

La valorisation des soins en CHSLD : un incontournable

Dans un contexte où les scandales impliquant les CHSLD éclatent au grand jour, où les médias en font leurs choux gras, et où l'abandon des personnes vulnérables se banalise, qu'en est-il du rôle des ordres professionnels et du respect de la dignité de la personne ?

L'automne dernier, les événements au centre Saint-Charles-Borromée ont défrayé la manchette dans tous les médias et remis les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sous les feux de la rampe. Le ministre Philippe Couillard a mis ce centre en tutelle et le 15 janvier, il annonçait un plan de visites d'une quarantaine de CHSLD publics d'ici la fin d'avril afin d'apprécier l'environnement humain, physique et administratif de chacun de ces établissements. Il est important que le ministre démontre de façon indéfectible son intention de valoriser les soins de longue durée et de leur accorder priorité.

Dans *Le Devoir* du 6 janvier dernier, l'historienne Yolande Cohen se demandait où se cachent les professionnels de la santé qui, selon elle, n'ont pas pris la parole pour dénoncer la situation à Saint-Charles-Borromée. Elle interpellait également les ordres professionnels en s'interrogeant sur le fait que, supposément, ils n'interviendraient pas assez fréquemment pour prévenir les abus dont sont victimes les patients de soins de longue durée.

Le rôle des ordres professionnels

À ce que je sache, les infirmières de ce centre ont remis aux enquêteurs nommés par le ministre Couillard un document sur l'état de détérioration de la pratique infirmière. À l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le Bureau entend agir selon les pouvoirs que lui permet la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, et il a donc résolu de procéder à une enquête sur la qualité des soins et d'en faire rapport au ministre. Cette enquête permettra sans doute de soutenir le tuteur dans l'exécution de son mandat.

Le respect de la dignité des personnes est indivisible et non négociable.

Au cours des dernières années, notre organisme a fait plusieurs déclarations publiques et présenté bon nombre de mémoires sur le manque de soins et de financement, et même sur les abus et sur les atteintes à la dignité des personnes. Le dernier de ces mémoires est celui que nous avons présenté à la Commission des droits

de la personne et des droits de la jeunesse en 2001. Cette commission a d'ailleurs largement décrit les mauvais traitements infligés aux personnes âgées en établissement. En janvier 2002, nous avons publié une étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec. D'autres ordres ont déjà sonné l'alarme : rappelons l'étude de l'Ordre des diététistes du Québec sur la piètre qualité de la nourriture dans ces centres. Les ordres ont pour mandat de s'assurer de la compétence de leurs membres. Outre le Collège des médecins, notre organisme est le seul qui dispose de pouvoirs d'enquête plus larges sur la qualité des soins.

Devrions-nous exercer plus fréquemment ce pouvoir de façon préventive ? Le manque de soins ne signifie pas nécessairement qu'il y a atteinte à la dignité des personnes, comme dans le cas d'agressions verbales ou physiques. De tels abus peuvent être prévenus par un encadrement adéquat et une politique de tolérance zéro. C'est pourquoi notre organisme n'entend agir que si des situations explicites d'abus l'exigent.

Par ailleurs, quand le budget des centres de soins de longue durée ne permet pas de satisfaire les besoins



Photo Marcel La Haye

déterminés par les grilles d'évaluation, on peut alléguer que le manque de soins est institutionnalisé au Québec; cependant, notre organisme ne peut pas se transformer en agence policière pour dénoncer des situations provoquées par l'État lui-même.

Pour une éthique sociale de compassion

Le manque de compassion de la société en général et de l'État peut conduire à une déresponsabilisation des soignants qui doivent apprendre à traiter les patients en deçà des normes professionnelles. L'historienne Cohen rappelle que la valeur du *caring* ne peut être l'apanage de la profession d'infirmière, ni même seulement des professions de la santé en général, et que cette valeur est garante d'humanité. Les reportages télévisés, les scandales, les rapports, rien ne semble venir à bout de la banalisation de l'abandon des personnes vulnérables. Le respect de la dignité des personnes est indivisible et non négociable. Il n'y a pas de respect à 60, 70 ou 80 %, comme pourrait le laisser croire insidieusement l'approche budgétaire.

Hubert Doucet, bioéthicien, fait état dans son livre publié en 1996¹ des travaux d'un philosophe américain, Daniel Callahan, qui prône l'émer-

gence d'une éthique du *caring* comme éthique sociale, allant même jusqu'à dire que, au-delà du *caring*, les autres services à caractère curatif sont moralement optionnels. Qui a dit déjà que le degré de civilisation d'une société se reconnaît à la façon dont elle traite les personnes vulnérables? Encore faut-il que les besoins de soins ne soient pas occultés!

Les CHSLD à la dérive

Depuis une décennie, les CHSLD sont devenus des « milieux de vie » par opposition à des « milieux de soins ». Afin de démedicaliser ou encore de réduire à juste titre les contraintes liées au fonctionnement d'un milieu hospitalier (ex. horaires rigides, asepsie, etc.), des directeurs généraux de centres d'hébergement se sont faits les défenseurs de l'approche dite du « milieu de vie ». Il s'agit d'ailleurs d'une orientation du MSSS.

La valorisation des CHSLD exigera de toutes parts un effort concerté.

Malheureusement, cette approche s'est développée sans intégration fonctionnelle des professionnels de la santé et, plus spécifiquement, des infirmières. Ainsi, la première mesure prise fut d'abolir le poste de directrice des soins infirmiers; tout au plus, une infirmière soignante est désignée comme « responsable des soins infirmiers », sans autorité, ni responsabilité. Ensuite, les postes d'infirmières et d'infirmières auxiliaires sont réduits de façon draconienne. Des infirmières à temps partiel ou provenant d'agences privées, donc connaissant peu les patients, viennent de façon ponctuelle donner certains soins réservés à leur profession, dénaturant ainsi la

contribution que les infirmières peuvent apporter à l'évaluation de la condition physique et mentale des personnes symptomatiques. De plus, on retire à ces dernières toute autorité sur les préposés aux bénéficiaires qui relèvent directement d'un cadre responsable d'« unités de soins », lequel, très souvent, n'est plus infirmier. On a même vu un établissement où l'infirmière de service n'était pas autorisée à communiquer avec un médecin sans l'approbation du cadre!

Je pourrais poursuivre cette énumération, mais vous aurez compris que la gestion d'un établissement de « milieu de vie » a trop fréquemment servi à déprofessionnaliser les soins et à priver les patients et les préposés d'une opinion infirmière experte. À cet égard, la pratique infirmière en soins de longue durée a souvent été l'objet de préjugés au sein même de la profession et l'expertise requise n'a pas été suffisamment valorisée. Ainsi, dans certains cas, les CHSLD ont servi de refuge à des infirmières ne présentant pas un profil de compétences à la hauteur des attentes du milieu.

La valorisation des CHSLD exigera de toutes parts un effort concerté. Il y a quand même une condition préalable. En effet, j'estime que la prétention de certains à transformer les CHSLD en centres de loisirs nie à des êtres humains le droit d'être soignés. La recherche d'un équilibre qui soit respectueux des personnes hébergées s'impose. 🍌

LA PRÉSIDENTE,

GYSLAINE DESROSIERS

1. DOUCET, H. *Au pays de la bioéthique: l'éthique biomédicale aux États-Unis*, Genève, Labor et Fides, 1996.