'expertise de chacun en matière de maltraitance;
- échanger sur les approches et moyens ayant porté fruit dans les situations de maltraitance;
- chercher les appuis nécessaires aux démarches et interventions avec les personnes victimes de maltraitance.

Ce comité peut se réunir sur une base régulière, à une période déterminée ou au besoin, selon la formule qui convient le mieux aux intervenants.

### 2. Intervenant pivot maltraitance

#### 2.1 Rôle et mandat

Plusieurs équipes locales de SAD ont un modèle de soutien clinique pour ce qui a trait aux dossiers de maltraitance. Même si ce modèle varie d'un territoire à l'autre, l'intervenant pivot maltraitance y joue un rôle clé. Selon les milieux, cette fonction échoit à un intervenant psychosocial ou au coordonnateur professionnel.

Le plan d'action suggère de poursuivre le modèle en place dans chaque secteur, dans la mesure où il répond aux besoins des intervenants. Ainsi, l'intervenant pivot maltraitance sera soit un intervenant psychosocial, soit le coordonnateur professionnel.

### **Rôle assumé par l'intervenant psychosocial**

L'intervenant psychosocial possède une expertise clinique et la crédibilité auprès de son équipe pour assumer la fonction d'intervenant pivot maltraitance. Il a une bonne expérience de l'intervention psychosociale dans les situations complexes de maltraitance. Il travaille aussi en étroite collaboration avec le coordonnateur professionnel de son équipe.

À titre d'intervenant pivot maltraitance, il s'assurera que l'ensemble des dossiers de maltraitance est présenté au comité local de soutien clinique pour discussion.

#### **Modalité**

L'intervenant psychosocial devrait être dégagé d'une partie de sa tâche courante, à raison de cinq heures par semaine, pour se consacrer au dossier de la maltraitance. Il aura donc la responsabilité de répartir sa charge de cas selon sa disponibilité, c'est-à-dire en tenant compte du temps accordé à sa fonction d'intervenant pivot maltraitance.

Afin d'être en mesure de soutenir et développer la pratique psychosociale dans les dossiers de maltraitance, l'intervenant psychosocial devrait avoir accès à différentes formations et à du perfectionnement, notamment en participant à des congrès et à des colloques sur le sujet.

### **Rôle assumé par le coordonnateur professionnel**

Compte tenu de la nature de ses responsabilités, le coordonnateur professionnel possède l'expertise nécessaire et la crédibilité auprès de son équipe pour assumer la fonction d'intervenant pivot maltraitance. Cette fonction s'inscrit dans le soutien à apporter aux intervenants relativement à l'amélioration de la pratique psychosociale, et ce, en tenant compte des contraintes et en respectant les limites de l'intervention. À titre d'intervenant pivot maltraitance, il doit aussi s'assurer que l'ensemble des dossiers de maltraitance est présenté au comité local de soutien clinique pour discussion.

#### **Modalité**

Le coordonnateur professionnel doit recevoir tout le soutien nécessaire, de façon à favoriser son développement professionnel. Au même titre que l'intervenant psychosocial, le coordonnateur professionnel aura accès à des formations pertinentes et à du perfectionnement, notamment par l'entremise de congrès et de colloques sur la maltraitance.

## **2.2 Fonctions de l'intervenant pivot maltraitance**

Le rôle d'intervenant pivot maltraitance, assumé par un intervenant psychosocial ou un coordonnateur professionnel, s'accompagne des fonctions suivantes :

- s'informer du suivi des dossiers de maltraitance auprès des intervenants de son équipe;
- assister l'intervenant dans la présentation des cas complexes au comité régional des intervenants pivots experts (CRIPE);
- soutenir l'intervenant dans la réalisation des recommandations du CRIPE;
- proposer des pistes d'amélioration de la pratique psychosociale quant aux cas de maltraitance, tant au niveau du CSSS que du CRIPE et du comité régional de concertation (CRC);
- faire un suivi des dossiers auprès du CRIPE;
- établir les liens et diffuser l'information aux personnes visées (coordonnateur professionnel, intervenants psychosociaux, autres);
- participer à l'élaboration de formations destinées aux intervenants psychosociaux et aux intervenants de l'équipe interdisciplinaire, de concert avec le CRIPE et le coordonnateur régional du plan d'action.

### 3. Intervenant social désigné

#### 3.1 Rôle et mandat

Si la fonction d'intervenant pivot maltraitance est assumée par le coordonnateur professionnel de l'équipe, il est conseillé de nommer un intervenant social désigné au dossier de maltraitance afin de le soutenir dans sa tâche. Membre de l'équipe psychosociale à titre de travailleur social ou de technicien en travail social, cette personne assiste l'intervenant pivot maltraitance dans ses fonctions. Elle possède une expérience d'intervention sociale dans les situations de maltraitance auprès de la clientèle âgée à domicile. L'intervenant social désigné doit démontrer un intérêt à contribuer à la recherche de stratégies d'intervention en tenant compte des besoins et de la réalité des personnes âgées victimes ou susceptibles d'être victimes de maltraitance.

Il contribue à une meilleure compréhension du problème de la maltraitance envers les aînés, tant au sein de l'équipe psychosociale qu'auprès des intervenants de l'équipe interdisciplinaire.

À la demande du coordonnateur professionnel ou de l'intervenant pivot maltraitance, et de concert avec ceux-ci, l'intervenant social désigné doit :

- sensibiliser ses pairs aux réalités de la maltraitance;
- assister l'intervenant psychosocial dans la présentation des cas au CRIPE, au besoin;
- soutenir l'intervenant psychosocial dans la réalisation des recommandations du CRIPE, au besoin;
- établir les liens avec les intervenants de l'équipe psychosociale et leur diffuser l'information sur la maltraitance envers les aînés;
- proposer des pistes d'amélioration de la pratique psychosociale quant aux cas de maltraitance, au niveau du CSSS et du CRIPE;
- collaborer à la planification et à l'animation de séances de formation destinées aux bénévoles des organismes communautaires membres des tables de concertation et des GPI, et ce, de concert avec le coordonnateur professionnel et l'intervenant pivot maltraitance.

#### 3.2 Modalité

Afin de mieux exercer son rôle, l'intervenant social désigné devrait être dégagé d'une partie de sa tâche, à raison de trois heures par semaine qu'il consacrerait au dossier de la maltraitance. Afin d'être mieux outillé pour assister l'intervenant pivot, il devrait participer à des formations, à des congrès et à des colloques.

### 4. Table locale de concertation et groupe privilégié d'intervention (gpi)

La contribution d'un organisateur communautaire est très aidante en ce qui concerne le problème de la maltraitance. Celui-ci joue d'ailleurs un rôle de premier plan dans l'animation des rencontres des tables locales de concertation en maltraitance et des GPI. Aussi, chaque CSSS est appelé à bien préciser la contribution qu'il attend de l'organisateur communautaire.

#### Rôle et mandat

Les tables locales de concertation et les GPI regroupent divers partenaires du milieu qui interviennent auprès des aînés. Leurs actions sont centrées sur la sensibilisation, la prévention et l'élaboration d'outils dans le but de contrer la maltraitance envers les personnes âgées<sup>3</sup>. Certaines tables locales se sont donné un second mandat, soit la discussion de cas présentés par les intervenants afin de trouver des solutions qui, souvent, devront compter avec la contribution d'organismes membres de la table. Par ailleurs, plusieurs tables locales ont signé des protocoles de collaboration entre les organismes membres pour une meilleure continuité dans les services auprès de leur clientèle en situation de maltraitance.

3. M. DROLET, D. GAGNÉ et L. ST-JULIEN, *Comité régional d'experts sur l'abus, la négligence et la violence envers les aînés, région de Québec : Bilan et perspectives 2003-2005*, Québec, Direction de santé publique de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2003, p. 6.

## À l'échelle régionale

### 5. Coordonnateur régional du plan d'action pour contrer la maltraitance envers les aînés

#### Rôle et mandat

Le coordonnateur régional joue un rôle de coordination dans la mise en place du plan d'action. Il voit également à l'organisation des rencontres des comités régionaux CRIPE et CRC et en assume l'animation. Dans l'esprit de favoriser la mobilisation à l'échelle régionale, il travaille en collaboration avec les partenaires du milieu.

Le coordonnateur régional est aussi responsable des liens entre le CRIPE, le CRC et la table de concertation des gestionnaires de SAD de la Capitale-Nationale. Il doit veiller au suivi des demandes de cette table et de celles des différentes instances (CRIPE et CRC). De concert avec l'Agence, il assume les responsabilités suivantes :

- s'assurer de la réalisation des activités préalables au lancement du plan d'action;
  - veiller à la redéfinition des instances régionales ainsi que de leurs rôles et mandats;
  - s'assurer de la participation des partenaires du CRC;
  - valider les rôles et mandats du CRC et voir au lancement du plan d'action;
- s'assurer de l'application des volets du plan d'action en maltraitance : activités préventives et sensibilisation, dépistage, formation, soutien clinique, trajectoire de service, protocoles d'intervention, et ce, en collaboration avec les différents partenaires;
- s'assurer des liens entre le CRIPE, le CRC et le regroupement régional des représentants des tables locales;
- faire rapport de l'évolution des travaux du CRIPE et du CRC à la table des gestionnaires de SAD de la Capitale-Nationale, selon les besoins et à la demande de celle-ci.

Pour le CRIPE et le CRC :

- Organiser, animer et soutenir le fonctionnement du CRIPE et du CRC, soit :
  - fixer l'horaire des rencontres;
  - envoyer les avis de convocation;
  - s'assurer de la présence des membres;
  - animer les rencontres et faire le suivi des sujets discutés;
  - rédiger les comptes rendus;
  - coordonner le bilan annuel des activités du CRIPE et du CRC.

Pour le CRIPE :

- avec les intervenants pivots maltraitance, établir le mode de priorisation des dossiers traités au CRIPE;
- s'assurer que les discussions de cas sont colligées;
- avec les membres du CRIPE, déterminer les demandes prioritaires de consultation pour le CRC.

Pour le CRC :

- S'assurer du suivi des recommandations du CRIPE et du CRC auprès des instances visées.

## 6. Comité régional des intervenants pivots experts (cripe)

### 6.1 Rôle et mandat

Ce comité est la continuité du comité régional des intervenants pivots (CRIP). Il cumule des responsabilités d'ordre clinique et tactique. Le CRIPE est un lieu d'échanges, de réflexion et de prise de position. En ce sens, ses actions visent à apporter un éclairage nouveau et à proposer des pistes de solution dans les situations complexes de maltraitance afin d'améliorer les pratiques cliniques. Il pourra aussi faire des recommandations au comité régional de concertation (CRC), entre autres, pour améliorer les trajectoires de service.

Le CRIPE doit en outre contribuer au développement de l'expertise en maltraitance et assurer la formation continue des intervenants pivots maltraitance, des intervenants désignés et des autres professionnels de la santé visés. Par l'intermédiaire du coordonnateur régional, le CRIPE peut présenter certaines demandes ou recommandations à la table des gestionnaires de SAD.

Plus précisément, le CRIPE doit :

- favoriser les échanges et la réflexion éthique dans les situations de maltraitance;
- fournir, aux intervenants sociaux et aux membres des tables de concertation locales et GPI, une expertise spécifique et des pistes d'intervention dans des situations complexes de maltraitance ayant nécessité des approches interdisciplinaires (ex. : problèmes psychiatriques, psychogériatriques et gériatriques, situations où entrent en jeu la notion d'aptitude ou des aspects légaux);
- repérer les zones de rupture de service et les problèmes de trajectoires de service relativement au cheminement des cas de maltraitance dans le réseau de la santé et des services sociaux auprès des partenaires externes, et les soumettre au CRC;
- présenter des recommandations au CRC et à la table des directeurs de SAD de la Capitale-Nationale;
- élaborer un programme de formation continue et le diffuser à l'ensemble des intervenants pivots maltraitance, des intervenants désignés, des intervenants psychosociaux et des autres professionnels de la santé visés par la maltraitance.

### 6.2 Composition

Les membres du CRIPE doivent avoir une expertise dans le domaine de la maltraitance et un intérêt marqué pour la recherche de solutions.

Ce comité est composé des experts suivants :

- le coordonnateur régional du plan d'action en maltraitance;
- les intervenants pivots maltraitance;
- un omnipraticien;
- un psychogéronte;
- un éthicien;
- un avocat.

Selon les discussions de cas prévues et les besoins des intervenants, le CRIPE fera appel aux partenaires suivants :

- un représentant du Curateur public du Québec;
- un représentant de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec.

### 6.3 Modalité

Les rencontres sont animées par le coordonnateur régional du plan d'action en maltraitance. Le comité se rencontrera annuellement à huit reprises, ou plus si nécessaire. Les rencontres du CRIPE sont suspendues en juillet et août.

## 7. Comité régional de concertation (crc)

### 7.1 Rôle et mandat

Ce comité est issu du comité régional d'experts (CRE). Le mandat de ce comité stratégique est de définir et consolider les orientations régionales liées au dossier de la maltraitance. Ce statut le rend également responsable de la bonne marche de la trajectoire de service pour les aînés victimes de maltraitance, y compris les ententes de service ainsi que les procédures policières et légales liées aux situations de maltraitance.

Plus précisément, le CRC doit :

- influencer les organismes représentés afin de prioriser les enjeux découlant de la maltraitance envers les aînés;
- contribuer à définir des moyens pour le partage et le développement de l'expertise des acteurs régionaux en matière de maltraitance envers les aînés;
- définir et consolider les orientations du plan d'action régional sur la maltraitance, de concert avec la table des gestionnaires de SAD et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale;
- formuler des recommandations ou des avis relativement aux orientations, stratégies et interventions à privilégier, à l'intention des organismes représentés au CRC et d'autres organismes aux niveaux local, régional ou provincial;
- établir des liens avec d'autres régions du Québec sur le partage et la recherche de modèles d'intervention à privilégier en raison de leur intérêt ou de leur efficacité;
- collaborer avec les milieux de recherche et d'enseignement au besoin.

### 7.2 Composition

Contrairement au comité régional d'experts, le CRC est composé de personnes en autorité, de décideurs légitimés par leur organisation à prendre position dans les dossiers traités. Les membres du CRC représentent leur organisme respectif. Ils ont la responsabilité de participer aux travaux et d'assurer le suivi des recommandations du comité auprès de leur organisation.

Les membres du CRC :

- ont la légitimité nécessaire afin de prendre position dans les dossiers traités au comité;
- ont le pouvoir d'influencer les politiques, les règles et les pratiques, de par leur rôle ou fonction dans leur organisme ou instance;
- sont à même de diffuser de l'information dans le but de sensibiliser leur milieu d'intervention au problème de la maltraitance;
- possèdent une expertise pointue dans leur domaine d'intervention;
- ont une bonne connaissance des politiques, du cadre et des possibilités d'intervention de leur organisme ou instance;
- sont à même, en ce qui a trait au traitement du dossier de la maltraitance, de constater des lacunes éventuelles et de proposer des améliorations.

Ce comité est composé des décideurs légitimés suivants :

- le coordonnateur régional du plan d'action en maltraitance;
- un représentant des quatre CSSS de la Capitale-Nationale;
- un représentant de l'Hôpital Jeffery Hale - Saint-Brigid's;
- un représentant du Centre de santé Marie-Paule Sioui-Vincent de Wendake;
- un représentant du Curateur public du Québec;
- un représentant de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec;
- un représentant du Centre communautaire juridique de Québec;
- un représentant du Conseil des aînés;
- un représentant de la Direction de médecine générale de l'Agence;
- un représentant de la Direction régionale de la coordination des réseaux locaux, des secteurs social et santé mentale de l'Agence;
- un représentant de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale;
- un représentant des corps policiers municipaux;
- un représentant de la Sûreté du Québec;
- un représentant des organismes communautaires siégeant aux tables de concertation et groupes privilégiés d'intervention;
- deux représentants des institutions financières (banques et caisses populaires Desjardins).

### 7.3 Modalité

Le CRC se réunit quatre fois par année, à l'exclusion de la période estivale. Les premières rencontres seront l'occasion d'échanger sur les rôles et mandats de chacun dans le but d'avoir une meilleure connaissance des organismes représentés. Elles permettront aussi aux organismes membres de faire état de leurs possibilités, de leurs limites et de leurs préoccupations au regard de la maltraitance envers les personnes âgées. En outre il sera essentiel, dès le départ, de bien situer l'apport du comité au plan d'action régional sur la maltraitance, en complémentarité aux actions des autres instances. Les premières rencontres au CRC constituent une étape cruciale pour la création des liens nécessaires à tout processus de concertation.

## 8. Regroupement régional des représentants des tables locales

Connue sous le nom de comité intertables (CIT), cette instance est composée des organisateurs communautaires en soutien à domicile des quatre CSSS de la région. Les organisateurs communautaires animent les tables de concertation et les groupes privilégiés d'intervention (GPI). Ce regroupement est un lieu de partage et de réflexion sur la mise en place d'outils de prévention et de sensibilisation par les tables locales de concertation et les GPI. Il permet aussi aux responsables des tables d'échanger sur leur plan de travail respectif. Ce regroupement se réunit selon les besoins.



## Bibliographie

ARCAND, M., et R. HÉBERT. *Précis pratique de gériatrie*, 3<sup>e</sup> édition, Saint-Hyacinthe, Edisem, 2007, 1270 p.

DROLET, M., D. GAGNÉ et L. ST-JULIEN. *Comité régional d'experts sur l'abus, la négligence et la violence envers les aînés, région de Québec : Bilan et perspectives 2003-2005*, Direction de santé publique de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2003, 19 p.

PARADIS, M., et P. RACINE. *Évaluation des interventions et des activités liées à la problématique de l'abus, la négligence et la violence à l'endroit des aînés*, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, 2006.

PARADIS, M., et P. RACINE. *Mobilisation communautaire pour prévenir les abus financiers à l'égard des aînés dans la région de la Capitale-Nationale*, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, 2007.

PODNIKES, E., PILLEMER, K. (1990). *Une enquête nationale sur le mauvais traitement des personnes âgées au Canada*. Institut polytechnique Ryerson, Toronto.

STATISTIQUE CANADA (2000). *La violence familiale au Canada. Un profil statistique 2000*. Centre canadien de la statistique juridique, gouvernement du Canada, Ottawa.



**Agence de la santé  
et des services  
sociaux de la Capitale-  
Nationale**

**Québec** 