



Ordre professionnel
des travailleurs sociaux du Québec

*L'humain.
Avant tout.*

CONSULTATION PUBLIQUE
SUR LES CONDITIONS DE VIE DES PERSONNES ÂÎNÉES
MÉMOIRE PRÉSENTÉ PAR L'ORDRE PROFESSIONNEL
DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC

**À quel âge cesse-t-on
d'être une personne
pour devenir « objet de soins »?**



Septembre 2007

Table des matières

Préambule	
La mission de l'Ordre	page 3
Les valeurs de l'Ordre	page 3
Les valeurs de la profession de travailleur social	page 3
1. Mise en contexte	
Une deuxième consultation en deux ans	page 4
Retour sur le plan d'action 2005 - 2010	page 5
2. Un changement de perception s'impose	
C'est d'abord dans le regard des autres que l'on devient vieux	page 6
Des sages devenus des fardeaux	page 6
3. La vie de nos aînés en établissements	
Le respect des droits fondamentaux de la personne	page 7
L'importance de la socialisation	page 8
L'approche milieu de vie : la spécialité du secteur privé?	Page 9
La clé : le maintien à domicile	page 10
Impliquer les municipalités en tant que partenaires	page 10
Conclusion	page 11

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement les personnes suivantes dont l'expertise et la disponibilité ont été d'une aide précieuse dans l'élaboration du présent mémoire.

Mme Nathalie Delli-Colli, travailleuse sociale
Centre d'hébergement Argyll (CSSS Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke)
Mme Paule Laramée, travailleuse sociale
Centre hospitalier Anna-Laberge (CSSS Jardins-Roussillon)
Mme Diane Isabelle Poirier, travailleuse sociale
Hôtel Dieu du CHUM (Centre hospitalier de l'Université de Montréal)

Préambule

Au 31 mars 2006, l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec comptait 6 811 membres travailleuses sociales, travailleurs sociaux, thérapeutes conjugales et familiales et thérapeutes conjugaux et familiaux.

La mission de l'Ordre

Dans le cadre de son mandat de protection du public et en référence avec la nature du travail social, l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec s'est donné comme mission :

- de s'assurer de la qualité des activités professionnelles de ses membres et de favoriser le maintien et le développement de leurs compétences;
- de promouvoir la mise en place et le maintien de politiques et de services qui favorisent le développement de la justice sociale;
- de défendre les droits des personnes, notamment des individus et des groupes les plus à risque sur le plan socio-économique.

Les valeurs de l'Ordre

L'Ordre privilégie l'excellence, la rigueur professionnelle et l'engagement social comme source d'inspiration dans l'ensemble de ses activités afin d'accomplir sa mission. L'Ordre s'assure également que ses membres et son personnel interviennent avec respect.

Dans leur pratique quotidienne, tant dans le réseau de la santé et des services sociaux qu'au sein d'organismes communautaires, de la fonction publique ou en pratique autonome, sur une base occasionnelle ou de façon continue, environ 2 000 travailleurs sociaux oeuvrent auprès des personnes âgées. L'expertise d'un certain nombre d'entre eux nous a été d'une aide précieuse dans la rédaction de ce mémoire présenté dans le cadre de cette consultation publique portant sur les conditions de vie des aînés, au Québec.

Les valeurs de la profession de travailleur social

Dans leur pratique quotidienne, sur le terrain, les travailleurs sociaux s'inspirent de valeurs et de principes qui encadrent et définissent leur profession. Ces valeurs sont les suivantes :

- Le respect de la dignité de tout être humain, des droits des personnes, des groupes et des collectivités, du principe d'autonomie de la personne, du droit de tout individu en danger de recevoir assistance et protection selon ses besoins, ainsi que les principes de justice sociale;
- La croyance en la capacité humaine d'évoluer et de se développer;

- La reconnaissance de la nécessité de percevoir et de comprendre l'être humain en tant qu'élément de systèmes interdépendants et potentiellement porteurs de changements.

1. Mise en contexte

C'est à dessein que nous avons joint notre mission dans le préambule de ce mémoire. En effet, outre son mandat de protection du public, qu'il tient de son appartenance au système professionnel, l'OPTSQ s'est donné comme mission « *de promouvoir la mise en place et le maintien de politiques et de services qui favorisent le développement de la justice sociale, ainsi que de défendre les droits des personnes, notamment des individus et des groupes les plus à risque sur le plan socio-économique* ». L'Ordre et ses membres prennent en effet très au sérieux cette vigilance face aux orientations du gouvernement en matière de politiques sociales, face aux décisions administratives des établissements et aux conditions d'exercice de la pratique du travail social qui pourraient avoir un impact négatif sur la qualité des services offerts à la population.

Dans ce contexte, le travail social se caractérise avant tout par une approche globale, selon laquelle l'acte professionnel du travailleur social consiste en la synergie des divers niveaux de fonctionnement social des individus et des composantes environnementales.

Quant aux valeurs fondamentales de la profession, comme nous l'avons précisé dans le préambule, elles gravitent autour du respect de la personne, de sa dignité, de son individualité et de son droit inaliénable à l'autodétermination, sans oublier la promotion de la justice et de l'équité sociale. Cette façon spécifique qu'ont les travailleurs sociaux d'aborder la dynamique des situations vécues par les personnes sera présente en filigrane tout au long de ce mémoire.

Une deuxième consultation en deux ans

En avril 2005, l'OPTSQ avait l'opportunité de réagir au document de consultation du ministère de la Santé et des Services sociaux intitulé : *Les services aux personnes âgées en perte d'autonomie : un défi de solidarité*. Le peu de distance entre ces deux consultations nous permet d'affirmer que les constats d'alors demeurent encore d'actualité. De plus, nous souhaitons que la ministre des Aînés fasse siens les principes directeurs présents dans ce document. Ces derniers ont fait l'objet d'un large consensus auquel nous adhérons toujours. Ces principes directeurs sont les suivants :

- *Le respect de la liberté de la personne de choisir pour elle-même;*
- *La volonté ferme de permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer dans leur communauté;*

- *La solidarité à l'égard de la personne proche aidante, à titre de cliente, de partenaire et de citoyenne et la reconnaissance du caractère volontaire de son engagement, qui résulte d'un choix libre et éclairé;*
- *L'information à la population sur le soutien auquel elle a droit de s'attendre et l'assurance d'une réponse diligente et respectueuse de ses besoins;*
- *Une réponse fondée sur les besoins des personnes et une contribution de l'utilisateur indépendante du lieu où il réside, du type de résidence et du prestataire de services.*

C'est d'ailleurs en s'inspirant de ces principes directeurs que les 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) du Québec peaufinent présentement leur projet clinique en lien avec la problématique des personnes âgées en perte d'autonomie.

Retour sur le plan d'action 2005 - 2010

Il nous apparaît utile de revenir brièvement sur les grandes lignes de nos commentaires d'alors. D'entrée de jeu, nous y affirmions que l'expérience terrain de nos membres nous permet de croire que la population souhaite assurer à ses aînés des conditions de vie dignes et décentes et qu'elle consent à ce que l'État y consacre les ressources nécessaires.

Deux ans plus tard, nous avons peine à identifier les signes concrets du virage proposé par le ministre de la Santé et des Services sociaux, Philippe Couillard, concernant notamment la limitation du développement de nouvelles places en CHSLD et le transfert des budgets correspondants vers le maintien et les soins à domicile. À ce titre, la diminution du nombre de lits dressés en CHSLD n'est pas, en soi, un bon indicateur de la situation¹. Pourtant, cet engagement était au cœur du plan d'action.

Une autre observation faite il y a deux ans est toujours aussi d'actualité. En effet, les services de prévention sont essentiellement reliés à la santé physique de la clientèle et occultent, du même coup, les besoins psychosociaux des aînés. Bien sûr, comme nous l'écrivions en 2005, les personnes âgées peuvent faire des chutes et se blesser, nécessitant ainsi des soins de santé immédiats. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a initié des démarches afin de s'assurer de la qualité des services rendus à ces personnes et nous en sommes heureux. Cependant, il ne faudrait pas oublier pour autant que les personnes

¹ « Même si le nombre total de places en CHSLD diminue, on y admet de plus en plus de personnes très âgées et en perte d'autonomie sévère à l'admission et la durée de leur séjour diminue constamment ». – *État de situation sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*, Conseil des aînés, février 2007, p. vii;

En 1991, les 45 784 lits dressés en CHSLD (publics et privés conventionnés) ont été occupés par 63 723 usagers; en 2005, les 41 442 lits dressés ont été occupés par 71 875 usagers. Cela correspond à une hausse de 12,3 %. (Même source, P. 46).

âgées peuvent aussi être victimes de harcèlement, de violence conjugale ou souffrir d'isolement, de dépression, éprouver des problèmes de surconsommation de médicaments, d'alcool, etc.

2. Un changement de perception s'impose

Au Québec, la reconnaissance des droits d'une personne est devenue, peu à peu, inversement proportionnelle à son âge.

L'État, la société et les intervenants doivent changer leur perception de ce que sont les personnes âgées. Au fil des ans nous avons eu tendance à oublier que toutes les personnes sont égales en droit, sans égard à leur âge. Pourtant, dans le cas des aînés, de plus en plus de décisions les concernant se prennent sans eux. C'est comme si, au Québec, la reconnaissance des droits d'une personne était inversement proportionnelle à son âge. En conséquence, nous ne serons en mesure, comme société et comme intervenants, de créer des conditions de vie dignes et décentes pour nos aînés, que le jour où nous les considérerons à nouveau comme des personnes et non comme des « objets de soins ».

C'est d'abord dans le regard des autres que l'on devient vieux

Le vieillissement de la population est devenu un incontournable élément d'actualité. Régulièrement, dans les médias, des experts se perdent en conjecture en tentant de mesurer les « impacts catastrophiques » de ce phénomène sur l'organisation de la société, sur les finances publiques. Le débordement des salles d'urgence fait également couler beaucoup d'encre. Les analystes ne ratent pas une occasion de nous rappeler qu'un des principaux éléments du problème est qu'une trop grande proportion de lits est occupée par des personnes âgées dont l'état ne justifie pas nécessairement de soins hospitaliers. Ainsi, le message est clair : vieillir, c'est négatif. Vieillir, c'est devenir un poids pour la société.

Des sages devenus des fardeaux

C'est donc à une réflexion profonde sur nos valeurs, nos perceptions et sur notre agir, plutôt qu'à une analyse des programmes et des structures, que nous convions les membres et les participants à cette consultation publique. Le regard que nous portons sur les personnes âgées, regard qui conditionne nos actions, doit changer. Nous devons à nouveau considérer les personnes âgées comme des humains à part entière, qui traversent une autre étape de la vie. Nous sommes devenus l'une des rares sociétés à ne plus considérer ses aînés comme des sages, des personnes à qui nous devons respect, mais bien comme des fardeaux pour qui nous nous contentons de voir aux besoins primaires.

Tout d'abord, comme société, nous devons encourager nos aînés à jouer leurs rôles sociaux le plus longtemps possible. Il faut également valoriser et encourager les personnes qui décident de demeurer sur le marché du travail au-delà de « la norme ». Nous aurions tout à gagner, comme société, en mettant à profit collectivement ce formidable capital d'expérience de vie et d'expertise professionnelle que les aînés pourraient nous apporter.

Traiter les aînés avec respect et dignité, être à l'écoute de leurs besoins, tout cela va bien au-delà d'un bain par semaine.

Comme intervenants, il est impératif que nous prenions à nouveau le temps de bien connaître le rôle social que jouait la personne âgée lors de sa vie active. Cette connaissance de la personne, pourtant essentielle, est devenue accessoire. Nous avons également tendance à infantiliser les personnes âgées, à oublier qu'elles ont une histoire de vie, que ce sont des personnes qui ont du vécu. En ce sens, en tant que dispensateurs de services, nous avons tous un mea culpa à faire. Pourtant, dès que nous ferons le choix du respect de la personne et de ses droits, nos pratiques changeront en profondeur, deviendront plus stimulantes, plus intéressantes et plus valorisantes.

D'autre part, l'ensemble des intervenants et des professionnels de la santé et des relations humaines qui travaillent auprès des personnes âgées doit s'entendre pour reconnaître que les abus de toutes sortes, les situations de manque de respect face à la personne et à sa dignité ne seront désormais plus tolérées et seront même dénoncées. Nous devons tous - individuellement et collectivement - reconnaître que nous sommes responsables du bien-être de la personne en nous engageant à respecter ses droits, en étant à l'écoute de ses besoins et en la traitant avec dignité. À ce titre, nous croyons qu'il serait pertinent que la ministre des Aînés convie tous les professionnels et tous les intervenants qui oeuvrent auprès des aînés à signer une déclaration commune par laquelle ils s'engageraient à respecter les droits ainsi que la dignité des personnes âgées et à les reconnaître comme citoyens de droit.

3. La vie de nos aînés en établissements

Le respect des droits fondamentaux de la personne

Dans nos institutions, tous les jours, les droits civiques de plusieurs personnes âgées sont bafoués par ignorance ou par souci « d'efficacité ». En effet, les intervenants s'adressent souvent aux proches-aidants pour discuter d'un traitement ou même pour obtenir un consentement écrit alors qu'aucune inaptitude n'a encore été constatée ou déclarée. Pire encore, ils arrivent même qu'ils se contentent d'en discuter entre professionnels, sans même se préoccuper des proches-aidants. Pourquoi ne s'adresse-t-on pas à la personne?

De telles pratiques sont en contravention avec au moins deux articles du Code civil du Québec, les articles 11 et 15².

Trop souvent, la routine des soins passe avant la personne. Cette observation est encore plus forte en centres hospitaliers, où la compétence des intervenants et des professionnels prime sur la personne et ses besoins. Pourtant, dans une relation de respect, l'écoute n'est-elle pas essentielle? Ainsi, par exemple, pourquoi ne pas adapter nos services et nos soins au rythme souvent plus lent des personnes âgées? Il faut revenir à une relation où la personne sent qu'elle peut s'exprimer librement et exposer ses attentes. D'ailleurs, la relation thérapeutique souffre grandement de ce fossé qui grandit sans cesse entre l'intervenant et son client. Cela explique peut-être pourquoi la majorité des plaintes à l'endroit du personnel traitant découle de l'absence d'une relation d'écoute, de respect et de confiance.

« D'après moi, Mme Tremblay doit être morte, y'a quelqu'un d'autre dans sa chambre depuis ce matin. C'était ma seule amie depuis 10 ans; ils auraient pu me l'dire ».

L'importance de la socialisation

Nous devons faire les efforts nécessaires pour réinstaller la socialisation comme mode de vie dans les établissements où vivent les personnes âgées. Toute leur vie, nos aînés ont eu des voisins, des amis, des activités sociales. Il faut donc créer un contexte où ces réalités de vie pourront se perpétuer.

La mort d'une personne, dans un lieu de résidence pour personnes âgées, permet de bien illustrer le phénomène de la dépersonnalisation et de la désocialisation. Quand prenons-nous le soin d'informer les autres résidents de la mort d'un des leurs? Trop souvent, ils comprennent qu'il y a eu décès quand un inconnu occupe le lit du voisin ou de la voisine. Le changement peut même s'effectuer en quelques heures... Et si on proposait une petite cérémonie, sur place, juste pour les résidents?

La vie de couple est une autre réalité qui mérite qu'on s'y attarde. Combien de fois avons-nous été témoins d'une situation où l'on sépare un couple de personnes âgées simplement parce que les conjoints ne nécessitent pas le même niveau de soins? Rares sont les endroits où l'on tolère les rapprochements, les gestes de tendresse ou même la vie sexuelle des couples.

² 11. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer. (1991, c. 64, a. 11.)

15. Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier. (1991, c. 64, a. 15; 2002, c. 6, a. 1.)

Le conjoint ou la conjointe d'un « patient », même après 50 ans de vie commune, est toujours considéré comme un visiteur quand il se présente à l'établissement. On peut facilement supposer, dans ce contexte, la grande difficulté pour les membres d'un couple de même sexe à vivre leur réalité sans être contraints à retourner dans le placard. Et qu'en est-il des personnes âgées issues des communautés culturelles; saurons-nous tenir compte de leur culture, de leurs valeurs?

Autre sujet tabou : la liberté de pouvoir mourir dignement, le moment venu. Cet enjeu de société doit faire l'objet d'un large débat au sein duquel nos aînés pourront prendre toute leur place. À ce sujet, l'OPTSQ tient à saluer le travail remarquable de sensibilisation qu'effectue la députée de la Chambre des Communes, Mme Francine Lalonde.

Il faut aussi se questionner sur la pertinence du niveau de soins selon l'évolution de l'état de santé de la personne. En milieu de soins, le patient peut au moins identifier le niveau de soins qu'il souhaite recevoir, mais à domicile rien de ce genre n'existe. C'est une autre façon de ne pas tenir compte de la volonté de la personne. La qualité de vie doit primer sur l'espérance de vie. L'être humain n'est pas immortel et en ce sens, il faudra bien un jour faire un autre débat de société autour de cette question.

L'approche milieu de vie :

La spécialité du secteur privé?

En ce qui concerne le développement de l'approche milieu de vie, on ne peut que constater que le privé devient de plus en plus l'exemple à suivre et que le public, de son côté, est de moins en moins dans le coup. Hormis les cas où elle est appliquée par des personnes malintentionnées, « l'approche client » tient compte des besoins spécifiques des personnes plutôt que de la routine du personnel. Rappelons toutefois à ce chapitre que le ministre Philippe Couillard, dans son document de consultation de 2005, affirmait que : « la clé c'est la diversification des milieux d'hébergement, pour répondre aux besoins particuliers des clientèles ».

Selon les commentaires que nous entendons, l'approche milieu de vie serait trop difficile à implanter dans les ressources publiques, principalement à cause de la taille des organisations, de la lourdeur administrative, de la rigidité des conventions collectives, etc. Heureusement, certains établissements relèvent le défi en démontrant que l'excellence ne coûte pas plus cher. Il ne faut donc pas baisser les bras, mais plutôt unir nos voix pour encourager et soutenir ceux et celles qui font les efforts nécessaires.

« J'aurais voulu rester chez nous, avec tous mes amis autour, mais ça énervait trop ma fille. Ça fait qu'elle a décidé de me placer ».

La clé : le maintien à domicile

Il faut donner un véritable coup de barre pour prendre rapidement le virage vers le maintien à domicile.

La transition, annoncée par le ministre Couillard dans son plan d'action 2005 - 2010, s'effectue trop lentement en ce qui concerne la transformation des budgets des CHSLD vers le maintien à domicile.

La situation des proches-aidants mérite que l'on s'y attarde. Ces personnes, la plupart du temps des femmes, avancent en âge et en ont lourd sur les épaules. En effet, elles assument souvent leur rôle de proches-aidantes à l'endroit de leurs enfants, de leurs petits enfants et de leurs propres parents, tout en tentant de préserver leur équilibre personnel et celui de leur couple. On ose à peine imaginer quelle serait la situation sans leur présence, sans leur dévouement. Pourtant, ces personnes sont loin de recevoir la reconnaissance à laquelle elles ont droit, tant sur le plan de la rémunération que sur celui de l'accès à du répit. Elles s'épuisent et auront bientôt, elles aussi, besoin de soins. Mais qui sera leur proche aidant?

Impliquer les municipalités en tant que partenaires

Les municipalités ont une responsabilité face à « leurs aînés », particulièrement les plus vulnérables, avec lesquels elles devraient établir un lien de communication, de dialogue, qui permettrait aux aînés d'exprimer leurs attentes. Les municipalités doivent comprendre que l'amélioration de la qualité de vie des aînés, dans leur milieu de vie, aura également un impact sur la préservation du tissu social sur un territoire donné. Incidemment, cette démarche s'inscrit parfaitement bien dans le cadre des politiques familiales que la plupart des municipalités du Québec sont en train d'élaborer.

Loin de nous l'idée de pelleter cette responsabilité uniquement dans la cour des municipalités. Nous songeons plutôt à un partenariat dans lequel les municipalités auraient leur rôle à jouer, par exemple, en offrant gracieusement des terrains pour la construction de résidences, en effectuant l'aménagement et l'entretien d'espaces verts, ainsi qu'en aménageant un certain nombre d'infrastructures. Il serait impensable pour une municipalité de ne pas offrir de parcs et d'infrastructures pour les enfants; pourquoi en serait-il autrement pour les personnes âgées?

4. Conclusion

Et si, avec le temps, l'État avait adopté la même attitude que nous envers les aînés?

L'essentiel du message et de la réflexion auxquels nous convions la société en général - et de façon particulière l'ensemble des intervenants et des professionnels qui oeuvrent auprès des aînés - tient en quelques mots : respect de la personne, respect de ses droits. En fait, il s'agit simplement d'organiser les soins et les services de façon à permettre aux personnes âgées de vivre la vie qu'ils souhaitent vivre, non pas la vie que l'on pense être bonne pour elles.

Il serait pourtant trop facile de rejeter l'ensemble du blâme sur l'État. Nous avons tous, en tant que professionnels et en tant que citoyens, un examen de conscience à faire. L'État se comporte-t-il mieux ou moins bien que l'ensemble de la société face aux personnes âgées? Se pourrait-il que, collectivement, nous nous contentions de savoir que nos aînés reçoivent un bain par semaine et que nous fermions les yeux sur tout le reste?

Bref, il est impératif que nous revenions à la base, à l'essentiel, en revoyant nos façons de penser, nos façons d'agir en tenant compte du fait que nos aînés sont des personnes à part entière, avec les mêmes droits que tous les autres citoyens; qu'ils sont des humains, avant tout.

