

**Bibliothèque
et Archives
nationales**

Québec



Le présent fichier est une publication en ligne reçue en dépôt légal, convertie en format PDF et archivée par Bibliothèque et Archives nationales du Québec. L'information contenue dans le fichier peut donc être périmée et certains liens externes peuvent être inactifs.

Version visionnée sur le site Internet d'origine le 30 septembre 2008.

Section du dépôt légal



L exploitation des personnes âgées

Mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec présenté à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse dans le cadre de sa consultation générale sur le sujet en titre

Adopté par le Bureau de l'OIIQ à la réunion du 10 février 2000
février 2000

Veiller à ce que la dignité et la qualité des soins dispensés aux personnes âgées soient établies, maintenues et protégées, et à ce que les personnes âgées ne soient pas exploitées et à ce qu'elles ne soient pas victimes de mauvais traitements physiques et psychologiques.

*Déclaration de Montréal
4^e Conférence mondiale
de la Fédération internationale du vieillissement (1999)*

Table des matières

[Préambule](#)

[Les situation d'exploitation](#)

1. [Insuffisance de soins](#)
 - [Niveau de soins et d'assistance dans les CHSLD](#)
 - [Privation de liberté et de bien-être](#)
 - [Manque d'équilibre entre milieu de vie et milieu de soins](#)
 - [Manque d'adéquation entre les besoins et ressources](#)
2. [Manque de respect de la vie privée et de la dignité de la personne](#)
3. [Violence physique et verbale](#)

[Les moyens d'intervention](#)

1. [Moyens d'intervention touchant les CHSLD](#)
2. [Moyens d'intervention touchant les résidences privées](#)

[Conclusion](#)

[Notes de bas de pages](#)

[Bibliographie](#)

Préambule

Les phénomènes reliés à la violence envers les personnes sont en progression constante dans notre société nord-américaine. Les êtres les plus vulnérables représentent des cibles de choix sur lesquelles ils sont le plus souvent dirigés. Parmi ces derniers se retrouvent les personnes âgées; l'importance grandissante de leurs déficits physiques et cognitifs accroît d'autant leur fragilité et leur dépendance et en font trop souvent des victimes d'exploitation toutes désignées. De plus, les messages âgistes¹ (Conseil des aînés, 1995 : 26), nourrissent trop facilement le sentiment qu'il n'y a pas de réelle gravité à faire preuve de violence à l'endroit des personnes aînées.

Dans l'exercice de leur profession² les membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec sont quotidiennement en contact avec une grande partie des besoins et des misères que vivent bon nombre de personnes âgées particulièrement vulnérables. Cette expérience conduit les infirmières à se préoccuper des diverses situations d'exploitation de ces personnes et à s'intéresser à tout ce qui peut leur venir en aide et favoriser le respect de leurs droits et l'amélioration de leurs conditions de vie.

De son côté, en tant qu'organisme voué à la protection du public, l'OIIQ se préoccupe vivement de la situation des personnes âgées dans notre société et particulièrement de toutes celles qui nécessitent des soins de santé, à domicile, en milieu institutionnels et en milieu d'hébergement privé. Au cours des dernières années, le Bureau de l'OIIQ a manifesté un souci marqué pour les conditions de vie des personnes âgées et de nombreuses discussions et décisions de l'OIIQ sur ce sujet en témoignent.

Cette préoccupation s'est reflétée dans les visites d'inspection professionnelle. Une grande partie des éléments de la problématique de l'exploitation des personnes âgées contenus dans ce mémoire repose sur les observations faites au cours de ces programmes d'inspection professionnelle.

S'ajoutant à cette source d'information, l'OIIQ dispose également des informations que communiquent quotidiennement les infirmières par mode téléphonique. Plusieurs de ces signalements concernent les soins aux personnes âgées vulnérables. Elles fournissent ainsi un ensemble de données descriptives de la situation. Également, les membres du Bureau, provenant des 12 sections identifiées au Règlement divisant le territoire du Québec en régions aux fins de la représentation au Bureau de l'OIIQ, confirment l'importance et l'étendue du phénomène de l'exploitation des personnes âgées en partageant l'expérience et les inquiétudes des infirmières avec lesquelles elles sont régulièrement en contact par le biais des divers ordres régionaux.

La somme d'informations dont dispose l'OIIQ relativement aux questionnements de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse sur l'exploitation des personnes âgées, de même que l'importance du sujet et le caractère inacceptable de la moindre action qui s'y réfère, constituent l'élément déclencheur et la raison d'être du présent mémoire. Les infirmières ne peuvent se soustraire à l'obligation de dire ce qu'elles savent dans l'espoir de contribuer, ne fût-ce qu'un tant soit peu, à éclairer cette zone peu reluisante de notre réalité québécoise et partant, à améliorer le sort de certaines personnes parmi les plus vulnérables et les plus démunies, bien souvent à tous les points de vue.

Bien des documents font foi de toutes les réflexions déjà existantes sur le sujet de la consultation dans le cadre de laquelle s'inscrit ce mémoire. De nombreux organismes et associations, comités et conseils de toutes sortes ont déjà fait entendre leur voix³. Le document produit par la Commission pour accompagner la production de mémoires témoigne de l'avancement de la question et de la connaissance qu'elle en a, au moment de lancer le processus de consultation. Ce qui est maintenant recherché au cours de cette démarche collective, c'est « un partage des expériences à une double fin :

- tout d'abord, mieux répertorier et comprendre les situations d'exploitation les plus fréquentes et les plus sérieuses;
- ensuite, affiner et concerter les moyens d'intervention pour enrayer ce phénomène d'exploitation ».

Sans avoir entrepris d'enquête scientifique, sans avoir mené d'études exhaustives des situations mentionnées dans les pages qui suivent, l'OIIQ veut apporter sa contribution en partageant les principales constatations issues de ses activités régulières et les pistes de solutions qu'il envisage pour annihiler le plus possible les phénomènes reliés à l'exploitation des personnes âgées.

Une approche systémique aurait exigé d'englober tous les lieux où se rencontrent des besoins de personnes âgées vulnérables : domicile, hôpital, centre d'hébergement et de soins de longue durée, résidence privée pour personnes âgées. Nonobstant la valeur indiscutable d'une telle approche, l'OIIQ a choisi de concentrer les constatations contenues dans ce mémoire autour des deux pôles pour lesquels il possède actuellement le plus de données claires et probantes, soit les CHSLD et les résidences privées pour personnes âgées.

Ce choix ne signifie aucunement que l'OIIQ se désintéresse de l'angle communautaire sous lequel se pratique de plus en plus l'aide aux personnes âgées, notamment par les programmes de maintien à domicile. L'OIIQ se préoccupe également de la clientèle âgée et vulnérable dans les centres hospitaliers de soins de courte durée. La vigilance relative aux manifestations d'exploitation de ces personnes doit sans contredit englober tous ces secteurs. Toutefois, pour mieux assurer la portée du message, il a fallu concentrer le faisceau des observations et des recommandations et, ce faisant, cibler, restreindre le champ d'intervention, en espérant que d'autres mémoires apporteront les compléments nécessaires à une saisie exhaustive de la réalité.

Les situations d'exploitation

Dans le cadre des programmes de surveillance de l'exercice infirmier, un projet de vérification a été mis en œuvre afin d'évaluer l'exercice infirmier dans 20 CHSLD, en 1995-1996 et dans 20 résidences privées, en 1996-1997. Cette même année, 9 CHSLD

ont aussi fait l'objet de surveillance. En 1997-1998, 10 résidences privées et 9 CHSLD ont reçu la visite des conseillères-enquêteuses de l'OIIQ. En 1998-1999, 8 résidences privées et 11 CHSLD ont été visités. Au cours de ces démarches, trois types de situations d'exploitation des personnes âgées ont été observées comme particulièrement problématiques et persistantes :

- l'insuffisance des soins;
- le manque de respect de la vie privée et de la dignité de la personne;
- la violence physique et verbale.

Sont-elles les plus sérieuses? Leur importance ne fait aucun doute. Jusqu'à quel point sont-elles courantes? Il est impossible de comptabiliser les faits et gestes que recouvre chacun des types identifiés. Autant en milieu institutionnel que dans les résidences du secteur privé, la déclaration d'incidents est souvent très aléatoire et directement reliée au climat qui prévaut dans l'établissement selon que celui-ci est punitif ou centré sur la recherche d'amélioration de la qualité. Quoiqu'il en soit, l'OIIQ considère qu'en cette matière un seul cas est un cas de trop. Seule la tolérance zéro est défendable lorsqu'il s'agit de l'exploitation des personnes âgées.

1. Insuffisance des soins

Cet aspect de l'exploitation des aînés est celui qui est le plus souvent observé par l'OIIQ. Il recouvre quatre réalités comportant, autant l'une que l'autre, un risque de préjudice important pour les aînés vulnérables.

Niveau de soins et d'assistance dans les CHSLD

La première a trait au niveau de soins et d'assistance prodigués aux personnes âgées en perte d'autonomie dans les CHSLD. On remarque sur ce plan que, dans ces établissements, les personnes âgées sont structurellement privées de soins nécessaires à leur santé et à leur bien-être. Selon l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, la situation actuelle ne permet pas de répondre à plus de 68 % des besoins de soins et d'assistance des personnes qui y vivent (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 1999 : 4). Ce chiffre représente la moyenne du temps réellement consacré à répondre aux besoins des résidents par rapport au temps qui serait véritablement requis pour répondre adéquatement.

Il devient impérieux de remettre en question la norme implicite du taux de réponse aux besoins situé à 70 % ou 75 % selon les régions pour les besoins de soins infirmiers et d'assistance. Norme qui, par ailleurs, n'est même pas à l'heure actuelle respectée. Certains établissements sont bien en dessous de ce seuil et la moyenne provinciale se situe encore en 1997-1998 à 68,3 %. En effet, accepterions-nous d'être traités à 75 % en cas d'une crise cardiaque! Tous les Québécois méritent des services irréprochables. (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 1999 : 5)

Avec l'Association, l'OIIQ dénonce cette situation d'exploitation de personnes qui figurent parmi les plus vulnérables de notre société. Le déficit en soins infirmiers auquel elles doivent faire face n'est pas sans conséquences : il se traduit par une utilisation trop répandue des contraintes physiques et un manque de mesures de prévention des lésions de pression, pour ne mentionner que ces exemples. Des statistiques de l'OIIQ portant sur un échantillon de 20 CHSLD visités en 1995-1996 sont éloquentes à cet égard. En effet, 4,5 % des personnes hébergées ont présenté des lésions de pression au cours de l'année et le taux d'accident causant des blessures était de 39 %. Ces accidents ont même nécessité l'hospitalisation de 52 personnes.

La réalité est d'autant plus sombre que, au dire d'infirmières travaillant en CHSLD, les grilles utilisées pour établir le niveau des besoins de soins et d'assistance des personnes ne tiennent pas suffisamment compte des déficits cognitifs. Or, la clientèle atteinte de déficits cognitifs et de troubles de santé mentale ne cesse de croître dans les CHSLD et il en est de même pour l'importance des déficits observés.

Privation de liberté et de bien-être

La seconde réalité que recouvre l'expression *insuffisance de soins* concerne la privation de liberté et de bien-être que représente l'usage immodéré des contentions. Selon l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (1999 : 4), près de 3 personnes sur 10 vivant dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, ont des contentions physiques. Il n'est pas rare, en effet, d'y voir des personnes immobilisées, attachées dans leur lit ou coincées sur des chaises spécialement conçues à cette fin. N'est-il pas tentant, en situation de manque de personnel, de recourir également à des "contentions chimiques", capables de réduire, grâce à une simple petite pilule, l'agitation de personnes qui ne traduit souvent que des besoins non comblés?

Ces personnes ont besoin de marcher pour maintenir leur capacité motrice. L'un des effets directs des contentions est la régression. Peu à peu, les personnes âgées immobilisées perdent leur autonomie. Privées d'assistance et de surveillance, elles s'enfoncent dans l'immobilisme et la dépendance.

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* stipule pourtant que :

La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

L.R.Q., c. S-4.2, a. 118.1

Il est clair que le manque de personnel est à la source de cet état de fait. Toutefois, la loi ne prévoit pas qu'on puisse avoir

recours à la contention de façon habituelle pour remplacer le personnel. En outre, cette raison n'explique pas à elle seule toutes les contentions utilisées. Le manque d'exploration des alternatives est aussi en cause : la solution facile et automatique est trop souvent la contention.

En définitive, de plus en plus de résidentes et de résidents des CHSLD ont et auront besoin d'aide et de surveillance pour se déplacer sans danger. En l'absence de ressources humaines suffisantes, en l'absence d'imagination et de recherche d'alternatives, en l'absence de programmes de réduction des contentions, on utilise des ressources mécaniques et chimiques. Incapables de se défendre, les personnes âgées ne sont-elles pas, en ces cas, victimes de manque de soins appropriés?

Manque d'équilibre entre milieu de vie et milieu de soins

La troisième réalité que contiennent les mots insuffisance de soins se rapporte au défi que doivent relever les CHSLD, d'être des milieux de vie tout en étant des milieux de soins. En ce domaine, comme en bien d'autres, le balancier oscille, souvent selon les modes.

Il fut un temps où dans ces centres les résidentes et résidents étaient soumis à des horaires et des routines rigides : réveil aux aurores, déjeuner en ch ur suivi de l'heure de la toilette pour tous, etc. Les protestations se sont élevées pour faire comprendre aux responsables que les personnes qui y vivaient n'avaient que ce milieu de vie pour tout partage. Aujourd'hui, on peut observer des CHSLD où des infirmières ont été remplacées par des éducateurs, dans le but de procurer aux personnes âgées un milieu de vie axé sur les dimensions sociorécréatives, souvent au détriment des autres soins de santé.

Dans certains CHSLD, la philosophie du milieu de vie a banalisé l'importance des soins infirmiers. Dans certains établissements, on ne prévoit plus la présence d'une infirmière sur les quarts de soir et de nuit. Dans certains cas, les ratios ne sont que d'une infirmière pour 60 patients le jour et une infirmière pour 200 patients pendant la nuit alors que la clientèle présente des maladies et des déficits de plus en plus graves. Ainsi, des patients hospitalisés retournent chez eux, au CHSLD, dès que la phase aiguë de leur maladie est passée. L'insuffisance respiratoire chronique, la dialyse péritonéale, l'administration de la médication cytotoxique, l'antibiothérapie intraveineuse, l'alimentation parentérale sont autant de situations cliniques rencontrées actuellement en CHSLD. Elles nécessitent sans contredit l'intervention de l'infirmière, souvent sollicitée de façon concomitante pour répondre aux besoins immédiats d'autres résidents.

L'OIIQ a été informé, à de très nombreuses reprises, de situations illégales et inquiétantes au plan de la protection du public. Ainsi, dans certains CHSLD, on fait appel à des éducateurs pour superviser les soins infirmiers et prendre des décisions cliniques.

En résumé, il faut admettre la difficulté pour de nombreux CHSLD de concilier les impératifs d'un milieu de soins et ceux d'un milieu de vie. Il faut également constater l'écart entre les besoins de soins nécessitant la présence de l'infirmière et la présence de cette dernière. De surcroît, on ne peut faire abstraction de l'impossibilité totale, pour bon nombre de CHSLD, d'avoir accès aux services d'infirmières cliniciennes spécialisées en gériatrie⁴. Au même moment, des clients âgés et fragiles sont privés de leur droit d'être soignés selon les exigences de leur condition.

Manque d'adéquation entre les besoins et ressources

La quatrième réalité contenue dans cette manifestation de l'exploitation des personnes âgées caractérisée par l'expression insuffisance de soins, réfère à des situations surtout rencontrées dans le réseau des résidences privées. Il s'agit de l'admission ou du maintien en résidence de personnes trop malades ou trop lourdement handicapées en regard des ressources disponibles.

Au moment des premières démarches pour être admise dans une résidence privée, l'évaluation de l'état de santé physique et cognitive de la personne âgée doit être effectuée. Dans certains cas, cette évaluation se limite à quelques questions vagues. De plus, on laisse parfois miroiter des services de surveillance et de soins infirmiers 24 heures par jour alors que dans les faits, ces soins peuvent n'être assurés que par une infirmière auxiliaire et à certaines heures, par une personne préposée aux résidents. Cette situation entraîne le risque d'insuffisance de soins pour des personnes âgées, souvent sans méfiance face à l'information qu'on leur donne, et qui ont à prendre une décision difficile.

Ce constat effectué par l'OIIQ est corroboré par la Régie régionale de Montréal-Centre. Dans un document récent, il est question du "phénomène du développement anarchique et de la prolifération des ressources d'habitation privées qui hébergent des personnes en perte d'autonomie sans détenir l'autorisation requise". On ajoute : "Le problème a pris une telle ampleur dans les dernières années que la Régie régionale est sollicitée de toute part pour agir, afin d'assurer la protection des personnes qui demeurent dans ces ressources" (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre 1998 : 3).

Il arrive aussi que la santé d'une personne aînée se détériore et qu'aucune place ne soit libre pour l'accueillir dans un CHSLD, ces derniers n'admettant, le plus souvent, que des personnes qui nécessitent plus de 2,5 ou même 3 heures-soins par jour. Parfois, des personnes âgées dont les besoins se rapprochent de cette norme, sans toutefois l'atteindre, doivent continuer de vivre dans des résidences privées qui n'ont aucunement les ressources nécessaires. Certains CLSC, limités par des ressources insuffisantes, doivent restreindre les services aux personnes qui habitent en résidences pour personnes âgées, privilégiant les interventions aux domiciles privés.

Lors des visites d'inspection professionnelle, les enquêteurs de l'OIIQ ont constaté que, dans plusieurs résidences privées, on faisait appel à des préposés aux bénéficiaires pour dispenser des soins infirmiers, notamment les soins reliés aux plaies de pression, aux ulcères de jambes, aux changements de pansements et à l'entretien des stomies. Certains administrateurs iront jusqu'à permettre à des préposés aux bénéficiaires d'administrer de l'insuline ou d'autres médicaments (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1998 : 10). Il arrive que des personnes dont la maladie d'Alzheimer en est à sa phase terminale vivent dans des résidences privées où le personnel n'a aucune formation pour intervenir en pareil cas.

Ainsi, dans de nombreuses résidences privées du Québec, les préposés donnent des soins pour lesquels ils ne sont pas qualifiés. Croyant bien faire, ils risquent de déplacer celui ou celle qui est tombé et souffre de fracture. Au lieu de faire venir l'ambulance, ils risquent de donner un simple remède pour la digestion à celui ou celle qui souffre de douleur rétrosternale. De

façon générale, ils ne disposent pas de consignes claires et ils ne peuvent référer à une infirmière autorisée. Ils assurent seuls la surveillance et doivent évaluer seuls les situations. Pourtant, force est de constater que l'état de santé de la clientèle des résidences privées d'aujourd'hui correspond à celui qu'on observait dans les centres d'hébergement d'autrefois. En de nombreux endroits l'offre de service n'est pas ajustée à la population vieillissante.

Certaines personnes âgées refusent de quitter une résidence privée, par crainte de l'inconnu, par désir de conserver la qualité de vie qu'elles y ont trouvée, par incapacité d'évaluer la gravité de leur état, etc. Il ne s'agit pas ici d'envoyer contre son gré en CHSLD toute personne dont la santé s'amenuise. Il s'agit plutôt de bien évaluer ses besoins et de discuter avec elle, ou les membres de sa famille dans les cas de déficits cognitifs importants, la pertinence d'un transfert ou l'achat de services additionnels, selon leur décision.

Il faut le dire, le propriétaire qui accepte une personne âgée dont les besoins de soins dépassent les ressources dont il dispose, exploite cette personne. Il la prive des soins auxquels elle a droit.

D'autres situations pourraient être décrites en relation avec l'exploitation potentielle des personnes âgées dans les résidences privées⁵. Ainsi, en 1996-1997, les enquêteurs de l'OIIQ avaient observé, à l'intérieur du programme d'inspection professionnelle, un ensemble d'éléments relatifs à l'adéquation du milieu de vie. Elles avaient alors noté, dans les résidences privées visitées, plusieurs obstacles à l'évacuation en cas d'urgence : difficulté d'accès aux clés d'appartement, absence de plan d'évacuation, absence de liste de mobilité des résidents, extincteurs ou détecteurs de fumée non fonctionnels, etc. Cependant, ce travail de vérification systématique ne relevant pas de l'OIIQ mais plutôt des municipalités, il a été abandonné.

Depuis, des régions régionales ont adopté un cadre de référence en ce qui regarde les services offerts en résidences privées. En outre, dans certaines régions, des équipes de vérification se sont constituées et ont visité les résidences privées de personnes âgées. Ainsi en est-il du projet de la Rose d'Or mis en œuvre par la Fédération de l'Âge d'Or du Québec (FADOQ) dans diverses régions, du projet du CLSC La Chenaie dans la région d'Acton, des CLSC La Source et Orléans en collaboration avec la FADOQ de la banlieue nord de Québec, etc. Des résultats très positifs ont été enregistrés.

En résumé, pour ce qui concerne cette facette de l'exploitation des personnes âgées, la vigilance est de mise. Cette vigilance doit s'étendre aussi aux soins à domicile où la situation est souvent semblable à celle des résidences privées et des CHSLD pour ce qui a trait aux soins infirmiers prodigués par des intervenants non professionnels et non qualifiés. " Les CLSC, n'ayant pas les ressources suffisantes pour satisfaire à toute la demande de services, renvoient de plus en plus souvent les usagers à des agences privées ou à des entreprises d'économie sociale pour la prestation de soins et de services par des auxiliaires familiales. Dans ces cas, les CLSC ne contrôlent pas directement la qualité des soins et services " (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1998 : 11) et les personnes les plus vulnérables peuvent subir exploitation et préjudices.

2. Manque de respect de la vie privée et de la dignité de la personne

L'OIIQ ne peut passer sous silence les situations de manque de respect qui ont été observées lors des visites d'inspection professionnelle ou rapportées par ses membres intervenant dans les CHSLD. L'atteinte à la vie privée et à la dignité de la personne peut se manifester au plan des soins et au plan de la vie en hébergement.

Au plan des soins, le manque d'espace fermé et réservé pour la toilette personnelle, pour l'utilisation de la chaise d'aisance, etc. est à signaler. Même lorsque la personne est confuse, ces situations de manque de respect affligent grandement les familles qui doivent subir avec beaucoup de tristesse de telles situations.

De plus, dans plusieurs centres, les personnes âgées ne peuvent pas choisir un intervenant de même sexe qu'elles pour les soins intimes. Il faut également noter l'utilisation répandue de la culotte d'incontinence. L'Association des CLSC et des CHSLD du Québec parle de 66 % des résidents auxquels elle est imposée « alors que l'on sait que 13 % de ces résidents pourraient assurer leurs soins d'hygiène seuls si une supervision était offerte " et que » 15 % de ces résidents pourraient être continents s'ils bénéficiaient d'une aide plus fréquente pour aller à la toilette " (1999 : 3).

Au plan de la vie en hébergement, le manque d'espace privé est souvent à déplorer. Plusieurs personnes doivent partager une chambre contre leur gré. Parfois, chaque personne ne dispose que d'à peine un mètre autour de son lit comme espace réservé.

L'indifférence du personnel est aussi constatée. Elle consiste, par exemple, à parler de choses et d'autres avec un autre membre du personnel pendant que la personne âgée est déplacée comme un objet, sans que l'on s'adresse à elle le moins du monde. À d'autres moments on s'adressera à elle avec une attitude et un langage infantilisants. On négligera de lui fournir les explications pertinentes en relation aux soins qu'elle reçoit ou on ne croira pas nécessaire de lui communiquer toutes les informations dont elle aurait besoin pour prendre une décision éclairée face à un traitement ou un plan de soins. Le manque de respect se traduira aussi dans l'attente qu'on imposera à la personne âgée incapable de se suffire à elle-même. Elle restera dans son fauteuil roulant pendant des heures avant que quelqu'un ait le temps de répondre à son besoin.

3. Violence physique et verbale

Lorsqu'on réfléchit à l'exploitation des personnes âgées vulnérables, il faut aborder la violence physique et verbale qui, malheureusement, dans certains milieux est monnaie courante. Ainsi, au cours des quatre dernières années, les infirmières de l'OIIQ ont-elles été en mesure de constater la présence de la violence physique et verbale dans quatre CHSLD parmi ceux qui ont été visités. Dans trois de ces centres, le phénomène était institutionnalisé. Dans le quatrième, il était limité à une seule unité d'hébergement.

De quoi parle-t-on lorsqu'on parle de violence physique et verbale? Il est question de gifles, de menaces, d'intimidation, de touchers et de mobilisations brusques, etc. On parle de personnes qui sont échappées et tombent par terre, d'ecchymoses et de blessures inexplicables. Pour un certain nombre de personnes âgées en perte importante d'autonomie, ces termes désignent leur expérience quotidienne

De telles pratiques sont souvent connues, mais le silence les entoure, les autres employés craignant les représailles, redoutant d'être marginalisés, etc. Dans certains milieux la norme est la violence. Il n'est pas accepté d'être attentif, compatissant, poli à l'égard des résidents. Des administrateurs déboussés ou débordés, des conseils d'administration ignorants des faits réels sont complices malgré eux de la situation.

Ces situations d'exploitation sont inacceptables. Les personnes qui en sont victimes doivent être secourues sans tarder.

Les moyens d'intervention

Dans la première partie de ce mémoire, l'OIIQ, à partir de l'expérience de ses membres et des mandats que lui confie la loi, a voulu contribuer à l'identification et à la compréhension de situations dans lesquelles le risque d'exploitation des personnes âgées est important. Dans cette deuxième partie, l'OIIQ entend proposer quelques moyens d'intervention susceptibles d'enrayer ce phénomène d'exploitation. Il est soumis à l'attention de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse afin que cette dernière fasse les recommandations et les représentations qui s'imposent auprès des organismes concernés. De son côté, l'OIIQ est disposé à collaborer, dans toute la mesure de ses possibilités, aux actions qui pourraient nécessiter ou bénéficier de son appui.

Dans les pages qui suivent, les moyens d'intervention préconisés par l'OIIQ font l'objet de recommandations qui sont regroupées en deux blocs. Le premier concerne les centres d'hébergement et de soins de longue durée et le second vise les résidences privées.

1. Moyens d'intervention touchant les CHSLD

Tout d'abord, il apparaît à l'OIIQ qu'un débat de société s'impose au sujet du niveau de soins que nous voulons accorder aux personnes âgées. Ces citoyennes et ces citoyens, souvent parmi les plus pauvres, les plus isolés, les plus malades, devraient pouvoir compter sur des normes, des standards clairement établis et énergiquement contrôlés concernant les soins et services que l'ensemble de la société québécoise veut et peut leur procurer. Tant qu'un tel débat n'aura pas lieu, le taux de réponse à leurs besoins de santé et d'assistance se situera à 68 % ou pire, il diminuera, perpétuant une situation inacceptable d'exploitation des personnes âgées sous forme d'insuffisance de soins.

En conséquence,

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec recommande la tenue dans les meilleurs délais d'un débat de société sur la situation des soins aux personnes âgées et les normes et standards qui devront baliser les interventions du réseau public à cet égard.

De plus, l'OIIQ croit à la nécessité d'adapter la réglementation des réseaux d'hébergement tant publics que privés afin d'assurer une meilleure protection de la sécurité et du bien-être des personnes âgées.

Ainsi, pour ce qui est des CHSLD, la première action à entreprendre vise l'établissement de règles de transparence auxquelles devraient se soumettre les établissements en ce qui regarde les services qu'ils offrent. Dans cette perspective, les CHSLD devraient avoir l'obligation de rendre publiques les données relatives :

- au profil du personnel soignant (nombre d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, de préposés, etc.);
- au ratio infirmière/résidents;
- au taux de réponse aux besoins de soins infirmiers et d'assistance.

L'accès à l'information pour les personnes âgées et leur famille constitue une base indiscutable, un minimum en dessous duquel il est impossible de penser contre l'exploitation sous forme de l'insuffisance de soins.

Cette obligation d'informer se situe dans la ligne des efforts accomplis aux États-Unis par le biais de l'introduction du Bill H. R. 1288, appelé « Patient Safety Act » à la 106^e Session du Congrès en mars dernier. Cette loi actuellement à l'étude obligerait les établissements à divulguer les informations concernant le statut professionnel du personnel, les ratios infirmière/patients, les taux de mortalité, les incidents liés aux médicaments, les infections, etc., les méthodes utilisées pour déterminer et ajuster le personnel en fonction des besoins des personnes, les plaintes reçues, les résultats des visites d'inspection professionnelle, etc.

En conséquence,

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec recommande que l'obligation soit faite aux CHSLD de rendre publiques les informations concernant le personnel, les ratios, le taux de réponse aux besoins.

Une deuxième cible d'action, susceptible de contribuer à réduire de manière significative l'exploitation des personnes âgées fragilisées par la maladie ou les problèmes cognitifs, concerne les conseils d'administration des établissements de soins de longue durée. Ces derniers ont la responsabilité d'identifier les situations dans lesquelles la qualité des soins et des services est déficiente. Comme dans tout processus de changement, la volonté interne de l'organisme s'avère un incontournable facteur de succès. En outre, il est important que les administrateurs adoptent une approche d'amélioration continue de la qualité, de valorisation des efforts de changement et d'encouragement au perfectionnement de la compétence et des comportements professionnels.

En conséquence,

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec recommande qu'en vertu de l'article 487.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, l'obligation soit faite aux conseils d'administration des CHSLD, de rendre publics, au moyen de leur rapport annuel d'activités, les événements relatifs à la qualité des soins fournis à la clientèle, en considération, notamment, des taux d'accidents/incidents (chutes, blessures, erreurs de médication, etc.), des lésions de pression, etc.

En complément de ces obligations faites aux CHSLD, les centres hospitaliers recevant des personnes âgées en provenance de ces établissements devraient être tenus de signaler à la région blessures et lésions suspectes (ecchymoses, hématomes, fractures, etc.). De cette manière, un suivi pourrait être fait, des correctifs pourraient être envisagés et la situation, à moyen et long terme, pourrait être réévaluée. En procédant de la sorte, l'exploitation des personnes âgées vulnérables commencerait à être documentée, du moins en ce qui a trait à la violence physique.

En conséquence,

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec recommande que les urgences des centres hospitaliers de courte durée soient soumises à l'obligation de signaler à leur région les incidents/accidents suspects pour lesquels sont traitées des personnes âgées vivant dans les CHSLD privés et publics ou qui sont constatés à l'occasion d'une autre raison de consultation.

À l'intérieur d'une semaine ou d'un mois, voire de quelques heures, la situation de santé des résidents âgés peut évoluer et nécessiter des réajustements importants. Comment offrir aux personnes âgées, en tout temps, le niveau de soins que requiert leur état? L'OIIQ est persuadé que l'un des éléments essentiels de la réponse à cette question est la présence d'au moins une infirmière en tout temps, pour apporter les ajustements requis, prendre en charge l'ensemble des interventions cliniques et assurer la continuité des soins.

En conséquence,

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec recommande d'obliger légalement les CHSLD à assurer la présence d'au moins une infirmière par quart de travail.

Un autre aspect important de l'exploitation des personnes âgées en CHSLD est relatif à la justesse de l'équation milieu de vie et milieu de soins. L'OIIQ croit fermement en la nécessité d'intégrer les concepts de milieu de vie et de milieu de soins par l'adoption de modèles de gestion favorisant :

- l'individualisation des soins et le respect du rythme et des habitudes de vie des personnes hébergées;
- la réponse aux besoins socioaffectifs et le respect des goûts et des libertés des personnes âgées, tout en assurant leur sécurité.

Pour mettre en place ces modèles de gestion centrés sur les personnes âgées et aussi pour répondre véritablement aux besoins de soins spécialisés de cette clientèle,

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec recommande que, sur une base régionale, tous les CHSLD puissent bénéficier du soutien et de l'expertise d'une équipe multidisciplinaire en gériatrie ou, au minimum d'une infirmière clinicienne en gériatrie; qu'à cette fin, une enveloppe budgétaire protégée soit dégagée.

Les restrictions au plan des personnels affectés au soin, à l'assistance et à la surveillance des personnes âgées entraînent souvent l'usage abusif des contentions. Pour permettre de diversifier la solution au problème de la sécurité des personnes âgées en perte d'autonomie, l'OIIQ est convaincu de l'importance, pour chaque établissement, de mettre en place un programme de réduction des contentions en CHSLD. Toutefois, le problème est plus large. Il manifeste le manque de formation adéquate de tout le personnel (infirmières, infirmières auxiliaires, préposés, etc.). Le travail auprès des clientèles vieillissantes et lourdement handicapées ne s'improvise pas. Le manque de formation affecte autant la personne qui intervient auprès de ces clientèles que les personnes âgées auprès desquelles elle intervient.

À cet effet,

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec recommande que, dans tous les CHSLD du Québec :

- une masse critique de personnes intervenant auprès des clientèles soit formée en gériatrie, à l'intérieur d'un programme échelonné sur trois ans;
- un programme de réduction des contentions soit mis en place et qu'une formation aux alternatives à l'utilisation de ce moyen soit offerte;

et qu'à ces fins un budget spécial soit alloué par le Ministère.

Pour enrayer les gestes et les paroles de violence dont sont victimes des personnes âgées vivant en CHSLD, des mesures doivent être prises de toute urgence. La tolérance zéro doit être appliquée. La loi du silence doit être brisée. La sécurité de celles et ceux qui dénoncent les actes de violence à l'endroit des personnes âgées doit être assurée. L'aide aux soignants qui réagissent par la violence aux nombreuses difficultés inhérentes au contact continu avec des personnes en perte d'autonomie physique, cognitive ou psychologique doit être mise au rang des priorités. La création de groupes de soutien dans l'action doit être encouragée (Leblanc, 1997). Les comités d'éthique et les comités des usagers doivent être impliqués dans la recherche de solutions. Ces mesures et changements représentent un chantier important et urgent.

En conséquence,

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec recommande de rendre obligatoire l'application d'un programme de prévention des comportements indésirables de la part du personnel dans les CHSLD, lequel devrait inclure ;

- l'identification des facteurs de risque;
- la formation du personnel sur les besoins et les caractéristiques des personnes âgées et sur les approches à préconiser;
- les différentes modalités d'aide au personnel, tel un groupe de soutien;
- l'implication active et la consultation du comité d'éthique;
- l'implication active et la consultation du comité des usagers.

2. Moyens d'intervention touchant les résidences privées

Au chapitre des résidences privées, la situation est beaucoup plus difficile à cerner. Elles prolifèrent à vue d'œil. Une partie de l'explication de ce phénomène tient au resserrement des critères d'admission en CHSLD et au fait que les programmes de maintien à domicile sont souvent débordés par des demandes trop nombreuses et des ressources inadéquates. Il est toutefois utile de rappeler que l'OIIQ a noté une amélioration, par rapport à la situation prévalant en 1996, concernant l'accréditation des résidences privées sur une base volontaire et l'implication accrue de certains CLSC.

Le nombre impressionnant de résidences et, par voie de conséquence, de personnes âgées qui y vivent, presse cependant l'OIIQ d'inviter la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse à se préoccuper des moyens d'interventions aptes à enrayer l'exploitation des personnes âgées dans ces milieux. L'insuffisance de soins et le recours à des personnes non qualifiées pour les prodiguer doit constituer un foyer de préoccupation constante. La publicité trompeuse ou ambiguë, l'information erronée ou incomplète concernant les services offerts et le niveau de qualification du personnel demeurent des éléments préoccupants.

Dans certaines régions, plusieurs personnes âgées vivant en résidences privées et dont l'état de santé s'est détérioré se voient privées de services de santé offerts par les CLSC. Le service de maintien en résidences privées devient essentiel dans un Québec où les CHSLD sont souvent débordés et restreignent leur accès aux personnes présentant les déficits les plus sévères. Les services aux personnes âgées en perte provisoire ou permanente d'autonomie doivent être intégrés à l'intérieur du territoire desservi par chaque CLSC, de façon à assurer la continuité des soins et des services et à arrimer les besoins de la population âgée d'une part, et les ressources appropriées d'autre part. La mise sur pied d'un système intégré de services, peut-être inspiré de l'expérience menée par la Division de gériatrie de l'Université McGill et le Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal (Groupe de recherche en services intégrés aux personnes âgées, 1997), apparaît comme une solution prometteuse pour éviter que des personnes âgées demeurent sans les soins ni l'assistance nécessaire dans la résidence qui les héberge.

En conséquence,

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec recommande que les résidences privées aient l'obligation d'afficher clairement et de tenir à jour les informations relatives :

- au profil du personnel au service des résidents;
- aux périodes de service de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire.

En corollaire,

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec recommande que toutes les municipalités du Québec soient tenues :

- d'obliger les résidences de personnes âgées à demander un permis d'opération, renouvelable aux trois ans;
- de faire respecter les normes d'aménagement des lieux et de sécurité en fonction de la clientèle en perte d'autonomie;
- de vérifier l'affichage des informations relatives au profil du personnel et aux périodes de services de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire.

De plus,

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec recommande que soit encouragé par l'octroi de subventions, par la diffusion d'informations, etc., le mouvement d'accréditation des résidences privées déjà amorcé dans quelques régions avec la collaboration des organismes d'aînés et des CLSC.

En outre,

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec recommande d'encourager, par l'octroi de subventions, la diffusion d'informations, la reconnaissance publique de leur contribution, etc., les organismes qui participent à l'accréditation des résidences privées et d'inviter explicitement ces derniers à considérer :

- l'existence et l'application de mécanismes pour protéger les droits des personnes, tels un comité de résidents, un mécanisme de traitement des plaintes et un code d'éthique du personnel;
- l'exactitude des informations affichées concernant le profil du personnel et les périodes de services de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire.

Enfin,

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec recommande que les CLSC de toutes les régions soient incités, par un financement et tout autre soutien nécessaire, à démarrer un " système de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie " et que ce système assure, notamment aux personnes hébergées dans les résidences privées, les services que requiert leur état, en complémentarité avec les services déjà offerts dans la résidence, le cas échéant.

Conclusion

Le souci manifesté par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse à l'égard des situations d'exploitation que rencontrent trop souvent les personnes âgées les plus vulnérables, constitue un moment important dans la lutte contre les abus et négligences de toutes sortes dont elles sont victimes. L'OIIQ s'inscrit explicitement au rang des organismes qui entendent mener cette lutte et la gagner.

Pour y parvenir, il apparaît absolument capital de regrouper toutes les énergies, les expertises, les moyens financiers, les influences et les plans stratégiques élaborés en ce sens. Autrement dit, il importe de s'inscrire dans un mouvement de concertation et de mise en commun des actions menées par divers organismes. Cette synergie constitue un inéluctable facteur de succès. C'est cet esprit qui a présidé aux références, dans les pages qui précèdent, à ce que font la FADOQ et certains CLSC.

De plus, tout au long de la réflexion conduite par l'OIIQ en vue de la rédaction de ce mémoire, les travaux, les principes, les orientations du Conseil des aînés se sont avérés inspirants et leur capacité de servir de point d'appui et de guide a été expérimentée. Les documents émanant de cette instance gouvernementale dont la fonction est de « promouvoir les droits des personnes âgées, leurs intérêts et leur participation à la vie collective ainsi que de conseiller le ministre sur toute question qui concerne ces personnes, notamment quant à la solidarité entre les générations, l'ouverture au pluralisme et le rapprochement interculturel » ont représenté une source d'information privilégiée.

En conséquence

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, dans une optique de concertation et de regroupement des forces, donne son appui au Conseil des aînés et demande que les recommandations qu'il a formulées dans le document intitulé *Avis sur les abus à l'égard des personnes âgées* soient étudiées et mises en œuvre dans les meilleurs délais.

Notes de bas de pages

¹. Ce terme souvent utilisé, notamment par le Conseil des aînés qualifie la discrimination en raison de l'âge. Ainsi associe-t-on souvent les aînés à un fardeau social et économique.

². Au 31 mars 1999, l'OIIQ comptait 66 351 membres. De ce nombre, 14,5% déclaraient exercer la profession spécifiquement dans le champ de la géronto-gériatrie (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Statistiques relatives aux infirmières et infirmiers inscrits au tableau au 31 mars 1999*. Direction de l'admission à la profession, Octobre 1999).

³. Qu'il suffise de mentionner l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (1999) : *Mémoire pour des milieux de vie et de soins de qualité en centre d'hébergement et de soins de longue durée*; le Conseil des aînés (1995) : *Avis sur les abus à l'égard des personnes âgées*; le Conseil des aînés (1996) : *Mémoire sur le Projet de loi 191 Loi sur la protection des droits des aînés*; Le Comité sur les aînés en résidence de la Table de concertation " Vieillir sans violence " (1996) : *La violence faite aux aînés dans les résidences privées* ", Conseil du statut de la femme (1999). *Des nouvelles d'elles Les femmes âgées du Québec*. Gouvernement du Québec, etc.

⁴. L'infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie détient une expertise dans les soins aux personnes âgées, expertise qui lui permet d'offrir un soutien (formation, consultation, implantation de programmes de soins, etc.) au personnel soignant pour les situations cliniques complexes.

⁵. Sur 20 résidences visitées en 1996-1997, 7 ont fait l'objet de signalement aux régies régionales concernées et une lettre a été envoyée à la Conférence des régies régionales.

Bibliographie

Association des CLSC et des CHSLD du Québec (1999). *Mémoire pour des milieux de vie et de soins de qualité en centre*

d hébergement et de soins de longue durée.

Comité sur les aînés en résidence de la Table de concertation « Vieillir sans violence » (1996). « *La violence faite aux aînés dans les résidences privées* ».

Conseil des aînés (1995). *Avis sur les abus à l'égard des personnes âgées*.

Conseil des aînés (1996). *Mémoire sur le Projet de loi n° 191 Loi sur la protection des droits des aînés*.

Conseil du statut de la femme (1999). *Des nouvelles delles Les femmes âgées du Québec*. Gouvernement du Québec.

Groupe de recherche en services intégrés aux personnes âgées (1997). *Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) Rapport présenté à la Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux*. Division de gériatrie, Université McGill et Département d'administration de la santé, Université de Montréal.

Leblanc J. (1997). Groupe de soutien : un outil de responsabilisation in Hébert R., Lacombe G., Kouri K. *Les échanges cliniques et scientifiques sur le vieillissement* Actes du Congrès scientifique. Sherbrooke 1997 : 186-190.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1998). *Bilan et perspectives de l'OIIQ sur la réforme du système de santé*. (Document présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de la consultation sur le bilan et les perspectives de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux).

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1999). *Statistiques relatives aux infirmières et infirmiers inscrits au tableau au 31 mars 1999*. Direction de l'admission à la profession.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1997). *La violence envers les aînés : Rapport synthèse*.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1998). *Cadre de référence concernant les ressources d'habitation privées*.

[Haut de la page](#)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec 1996-2008 | [Droits d'auteur et responsabilité](#) | [Réalisation du site](#) | [Politiques d'utilisation](#) | [English](#) | [Publicité](#)