CRC - 022M
C.P. - PL 101
Lutte contre
la maltraitance
des aînés

Mémoire déposé dans le cadre de la Commission parlementaire entourant le dépôt du projet de loi 101 sur la maltraitance

30 septembre 2021

Université du Québec à Trois-Rivières
Université de Sherbrooke
Université Laval
Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées
Research Chair on Mistreatment of Older Adults
IDÉA Institut d'éthique appliquée de l'Université Laval
VITAM Centre de recherche en santé durable
Québec Fonds de recherche – Nature et technologies, Fonds de recherche – Santé, Fonds de recherche – Société et culture
CRSH SSHRC Conseil de recherches en sciences humaines, Social Sciences and Humanities Research Council
fadoq la force du réseau
Fondation UQTR

Brève présentation des auteur.e.s de ce mémoire

Neuf (n=9) personnes ont collaboré à l'écriture de ce mémoire, soit : **Marie-Josée Drolet**, erg., Ph. D., **Chantal Pinard**, erg., M.A., **Chantal Viscogliosi**, erg., Ph. D., **Félix Pageau**, M.D., M.A., **Louise Tremblay**, erg., LL. M., **Isabelle Duguay**, coordonnatrice en maltraitance au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, **Mélanie Ruest**, erg., Ph. D., **Marie Beaulieu**, Ph. D. et **Julien Cadieux Genesse**, M. Sc. Ces personnes s'investissent, depuis un temps variable et à différents degrés, à un projet de recherche menée par Marie-Josée Drolet, professeure titulaire au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), en collaboration avec la Fédération de l'âge d'or du Québec (FADOQ). Ce projet vise à co-créer un outil d'aide à la réflexion éthique pour repérer, dénoncer et lutter contre la maltraitance organisationnelle subie par plusieurs personnes aînées dans le continuum des soins de santé et des services sociaux du Québec. Le projet est financé par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH), le Fonds de recherche du Québec (FRQ) et la Fondation de l'UQTR. Les auteur.e.s de ce mémoire sont des professionnel.le.s et des chercheur.e.s ayant développé des expertises complémentaires en gériatrie et en gérontologie.

Membres de l'équipe de recherche

Marie-Josée Drolet, erg., Ph. D., éthicienne, professeure titulaire au département d'ergothérapie de l'UQTR et chercheure principale dans le projet de recherche visant à co-créer un outil d'aide à la réflexion éthique pour lutter contre la maltraitance organisationnelle vécue par des personnes aînées dans le continuum des soins de santé et des services sociaux https://oraprdnt.uqtr.uquebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=2529

Chantal Pinard, erg., M.A., professionnelle de recherche dans le projet

Chantal Viscogliosi, erg., Ph. D., professeure à l'École de réadaptation de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et chercheure au Centre de recherche sur le vieillissement du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Marie-Michèle Lord, erg., Ph. D., professeure régulière au département d'ergothérapie de l'UQTR et chercheure régulière au Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CRÉGÈS)

Mélanie Ruest, erg., Ph. D., post-doctorante en éthique appliquée dans le projet sous la direction de Marie-Josée Drolet et membre du réseau agent de changement de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE)

Marie Beaulieu, Ph. D., professeure titulaire à l'École de travail social de l'Université de Sherbrooke, titulaire de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées et chercheure au Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Louise Tremblay, erg., LL. M., professionnelle de recherche dans le projet

Isabelle Duguay, coordonnatrice en maltraitance au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (MCQ) et professionnelle de recherche dans le projet

Hanieh Sadat Jebelli, doctorante en philosophie au sein de la concentration éthique appliquée à l'UQTR sous la direction de Marie-Josée Drolet et assistante de recherche dans le projet

Membres du comité de co-développement de l'outil d'aide à la réflexion éthique

Julien Cadieux Genesse, coordonnateur de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées de l'Université de Sherbrooke
Ghislaine Cournoyer, aînée, bénévole et infirmière retraitée
Marie-Josée Drolet, chercheure principale dans le projet de recherche
Annie Dubé, gestionnaire au CIUSSS MCQ
Josée Dubé, aînée et proche aidante
Louise Lacharité, travailleuse sociale retraitée et proche aidante
Valérie Lafond, doctorante en éthique appliquée sous la direction de Marie-Josée Drolet
Renée Lemaire, Infirmière auxiliaire
Félix Pageau, M.D., M.A. (philosophie), gériatre et éthicien. Docteur Pageau travaille à l'Université Laval comme chercheur régulier au Centre d'excellence en vieillissement de Québec (CEVQ associé à *Vitam*) et est professeur associé à la faculté de médecine et responsable de l'Axe Éthique et Santé de l'Institut d'éthique appliquée (IDÉA) de l'Université Laval
Chantal Pinard, professionnelle de recherche dans le projet
Julie Silveira, conseillère à la FADOQ
Robert Simard, conseiller spécialisé en matière de lutte à la maltraitance envers les personnes aînées au Secrétariat aux aînés du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Lyne Tardif, ergothérapeute et proche aidante

Membres du comité aviseur des travaux du comité de co-développement

Marie Beaulieu, titulaire de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées de l'Université de Sherbrooke
Manon De Montigny, directrice de la FADOQ de la région de la Mauricie
Marie-Josée Drolet, chercheure principale dans le projet
Isabelle Duguay, coordonnatrice en maltraitance au CIUSSS MCQ et professionnelle de recherche dans le projet
Nancy Gilbert, directrice du bureau intégré de l'éthique au CIUSSS MCQ
Alain Hébert, travailleur social et chargé d'affaires professionnelles à la direction des affaires à l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ)
Pierre Hurteau, vice-président-directeur général du Conseil pour la protection des malades
Valérie Lafond, doctorante en philosophie à la concentration en éthique appliquée à l'UQTR sous la direction de Marie-Josée Drolet
Marie-Michèle Lord, co-chercheure dans le projet
Carine Milante, infirmière et conseillère à la qualité de la pratique au sein de la Direction, Développement et soutien professionnel à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)
Marc-André Paquette, ergothérapeute au CLSC de Bordeaux-Cartierville et membre du réseau agent de changement de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE)
Chantal Pinard, professionnelle de recherche dans le projet
Mélanie Ruest, post-doctorante en éthique appliquée sous la direction de Marie-Josée Drolet et membre du réseau agent de changement de l'Association canadienne des ergothérapeutes
Nathalie Thompson, ergothérapeute et analyste au développement de l'exercice professionnel de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ)

CONTENU

RÉSUMÉ DU MÉMOIRE 5
INTRODUCTION 6
CONSTAT PRINCIPAL : ABSENCE DE LA MALTRAITANCE ORGANISATIONNELLE 7
ILLUSTRATION DE LA MALTRAITANCE ORGANISATIONNELLE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ 10
COMPRENDRE LES CAUSES DE LA MALTRAITANCE ORGANISATIONNELLE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ 11
D'importantes injustices sociales de nature distributive 12
Des « nouveaux » modes gestion paradoxalement maltraitants 12
Une loi du silence souvent difficile à briser au nom du devoir de loyauté 13
De l'âgisme et du capacitisme 15
Vision réductrice de la notion de pratique probante 15
POURQUOI LA MALTRAITANCE ORGANISATIONNELLE DEVRAIT-ELLE FAIRE L'OBJET DE LA PROCHAINE LOI? 16
PISTES D'ACTION POUR CONTRER LA MALTRAITANCE ORGANISATIONNELLE 17
CONCLUSION 19
RÉFÉRENCES 20

RÉSUMÉ DU MÉMOIRE

Notre mémoire salue l'initiative de la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, madame Marguerite Blais, ainsi que sa volonté d'assurer la surveillance de la qualité des soins de santé et des services sociaux prodigués au Québec. Nous souscrivons aux prémisses de la Loi et considérons que l'ensemble des articles du projet de Loi sont pertinents. Cela dit, notre constat principal à la lecture du projet de loi a trait à l'absence de trois types de maltraitance (âgisme, maltraitance organisationnelle et violation des droits), notamment à l'absence de la maltraitance organisationnelle, laquelle devrait, à notre avis, y être incluse.

Les arguments que notre équipe développe dans ce mémoire se fondent sur des résultats de recherches que nous avons menées et qui ont mobilisé un vaste ensemble d'acteurs terrain, incluant des personnes aînées, des proches aidant.e.s, des professionnel.le.s de la santé de disciplines variées (ex. : ergothérapeutes, gériatres, infirmières, travailleurs sociaux), des gestionnaires, des partenaires associatifs et des décideur.e.s. C'est sur la base de ces résultats que nous estimons que la maltraitance organisationnelle devrait être incluse dans la prochaine Loi, si le gouvernement souhaite lutter efficacement contre la maltraitance envers les personnes aînées qui cheminent dans le continuum des soins de santé et des services sociaux du Québec.

Des services de soutien à domicile (SAD), incluant les RI, RTF et RPA, en passant par les soins prodigués en CH ou en CHSLD, les situations de maltraitance organisationnelle subies par plusieurs personnes ainées dans le système de santé font légion et sont intolérables et inacceptables. Ce qui est particulier et spécifique à la maltraitance organisationnelle, subie par plusieurs aîné.e.s dans le système de santé, est le fait qu'elle touche aussi les intervenant.e.s responsables d'offrir ces soins et services aux personnes aînées et, par ricochet, les gestionnaires. En tant que victimes ou témoins impuissant.e.s de cet enjeu, les intervenant.e.s deviennent plus à risque d'être maltraitant.e.s envers les personnes aînées. Terreau fertile à la maltraitance envers les personnes aînées, ce type de maltraitance doit être combattu.

Bien qu'elle soit complexe et multifactorielle, la maltraitance organisationnelle n'est pas une fatalité. Ses principales causes sont de nature structurelle (1. importantes injustices sociales de nature distributive; 2. nouveaux modes managériaux paradoxalement maltraitants envers les aîné.e.s, les intervenant.e.s et les gestionnaires; 3. loi du silence liée au soi-disant devoir de loyauté des professionnel.le.s dans plusieurs organisations de santé et de services sociaux; 4. culture sociale âgiste et capacitiste : terreaux fertiles à tout type et forme de maltraitance; et 5. vision réductrice de la pratique probante nuisant paradoxalement à la pratique probante). Elle relève donc pour une large part d'une responsabilité gouvernementale. En effet, le gouvernement, en collaboration avec toutes les organisations et les personnes concernées, notamment les personnes aînées elles-mêmes, reste l'acteur le mieux positionné, à notre avis, pour y faire face et pour agir en vue de la contrer.

Notre mémoire propose des pistes d'action pour y parvenir, après avoir relevé l'absence notable de la maltraitance organisationnelle comme étant la plus grande lacune du projet de Loi 101, illustré par des exemples concrets ce type de maltraitance dans les différentes organisations du système de santé, expliqué les principales causes de la maltraitance organisaitonnelle et développé des arguments justifiant la nécessité de l'inclure au projet de loi, si le gouvernement souhaite se doter d'une Loi robuste et efficace qui s'attaque aux racines de la maltraitance.

INTRODUCTION

Honorables député.e.s,

Notre équipe salue l'initiative de la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, madame Marguerite Blais, ainsi que sa volonté d'assurer la surveillance de la qualité des soins de santé et des services sociaux prodigués au Québec. Pour ce faire, le renforcement de la Loi visant à contrer la maltraitance envers les personnes aînées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité nous apparaît fort louable, voire nécessaire. La volonté ministérielle maintenant affichée d'assurer la surveillance de la qualité des soins de santé et des services sociaux prodigués aux personnes en situation de vulnérabilité, dont font souvent partie les personnes aînées est depuis longtemps espérée, et ce, par un nombre important d'acteurs sociaux, dont plusieurs intervenant.e.s des réseaux public et privé du système de santé impliqués dans l'offre à la population québécoise de soins de santé et de services sociaux.

Plus précisément, notre équipe souscrit entièrement aux prémisses de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les personnes aînées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (RLRQ, Chapitre L-6.3) et au projet de loi 101 qui viendra la bonifier, que nous rappelons ici :

- Considérant que le bien-être des personnes et le respect de leurs droits fondamentaux sont des préoccupations de la société québécoise;
- Considérant que, malgré les mesures législatives et administratives existantes visant à lutter contre la maltraitance, des personnes en sont encore victimes, notamment des personnes en situation de vulnérabilité;
- Considérant que le Québec est l'une des sociétés où le vieillissement de la population est le plus marqué dans le monde et que certains aînés sont des personnes en situation de vulnérabilité;
- Considérant que la maltraitance est inacceptable et que l'État estime qu'il est essentiel d'intervenir pour renforcer les mesures existantes afin de lutter contre la maltraitance envers ces personnes, dans le respect de leur intérêt et de leur autonomie.

À l'instar du projet de Loi, notre mémoire découle de ces prémisses. De plus, nous considérons que l'ensemble des articles du projet de Loi sont pertinents et estimons important et nécessaire l'élargissement du signalement obligatoire des situations de maltraitance aux résidences de type familial (RTF), aux résidences intermédiaires (RI) et aux résidences privées pour aînés (RPA). Cela dit, notre constat principal à la lecture du projet de Loi 101 a trait à l'absence de trois types de maltraitance, notamment à l'absence de la maltraitance organisationnelle, laquelle devrait, à notre avis, y être incluse pour des raisons que nous exposons dans ce mémoire. Mais avant de préciser notre pensée sur ce sujet, il nous apparait important d'expliquer brièvement la perspective à partir de laquelle notre équipe a écrit ce mémoire pour assurer une compréhension juste des propos qui y sont tenus. Comme vous le constaterez, nos arguments se fondent sur des résultats de recherches que nous avons menées et qui ont mobilisé un vaste ensemble d'acteurs terrain, incluant des personnes aînées, des proches aidant.e.s, des professionnel.le.s de la santé de disciplines variées (ergothérapeutes, gériatres, infirmières, travailleurs sociaux), des gestionnaires, des partenaires associatifs et des décideur.e.s.

Tout a débuté en 2015. Marie-Josée Drolet, ergothérapeute, éthicienne et chercheure à l'UQTR, entreprit alors de documenter les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie. Grâce à une subvention du Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC) et à la collaboration de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), plus de 200 ergothérapeutes prirent part à cette étude, dont 70 ergothérapeutes travaillant avec des personnes aînées, soit à titre de clinicien.ne.s ou de gestionnaires, et ce, tout le long du continuum des soins de santé et des services sociaux du Québec (c'est-à-dire des services de soutien à domicile (SAD) aux soins en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), en passant par les soins prodigués en centre hospitalier (CH), RI, RTF ou RPA), dans diverses régions du Québec. L'analyse des entretiens réalisés avec ces professionnel.le.s révèla que les ergothérapeutes sont des témoins privilégiés de situations de maltraitance organisationnelle subies par plusieurs personnes aînées dans le système de santé. Ce type spécifique de maltraitance est défini dans les écrits gouvernementaux ainsi : « toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les procédures d'organisations (privées, publiques ou communautaires) responsables d'offrir des soins ou des services de tous types, qui compromet l'exercice des droits et libertés des personnes » (Gouvernement du Québec, 2021a).

L'omniprésence de la maltraitance organisationnelle amena notre équipe à approcher la FADOQ afin de co-créer un outil d'aide à la réflexion éthique visant à repérer, dénoncer et contrer la maltraitance organisationnelle subie par plusieurs personnes aînées dans le continuum des soins de santé et des services sociaux au Québec. Ce constat poussant notre équipe à étudier les causes sociales, organisationnelles et individuelles de la maltraitance organisationnelle ainsi que ses conséquences sur les aîné.e.s et les intervenant.e.s. Comme le révèlent nos résultats, ce type de maltraitance insidieuse survient en contexte de SAD, lors des soins prodigués en CH et dans divers milieux de vie (RTF, RI, RPA et CHSLD). Force est de constater que ces situations se produisent tout le long du continuum des soins de santé et des services sociaux. Ses causes sont nombreuses et, pour la plupart, de nature structurelle. Ses conséquences sont dévastatrices pour les aîné.e.s et, de manière inattendue, pour les intervenant.e.s.

Somme toute, c'est avec beaucoup tristesse et surprenamment que notre équipe mit en lumière autant de situations de maltraitance organisationnelle subies par plusieurs personnes aînées du Québec au sein d'organisations paradoxalement sensées leur offrir des soins ou des services. Notre équipe a donc rédigé ce mémoire sur la base de ces constats désolants et troublants, saisissant ainsi l'opportunité qui lui est ici donnée pour commenter le projet de Loi 101 afin que les réflexions que nous menons depuis un moment déjà puissent nourrir, nous le souhaitons, les vôtres, honorable.s député.e.s, et ce, dans une posture constructive de dialogue et d'ouverture.

CONSTAT PRINCIPAL : ABSENCE DE LA MALTRAITANCE ORGANISATIONNELLE

Le gouvernement du Québec reconnaît sans équivoque l'existence de la maltraitance organisationnelle. En effet, celle-ci est adéquatement présentée dans plusieurs documents officiels de l'État, dont notamment dans son plus récent plan d'action pour lutter contre la maltraitance (Gouvernement du Québec, 2017). Or, de manière étonnante, le projet de loi ne

mentionne pas explicitement ce type de maltraitance. On y nomme de manière claire les conséquences physiques, psychologiques, sexuelles, matérielles et financières de la maltraitance, mais on n'y fait aucune mention des types à proprement parler, et encore moins de trois d'entre eux , soit : la maltraitance organisationnelle, l'âgisme et la violation des droits (Assemblée nationale du Québec, 2021). Est-ce un oubli ? Un aveuglement volontaire ? Un souci de concision? Notre équipe s'explique mal ce manquement évident. À notre avis, cette absence constitue un enjeu important et doit être corrigée. Si l'on souhaite combattre de manière efficace la maltraitance subie par plusieurs personnes aînées dans le continuum des soins de santé et des services sociaux et ainsi doter le Québec d'une Loi robuste et efficace qui s'attaque aux racines de cet enjeu préoccupant et inacceptable, la maltraitance organisationnelle doit être incluse au projet de Loi. Étant donné qu'on ne voit que ce que l'on nomme et cherche, il importe que ce type maltraitance soit spécifiquement nommé dans la Loi afin d'opérationnaliser des mécanismes d'action permettant de la contrer. En effet, si la maltraitance organisationnelle se voit absente dans la Loi, le plan d'action gouvernemental 2022-2027 en maltraitance en sera impacté. On risque ainsi qu'il n'y ait pas d'action prévue et convenue avec les CISSS et CIUSSS, joueurs importants dans le réseau de la santé et de services sociaux, ainsi qu'avec les RPA pour la contrer (absence d'un levier important).

Les résultats d'une recherche menée depuis 2015, par notre équipe, à l'Université du Québec à Trois-Rivières, révèlent que près de 75 % des enjeux éthiques rencontrés par les ergothérapeutes ayant pris part à notre étude sont liés à des situations de maltraitance organisationnelle subie par des personnes aînées, et ce, dans le continuum des soins de santé et des services sociaux qui leur sont offerts. Les ergothérapeutes sont quotidiennement témoins de processus organisationnels qui engendrent de la maltraitance à l'endroit de plusieurs personnes aînées et ceci est observé à la fois dans les services de soutien à domicile, les RI, les RTF et les RPA (Viscogliosi et al., soumis en juin 2021), lors de séjours hospitaliers (Drolet et al., en cours de rédaction) et durant des séjours en CHSLD (Lord et al., soumis en mars 2021). Ces constats sur les situations de maltraitance organisationnelle subies par plusieurs personnes aînées s'ajoutent aux autres types de maltraitance qu'ils ou qu'elles subissent, notamment celles abordées par la bande dans le projet de Loi 101, qui font d'ores et déjà l'objet de processus de dénonciation obligatoire, et ce, pour de bonnes raisons.

Ce qui est particulier et spécifique à la maltraitance organisationnelle, subie par plusieurs aîné.e.s dans le système de santé, est le fait qu'elle touche également les intervenant.e.s responsables d'offrir ces soins et ces services aux personnes aînées et, par ricochet, les gestionnaires. En tant que victimes ou témoins impuissant.e.s de cet enjeu, les intervenant.e.s deviennent plus à risque d'être maltraitant.e.s envers les personnes aînées (Baillargeon, 2017; Drolet, Lalancette et Caty, 2021; Kamavarapu et al., 2017). Autrement dit, la maltraitance organisationnelle est une cause importante de maltraitance envers plusieurs prsonnes ainées du Québec. **Pour le poser clairement et précisément, c'est comme si plusieurs organisations de santé et de services sociaux étaient, depuis au moins 2015, maltraitantes, et ce, à la fois envers des aîné.e.s et des intervenant.e.s, plutôt que d'être des organisations bientraintes comme elles devraient l'être.** Cet état de fait contrevient à la mission première du ministère de la Santé et des Services sociaux qui est « de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec » (Gouvernement du Québec, 2021b).

En bref, la maltraitance organisationnelle envers les intervenant.e.s travaillant dans le continuum des soins de santé et des services sociaux constitue un terreau fertile à la maltraitance envers les personnes aînées. Comme l'observe Dejours (2013), la souffrance psychologique vécue par les travailleurs et les travailleuses provient souvent de la confrontation de ces derniers à une organisation du travail qui leur impose des injonctions paradoxales, telles que faire plus avec moins ou encore respecter des protocoles de soins qui paradoxalement nuisent à la santé de personnes. Le contexte de travail, axé sur la productivité et la reddition de comptes, combiné au manque flagrant de ressources humaines, matérielles et financières, est fortement dénoncé par un nombre croissant d'acteurs sociaux et politiques compte tenu de ses nombreux impacts négatifs sur les personnes aînées et les intervenant.e.s qui se voient souvent confronté.e.s à de la détresse éthique et psychologique (Baillargeon, 2017; Drolet, Lalancette et Caty, 2021). Pourquoi? Parce que contexte est source de souffrance et de maltraitance.

En 2010, le premier Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées (PAM-1) a vu le jour pour être déployé au Québec, à la suite de la consultation publique de 2007 sur le sujet (Gouvernement du Québec, 2010). Le caractère intersectoriel du PAM-1 dépassait alors le cadre du continuum des soins de santé et des services sociaux, car la maltraitance envers les personnes aînées n'existe pas que dans celui-ci. Depuis, le deuxième Plan d'action gouvernemental 2017-2022 (PAM-2) a été élaboré (Gouvernement du Québec, 2017) pour augmenter les efforts de lutte contre cette problématique sociétale assurément préoccupante, lequel comprend désormais la notion de maltraitance organisationnelle. Bien que le PAM-2, à l'instar du PAM-1, ne concerne pas spécifiquement le continuum des soins de santé et des services sociaux, il couvre néanmoins ceux-ci et donne des outils et une fenêtre pertinente pour examiner avec un œil critique la façon dont les soins de santé et les services sociaux sont offerts aux personnes aînées au Québec. Ainsi, en dépit de ces efforts certes louables et appréciables pour lutter contre la maltraitance envers les personnes aînées depuis plusieurs années, force est de constater que celle-ci est encore une réalité dans le continuum des soins de santé et des services sociaux.

Notre équipe n'est évidemment pas la seule à faire ce constat. Les acteurs sociaux sont nombreux et de plus en plus actifs dans les médias à constater et dénoncer la maltraitance organisationnelle causée par certaines administrations des réseaux public et privé de la santé et des services sociaux. Il nous suffit de nommer, à titre d'exemples, les constats faits par le Protecteur du citoyen dans son rapport d'étape concernant la première vague de COVID-19 dans les CHSLD (Protecteur du citoyen, 2020) et le récent rapport de la Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), Joanne Castonguay, intitulé « Mandat sur la performance des soins et services aux ainés - COVID-19. Regard critique sur l'état du système de santé et de services sociaux » (CSBE, 2021). Bien que ces exemples soient liés à l'actuelle pandémie de la COVID-19, comme le révèlent nos résultats de recherche, la maltraitance organisationnelle la précède malheureusement depuis un moment. Celle-ci a été accentuée (et non pas causée) par la pandémie de la COVID-19. C'est pourquoi la condamnation de la maltraitance organisationnelle est bien antérieure à la pandémie (Baillargeon, 2017; Kamavarapu et al., 2017) et pour cause.

ILLUSTRATION DE LA MALTRAITANCE ORGANISATIONNELLE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

Comment la maltraitance organisationnelle envers les personnes aînées se manifeste-t-elle concrètement dans le continuum des soins de santé et des services sociaux du Québec? Le tableau ci-dessous présente une liste non exhaustive d'exemples de manifestations concrètes de situations de maltraitance organisationnelle subie par maintes personnes aînées dans notre système de santé, tel que rapporté par les ergothérapeutes ayant pris part à notre recherche.

Tableau 1 : Situations de maltraitance organisationnelle subies par des personnes aînées

Services de soutien à domicile (SAD) et résidences intermédiaires (RI)
- *Être traité.e comme une source de revenus en RI, une chose, un objet, un numéro (chosification ou réification de l'aîné.e.), une personne à qui on parle comme un enfant; - *Prioriser la sécurité au détriment des autres valeurs importantes pour l'aîné.e (ex. : demeurer autonome à l'extérieur du domicile dans des loisirs signifiants); - *Tolérer les situations de maltraitance physique, psychologique, sexuelle, matérielle et financière qu'il s'agisse de violence ou de négligence; - *Subir des soins et des services prodigués rapidement ou brusquement; - *Être confronté.e à une bureaucratie administrative difficile à comprendre; - *Ne pas être informé.e de ses droits et libertés; - *Être soumis.e aux décisions prises en son nom par ses proches ou des intervenant.e.s; - *Ne pas avoir accès à des soins en raison de son âge avancé ou de pertes cognitives; - Ne pas avoir accès à des soins et des services personnalisés et adéquats, c'est-à-dire découlant de l'évaluation professionnelle en aide à domicile, en équipements, etc.; - Subir des pratiques qui ne s'appuient pas sur des données probantes ou les recommandations du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de la prévention des chutes et lors de l'utilisation de contentions, souvent par manque de personnel ou de formation adéquate; - Ne pas avoir accès aux soins de santé et aux services sociaux qui soutiennent le maintien de l'aîné.e dans son milieu de vie par manque de budget, tels que la disponibilité d'équipements et de personnel d'aide à domicile pour répondre aux besoins évalués en quantité suffisante, l'élargissement aux ressources intermédiaires (RI) des programmes gouvernementaux d'aides techniques et d'aides à la mobilité (fauteuils roulants, etc.); - Subordonner l'aîné.e au système de performance instauré dans l'organisation du travail: « On fait à sa place », car c'est plus vite. On ira le lever (10h30 au lieu de 8h30) ou le coucher (23h00) en fonction des routes attitrées au personnel; - Subir une décision d'hébergement, sans être impliqué.e dans le processus décisionnel; - Subir le retrait du permis de conduire, sans identifier des alternatives satisfaisantes pour l'aîné.e.
Centres hospitaliers (CH)
- Respecter des protocoles de soins sans prise en considération des particularités des contextes; - Se faire imposer un niveau de soins sans être consulté.e; - Se voir confronté.e à des soins non holistiques : les organes sont traités les uns après les

autres, plutôt que la personne comme un tout; - Ne pas permettre à des proches de visiter l'aîné.e.s; - Ne pas autoriser des proches à dormir à l'hôpital la veille d'une chirurgie ou d'une autre intervention stressante pour l'aîné.e; - Ne pas avoir été évalué.e ou traité.e en réadaptation au moment de sa sortie, par manque de professionnel.le.s; - Subir des interventions non désirées (ex. : soins palliatifs ou de confort), en raison de son âge avancé ou de pertes cognitives.
Centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) et résidences privées pour aînés (RPA)
- Ne pas lever les résident.e.s quotidiennement par manque de temps et de personnel; - Ne pas coucher les résident.e.s à l'heure qui leur convient par manque de temps et de personnel; - Ne pas hydrater ou alimenter suffisamment les aîné.e.s par manque de personnel; - Ne pas laisser l'ainé.e terminer son repas pour respecter les horaires des services alimentaires; - Uniformiser les repas et les collations par manque de temps et de personnel, plutôt que de leur personnaliser en fonction de leur état de santé et de leurs goûts alimentaires; - Donner des bains de manière brusque ou rapide dans des environnements froids à une fréquence différente de celle souhaitée par l'aîné.e; - Mettre des culottes d'incontinence qui deviennent inconfortables et irritantes par manque de personnel, plutôt que d'amener les aîné.e.s aux toilettes; - Temps d'attente long ou absence de réponse aux cloches d'appels; - Rester au sol longtemps à la suite d'une chute; - Délais exagérés pour recevoir une réponse pour un soin ou un médicament; - Banalisation des demandes ou souhaits des résidents - N'avoir aucune offre ou une offre limitée et non signifiante de loisirs; - Ne pas pouvoir prendre des marches ou aller à l'extérieur; - Ne pas avoir de fenêtre dans sa chambre; - Ne pas avoir accès à des lieux climatisés ou au contraire trop froids; - Être contraint.e de rester dans son lit, son fauteuil ou sa chambre; - Subir l'imposition non souhaitée de contention chimique ou physique; - Être séparé.e de son conjoint.e lors d'un hébergement et hébergé.e loin de ses proches; - Ne pas pouvoir avoir des relations affectives ou sexuelles avec la personne de son choix ou au contraire subir les désirs de son conjoint sans y avoir consentis (viol conjugal).

* *Ce symbole indique que l'exemple peut être vécu par l'aîné.e. tout le long du continuum des soins.*

COMPRENDRE LES CAUSES DE LA MALTRAITANCE ORGANISATIONNELLE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

Pourquoi de telles situations surviennent-elles? Comment se fait-il que des organisations sensées prendre soin en viennent-elles, paradoxalement, à maltraiter des personnes aînées? Les recherches que notre équipe mènent depuis 2015 nous ont permis d'identifier certaines causes de la maltraitance organisationnelle envers les personnes aînées. Les paragraphes suivants discutent de cinq d'entre elles, les plus importantes, à notre avis.

D'importantes injustices sociales de nature distributive

Premièrement, la maltraitance organisationnelle est liée à des injustices sociales de nature distributive. Rappelons que plus de 90 % du budget alloué à la santé est dédié aux médicaments et aux actes médicaux (OEQ, 2016), ce qui laisse bien peu de ressources financières pour répondre aux autres besoins de santé et besoins sociaux des personnes aînées. Comme le dénoncent les ergothérapeutes ayant pris part à la recherche, il y a un manque flagrant et important d'équipements (p. ex. : fauteuils roulants adaptés, fauteuils gériatriques, matelas préventifs des plaies) et d'intervenant.e.s sur le terrain (p. ex. : préposé.e.s aux bénéficiaires, infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, sexologues, travailleurs sociaux) pour répondre de manière diligente et humaine aux besoins des personnes aînées. C'est pourquoi notre équipe, à l'instar d'autres chercheurs (Contandriopoulos et al., 2018; Plourde et Hurteau, 2021), estime que le budget alloué à la santé devrait être distribué plus justement, afin d'améliorer l'accès aux soins de santé et aux services sociaux ainsi que l'offre de tels soins et de services pour mieux répondre aux besoins des personnes. Nous faisons nôtres les propos de Contandriopoulos et ses collègues (2018) qui indiquent qu'« entre 2006 et 2015, des sommes considérables ont été investies pour augmenter la rémunération des médecins. Ces sommes n'ont eu aucun impact visible sur l'accès aux soins ».

Cela dit, loin de nous est ici l'idée de dévaluer ou encore de nier le travail estimable, nécessaire et appréciable des équipes médicales. C'est plutôt la manière dont les sommes sont depuis les quinze dernières années (Plourde et Hurteau, 2021) imparties pour reconnaître ce travail qui est, à notre avis, questionnable compte tenu du contexte financier qui est le nôtre. Ne pourrait-on pas distribuer autrement et de manière plus équitable ce budget? Ne serait-il pas raisonnable de soutenir davantage le travail d'autres intervenant.e.s (ex. : préposé.e.s aux bénéficiares, auxiliaires familiales, professionnel.le.s de la réadaptation)? N'est-il pas venu le temps d'embaucher et de reconnaître davantage l'extraordinaire travail fait par ces intervenant.e.s qui quotidiennement prennent soin de nos personnes aînées dans le système de santé, qu'il s'agisse de préposé.e.s aux bénificaiaires, d'auxiliaires familiales, d'infirmières, d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes, d'orthophonistes, de physiothérapeutes, de psychologues ou de travailleurs sociaux? En dégageant certaines sommes, via des négociations par exemple avec les compagnies pharmaceutiques et les médecins ou encore en retardant certains travaux d'infrastructures, ne serait-il pas opportun de poursuivre la formation et l'embauche massive d'un plus grand nombre d'intervenant.e.s terrain et de valoriser davantage le travail des ces personnes, généralement des femmes, qui font un travail si important?

Des « nouveaux » modes gestion paradoxalement maltraitants

Deuxièmement, en voulant contribuer au développement social et économique du Québec, le gouvernement a mis en place et valorisé des modes de gestion qui, paradoxalement, en viennent à nuire par moment à la mission première des organisations du système de santé (Drolet, Lalancette et Caty, 2021). Depuis une trentaine d'années, à des fins de rationalisation, les organisations publiques de santé se sont transformées et ont adopté de nouveaux modes managériaux (Banoun et Rochette, 2017). Ces réformes ont amené les décideurs à effectuer des transformations majeures des organisations de santé, en adoptant les valeurs et les principes de la nouvelle gestion publique (NGP). Selon Jetté et Goyette (2010), la NGP est « une école de

pensée en administration publique qui fait la promotion de pratiques managériales provenant du secteur marchand et qui met l'accent sur l'atteinte de résultats misant sur l'imputabilité de services et la mise en place d'incitatifs à la performance » (p. 25). Concrètement, la NGP se caractérise par l'adoption d'une gestion par résultats, la reddition de comptes, l'approche client, l'évaluation des programmes, l'imputabilité des fonctionnaires, la privatisation, la mise en concurrence des établissements et, enfin, la décentralisation et le délestage des pouvoirs à de nouvelles instances (Bourque, 2007 ; Dubois, 2003).

Plusieurs chercheurs (Banoun et Rochette, 2017; Chénard et Grenier, 2012; Jetté et Goyette, 2010; Sereno, 2001) s'entendent pour dire que plusieurs problèmes du système de santé (ex. : diminution de la qualité des soins et services, problème de rétention du personnel, épuisement professionnel, maltraitance organisationnelle, etc.) proviennent de l'implantation de la NGP au système de santé, en outre parce que celle-ci transpose les valeurs et les principes néolibéraux de gestion du secteur privé au secteur public afin d'accroître, argue-t-on, l'efficacité des pratiques. Or ces valeurs et principes se heurtent aux valeurs humanistes qui ont longtemps présidé au sein des organisations de santé et de services sociaux (Bourque, 2007). Bien que la reddition de compte et l'imputabilité des gestionnaires soient nécessaires, l'un des problèmes avec la NGP est que sa logique bureaucratique se heurte à la logique professionnelle, laquelle dominait les rapports sociaux avant l'introduction de la logique bureaucratique (Banoun et Rochette, 2017 ; Chénard et Grenier, 2012). Tandis que la logique professionnelle s'appuie sur les savoirs scientifiques, techniques et expérientiels des intervenant.e.s pour solutionner les problèmes au quotidien, la logique bureaucratique opte plutôt pour le suivi de protocoles stricts émanant des gestionnaires, lesquels sont souvent déconnectés des particularités des contextes et de la spécificité des patient.e.s (Sereno, 2001). En bref, alors que la logique professionnelle limite le travail prescrit et repose sur le jugement et l'autonomie professionnels des intervenant.e.s, la logique bureaucratique transforme les relations de travail, en donnant préséance aux gestionnaires qui, désormais, imposent un travail prescrit au nom de l'uniformisation des pratiques. Corollaire de cette logique bureaucratique : les intervenant.e.s deviennent interchangeables et subissent de fortes pressions pour donner toujours plus de soins et de services au plus grand nombre de personnes dans un court délai, c'est-à-dire sans considération pour le rythme naturel et parfois ralenti des personnes aînées. Ainsi, avec la NGP s'est mis en place une culture de la vitesse et de la performance, dans un contexte de manque flagrant de ressources humaines, matérielles et financières, qui malheureusement engendre de la maltraitance organisationnelle envers les intervenant.e.s, terreau fertile, disions-nous plutôt, à la maltraitance envers les personnes aînées. Dans ce contexte, ne serait-il pas important de questionner et de revoir certaines pratiques managériales? Sachant que certaines d'entre elles contraignent les intervenant.e.s et les gestionnaires – souvent pris entre l'arbre (leurs valeurs) et l'écorce (certaines directives ministérielles) – dans leur possibilité de soutenir au quotidien la bientraitance, ne serait-il pas judicieux de les bannir ou à tout le moins les modifier?

Une loi du silence souvent difficile à briser au nom du devoir de loyauté

Troisièmement, en dépit de l'obligation légale de dénoncer les situations de maltraitance, une loi du silence (omerta) règne très souvent dans plusieurs organisations de santé. Le contexte organisationnel hautement hiérarchique, observé au sein du système de santé et de services sociaux, s'articule autour de l'autorité détenue par les gestionnaires, les médecins et les compagnies pharmaceutiques (Drolet et Ruest, soumis en août 2021). Ces derniers imposent de

manière *top-down* et souvent autoritaire des normes et des protocoles à des équipes professionnelles qui se révèlent par ailleurs liées à une loi du silence (omerta) difficile à briser. Comme l'indique Lalonde (2021), « malgré la pénurie de personnel, des gestionnaires préfèrent suspendre, faire taire ou menacer ceux [et celles] qui dénoncent [les mauvaises pratiques ou les pratiques discutables] » (n.d.). Heureusement, de plus en plus d'acteurs sociaux contestent l'omerta qui sévit dans le système de santé et de services sociaux du Québec (Bottari, 2021 ; Société Radio-Canada, 2020). Cela dit, il n'en demeure pas moins que plusieurs intervenant.e.s craignent de dénoncer les mauvaises pratiques qu'ils ou elles constatent par peur des représailles ou arrêtent tout simplement de revendiquer pour des changements de pratique qui seraient requis devant l'inertie de plusieurs gestionnaires à agir pour corriger les situations de maltraitance (Lord et al., soumis en mars 2021). Ainsi, prendre la parole en tant qu'intervenant.e.s et donner la parole aux personnes aînées et à leurs proches est un défi souvent colossal, surtout lorsque les personnes aînées ont des troubles cognitifs (Viscogliosi et al., 2021).

Cette omerta notée dans le système de santé est souvent expliquée ou justifiée par le devoir de loyauté des employés envers leur employeur (Lampron, 2020). Rappelons que le devoir de loyauté « prend sa source dans l'article 2088 du Code civil du Québec » (Wagner et Fournier, 2016). Bien qu'il puisse être justifié dans le secteur privé (dont la mission première est de générer des profits, d'où l'importance de préserver les secrets et la réputation de l'entreprise), le devoir de loyauté dans le secteur public est hautement contestable lorsque celui-ci empêche l'amélioration des pratiques professionnelles et organisationnelles ou est cause de maltraitance. La mission des institutions publiques n'est certes ni le profit ni le prestige, mais de prodiguer des soins de santé et des services sociaux de qualité. « Ainsi, contrairement aux entreprises privées, ces institutions "appartiennent à l'ensemble de la population" et ont une obligation de reddition de comptes à son endroit. Ce faisant, "l'impact réputationnel" d'une critique formulée à l'encontre du mode de fonctionnement ou de décisions prises par les gestionnaires de ces institutions ne devrait pas pouvoir être pris en compte pour déterminer si [un.e intervenant.e] a manqué à son obligation de loyauté » (Lampron, 2020, n.d.). Autrement dit, bien que les missions, les pratiques et les clientèles cibles des organisations privées et publiques diffèrent à maints égards, la jurisprudence actuelle a pourtant tendance à interpréter de manière non différenciée le devoir de loyauté des employés de ces secteurs, ce qui nuit significativement à l'amélioration des pratiques professionnelles et organisationnelles du secteur public (dont celui de la santé). Lorsque des processus organisationnels limitent la réponse adéquate aux besoins des patient.e.s, plusieurs intervenant.e.s n'osent pas dénoncer les inconduites éthiques de leurs pairs, étant donné que leurs revendications ne changent pas au final les choses et peuvent même leur nuire. Lorsque les lanceur.e.s d'alerte sont considéré.e.s comme des traîtres plutôt que comme des gardien.ne.s du bien, alors le contexte n'est pas favorable aux signalements.

Dans ce contexte, le moment n'est-il pas venu de recadrer le devoir de loyauté? Ce devoir n'a-t-il pas avantage à être subsumé au devoir déontologique des professionnel.le.s de la santé d'appuyer des mesures susceptibles d'améliorer la qualité des soins de santé et des services sociaux? Lorsque des professionnel.le.s ne dénoncent pas la maltraitance organisationnelle, ils et elles contreviennent ce faisant à leur code de déontologie et peuvent être blâmé.e.s par leur ordre. Pourtant, administrativement, les organisations de santé ne leur permettent pas de respecter leurs devoirs déontologiques, en ne les protégeant pas. L'intention de la Loi est de faciliter les signalements des situations de maltraitance et c'est pour cela qu'il y a, entre autres, dans la Loi L-6.3 un article de loi sur l'interdiction des mesures de représailles (article 11) et

l'immunité de poursuite (article 12) face à une personne qui dénonce. Or, nous savons qu'il y a une omerta dans le système de santé et maintes ressources humaines rappellent souvent à ses employé.e.s leur devoir de loyauté envers l'établissement. Des employé.e.s qui questionnent les écarts organisationnels s'exposent ainsi à des mesures disciplinaires. Ainsi, si la maltraitance organisationnelle ne fait pas partie de la Loi, les personnes signalantes ne seront pas protégées, ce qui va à l'encontre de l'intention de la Loi.

De l'âgisme et du capacitisme

Quatrièmement, l'âgisme et le capacitisme participent au renforcement de la maltraitance organisationnelle au sein du système de santé et de services sociaux, en dévaluant la parole et l'importance des personnes aînées, plus encore de celles qui présentent des troubles cognitifs (Viscogliosi et al., 2021). Tandis que l'âgisme consiste en une discrimination inique fondée sur l'âge, le capacitisme correspond, pour sa part, en un système de croyances et d'oppression suivant lequel les personnes dont le corps et le cerveau fonctionnent différemment de la majorité sont, en raison de cette différence, négativement jugées, stéréotypées et injustement discriminées (Davis, 2010). Autrement dit, le capacitisme consiste en une discrimination basée sur les difficultés fonctionnelles ou les incapacités d'une personne, alors que l'âgisme se présente comme une forme de dévaluation d'une personne en raison de son âge plus avancé.

Ces systèmes de discrimination et de mépris basés sur l'âge ou sur les capacités sont aussi des terreaux fertiles à l'occurrence des situations de maltraitance organisationnelle au sein des organisations de santé et de services sociaux du Québec. Lorsqu'une personne se voit refuser l'accès à un soin ou un service en raison de son âge avancé et de ses difficultés cognitives, ou encore lorsqu'elle n'est pas informée sur son état de santé ni questionnée sur ses volontés en lien avec les interventions qui la concernent en premier lieu, alors on peut parler d'âgisme et de capacitisme. Nombreux sont les ergothérapeutes ayant pris part à notre étude qui mentionnent que les personnes aînées sont souvent traitées comme des objets, des choses, en ceci qu'on leur prodigue des soins, des interventions, sans même leur adresser la parole. La culture occidentale valorise de nos jours grandement la performance, la jeunesse et les capacités productives, ce qui fait en sorte que les personnes aînées et celles estimées moins capables ont souvent moins de valeur sociale et sont estimées inférieures aux personnes performantes, jeunes et productives. Bien que les deux plans gouvernementaux de lutte contre la maltraitance dénoncent l'âgisme (Gouvernement du Québec, 2010; Gouvernement du Québec, 2017), ces visions sociales négatives des personnes aînées et de celles qui vivent avec des incapacités ne devraient-elles pas être davantage combattues?

Vision réductrice de la notion de pratique probante

Enfin, cinquièmement, l'avènement du mouvement *Evidence-Based Practice* (EBP) a eu un impact considérable sur la manière dont les soins de santé et les services sociaux sont prodigués de nos jours (Sackett et al., 1996). Ce mouvement a notamment soutenu une meilleure application des résultats des recherches scientifiques aux pratiques professionnelles, de façon à réduire l'écart existant entre la création d'une connaissance et son application en pratique. Selon Green et ses collaborateurs (2009), cet écart est évalué entre 9 et 30 ans, pour une moyenne de 17 ans selon les milieux. Bien que ce mouvement puisse avoir contribué à

l'amélioration de la qualité des soins et des services sociaux, il a aussi paradoxalement nui à celle-ci. Pourquoi?

Parce qu'une vision réductrice de la notion de pratique probante domine de nos jours au sein de plusieurs organisations de santé et de services sociaux du Québec. Suivant cette vision, une pratique probante consiste à appliquer de manière rigoureuse et stricte des résultats de recherche à un cas clinique. Cette compréhension de la notion de pratique probante est réductrice, car une telle pratique correspond plutôt au fait pour un.e intervenant.e d'asseoir son intervention sur quatre choses : 1) des résultats de recherche qui s'appliquent à la situation; 2) les valeurs et les souhaits de la personne qui reçoit l'intervention; 3) l'expérience professionnelle de l'intervenant.e; 4) les caractérisques spécifiques de l'environnement de la personne et du milieu de soins et de services (Law et MacDermid, 2008). Autrement dit, le fait d'appliquer des protocoles de soins de manière rigide, sans prise en compte des valeurs de la personne aînée, du jugement professionnel de l'intervenant.e et des spécificités des contextes consiste en une pratique non probante. Or ces manières de faire font pléthore au sein de nos organisations de santé et de services sociaux, en outre parce qu'elles découlent des pratiques managériales que nous avons dénoncées précédemment. N'est-il pas venu le moment de faire davantage confiance au jugement professionnel des intervenant.e.s, de faire place à l'autonomie professionnelle requise pour actualiser les meilleures pratiques?

POURQUOI LA MALTRAITANCE ORGANISATIONNELLE DEVRAIT-ELLE FAIRE L'OBJET DE LA PROCHAINE LOI?

La maltraitance organisationnelle a des conséquences importantes et inacceptables sur la santé, le bien-être et la dignité des personnes aînées, de même que sur la santé, le bien-être et la dignité des intervenant.e.s. Si l'on souhaite que la maltraitance envers les personnes aînées cesse au Québec, la maltraitance organisationnelle doit être incluse dans le projet de Loi. **Le fait d'avoir inclut cinq types de maltraitance en les réduisant à leurs torts causés, que ceux-ci soient physiques, psychologiques, sexuels, matériels et financiers constitue un recul comparativement à ce qui est contenu dans le PAM-2. Or, puisque ces torts découlent souvent, à tout le moins dans le système de santé, de processus organisationnels, négliger de considérer la maltraitance organisaitonnelle (ainsi que l'âgisme et la violation des droits et libertés des aîné.e.s) ne mettra pas fin à la maltraitance subie par plusieurs personnes aînées du Québec, notamment celles qui cheminent dans le continuum des soins de santé et des services sociaux.** Il est évidemment crucial de lutter contre la maltraitance qui occure dans la vie privée des personnes aînées lorsqu'elles le souhaitent et le demandent, sans toutefois négliger celle qui a lieu lorsqu'une personne aînée chemine dans notre système de santé, lequel est constitué d'institutions sociales importantes et pour plusieurs d'entre elles de nature publique.

Bien qu'elle soit complexe et multifactorielle, la maltraitance organisationnelle n'est pas une fatalité. Aussi, ses principales causes sont de nature structurelle (1. importantes injustices sociales de nature distributive; 2. nouveaux modes managériaux paradoxalement maltraitants envers les aîné.e.s et les intervenant.e.s; 3. loi du silence liée au soi-disant devoir de loyauté des professionnel.le.s dans plusieurs organisations de santé et de services sociaux; 4. culture sociale âgiste et capacitiste : terreaux fertiles à la maltraitance; et 5. vision réductrice de la pratique

probante qui nuit paradoxalement à la pratique probante). Elle relève ainsi pour une large part d'une responsabilité gouvernementale. En effet, le gouvernement, en collaboration avec toutes les organisations et personnes concernées, notamment les personnes aînées elles-mêmes, reste l'acteur le mieux positionné, à notre avis, pour y faire face et pour agir en vue de la contrer.

Pour enrayer la maltraitance organisationnelle dans le système de santé, il est possible de la prévenir et d'agir en amont. Une loi robuste constitue le premier pilier pour contrer et lutter contre la maltraitance faite aux personnes aînées, sous toutes ses formes et ses types. Considérant que la maltraitance organisationnelle découle de décisions publiques sur lesquelles le gouvernement a un pouvoir, contrairement aux gestionnaires, aux intervenant.e.s, aux personnes aînées et leurs proches, il est du ressort de l'État de s'attaquer à cette tare sociale qui porte atteinte de manière importante et intolérable à la santé, au bien-être et à la dignité d'un trop grand nombre de personnes, notamment les personnes aînées et les intervenant.e.s, souvent dans une situation de vulnérabilité.

PISTES D'ACTION POUR CONTRER LA MALTRAITANCE ORGANISATIONNELLE

Premièrement, pour corriger les importantes injustices sociales de nature distributive, davantage de ressources financières doivent être allouées à la bientraitance des personnes aînées et à celle des intervenant.e.s, car ce sont deux vases communicants. Certains acteurs sociaux déjà privilégiés, notamment les compagnies pharmacologiques et les médecins, accaparent une part trop importante du budget du Québec alloué à la santé et aux services sociaux. Comme l'indique le tout dernier rapport de l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), « on le constate, la réduction de la rémunération des médecins, qui a connu une croissance excessive au cours des 15 dernières années, est une avenue incontournable pour refinancer le réseau à la hauteur de ses besoins et pour assurer la pérennité des services à la population » (Plourde et Hurteau, 2021). Un meilleur équilibre est en effet nécessaire pour dégager les sommes requises afin d'offrir les ressources matérielles et humaines suffisantes à la réponse adéquate aux besoins des personnes aînées, tout le long du continuum des soins de santé et des services sociaux, et ce, dans un contexte de travail sain et humain. Les études épidémiologiques sur les nombreux avantages sociaux d'une plus grande justice sociale pour l'ensemble de nos organisations et de la population sont indéniables et se cumulent (Wilkinson et Pickett, 2013). Il est étonnant que les déterminants sociaux de la santé soient si peu considérés et que certains acteurs aient autant de privilèges comparés à d'autres. Le gouvernement a le pouvoir d'agir pour plus de justice sociale, laquelle est requise pour mettre fin à la maltraitance au Québec et à la considération de l'égalité dignité des personnes.

Deuxièmement, pour corriger les modes de gestion au sein des organisations de santé et de services sociaux, la logique professionnelle doit remplacer la logique bureaucratique actuelle qui nuit de manière importante à la qualité des soins de santé et des services sociaux du Québec. Nous avons la souvenance d'un temps où le système de santé du Québec figurait parmi les meilleurs de par la monde. Ce temps correspondait à celui où la logique professionnelle était vivante au sein des organisations de santé et de services sociaux et où la justice sociale était plus présente, plus vivante. La NGP, les modes de gestion qu'elle soutient et les approches LEAN qu'elle valorise doivent être examinés de manière critique, car ils sont une cause importante de

mal-être au sein de nos organisations. Pour mettre en place des organisations bientraitantes, ces modes de gestion doivent être revus. Les pratiques managériales sont de fait contraires aux bonnes pratiques de gestion et à la mise en place d'organisations bientraitantes (Baillargeon, 2017 ; Banoun et Rochette, 2017 ; Bourque, 2007 ; Chénard et Grenier, 2012 ; Drolet, Lalancette et Caty, 2020 ; Dubois, 2003 ; Jetté et Goyette, 2010 ; Sereno, 2001). La NGP engendre une culture de la vitesse et de la performance qui rend difficile l'instauration d'une culture et de pratiques organisationnelles de bientraitance auprès des aîné.e.s et des intervenant.e.s. L'organisation des soins doit ainsi être améliorée pour réduire la pression sur les intervenant.e.s, soutenir une culture de la qualité de soins et des services et mettre en place des espaces de réflexion éthique sur les pratiques pour éviter que ne grandisse la tolérance à la maltraitance.

Troisièmement, pour renverser l'omerta qui sévit dans plusieurs organisations de santé et des services sociaux du Québec, les paroles des intervenant.e.s ainsi que celle des personnes aînées et de leurs proches doivent être davantage valorisées. Le jugement professionnel des équipes doit être pris en compte. Pour enrailler la maltraitance, les intervenant.e.s doivent retrouver l'autonomie professionnelle qui fut, petit à petit, perdue au fil du temps. La pyramide décisionnelle doit être inversée dans une certaine mesure. Les personnes qui sont sur le terrain avec les personnes aînées savent ce qui se passe, constatent au quotidien toutes les aberrations du système. Celles-ci doivent être entendues et écoutées. Par ailleurs, compte tenu que la relation thérapeutique – au cœur des soins de santé et des services sociaux – est sur le plan juridique une relation fiduciaire, le devoir de loyauté envers l'employeur devrait être subsumé à l'obligation fiduciaire que les intervenant.e.s à l'égard des patients. Cet amalgame, voire cette importation de pratiques propres au secteur privé au sein des organisations publiques (dont celles du système de santé) ne se résume pas à l'interprétation juridique du devoir de loyauté. En effet, de nos jours, les pratiques managériales subies par les intervenant.e.s proviennent aussi, disions-nous, du secteur privé. Or ces importations ont dégradé la qualité des soins de santé et des services sociaux. Si cette importation dépend de décisions et d'actions humaines, il en est de même pour la transformation de ces pratiques.

Quatrièment, pour combattre l'âgisme et le capacitisme, il importe de revoir notre vision du vieillir au Québec ainsi que de valoriser les personnes aînées et celles dont le corps et le cerveau fonctionnent différemment de la majorité. Comme le recommandent plusieurs acteurs sociaux, des états généraux sur le vieillir au Québec seraient requis pour transformer notre vision sociale des personnes aînées. Au cours de cette vaste consultation, les visions des communautés autochtones et celles des minorités culturelles devraient contribuer à nourrir notre réflexion collective, car ces peuples ont souvent une perspective positive et valorisante du vieillir qui devrait alimenter la nôtre. Étant donné que l'âgisme et le capacitisme sont des terreaux fertiles à la maltraitance, ces idéologies discriminatoires, voire ces systèmes d'oppression, doivent être combattues.

Cinquièmement, pour promouvoir une vision non réductrice de la pratique probante, il importe de valoriser davantage le respect des valeurs et des désirs des patient.e.s, l'expérience et l'autonomie professionnelle des intervenant.e.s ainsi que la considération des particularités des contextes lors de l'application de résultats de recherche. Car l'application rigide et stricte de résultats de recherche, sans considérer ces trois autres éléments, s'avère contraire à la pratique probante, c'est-à-dire à la pratique fondée sur des résultats de recherche (Law et MacDermid, 2008).

Enfin, en plus de ces actions de nature structurelle, pour soutenir au quotidien les pratiques bientraitantes, les personnes aînées et leurs proches, les intervenant.e.s et les gestionnaires doivent être habiletés à reconnaître la maltraitance organisationnelle et les autres types de maltraitance, de même que sensibilisé.e.s et éduqué.e.s aux attitudes et aux comportements bientraitants. Malencontreusement, pour les organisations de santé et de services sociaux qui ont intégré des pratiques maltraitantes depuis trop longtemps, il est devenu souvent difficile pour plusieurs personnes en leur sein de les reconnaître. Une prise de conscience individuelle et sociale doit être opérée afin d'actualiser des attitudes, des comportements et des processus organisationnels bientraitants.

CONCLUSION

Ce mémoire défend la pertinence, voire la nécessité d'inclure dans le projet de Loi 101 la maltraitance organisationnelle, laquelle touche des personnes en situation de vulnérabilité (clientèle visée par la Loi). La maltraitance organisationnelle est tout autant souffrante, voire davantage que les autres types de maltraitance, car elle touche à la fois les aîné.e.s, les intervenant.e.s et, par ricochet, les gestionnaires. En effet, en plus de toucher plusieurs personnes aînées, la maltraitance organisationnelle impacte les intervenant.e.s et les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux qui en sont des victimes collatérales. Mettre en place des mécanismes d'action pour contrer la maltraitance organisationnelle constitue un levier important, voire essentiel pour améliorer la qualité des soins de santé et des services sociaux (l'une des visées de la Loi) prodigués au Québec à des personnes, bien souvent en situation de grande vulnérabilité. Mettre en place de tels mécanismes, c'est également miser sur le maintien ou plutôt le retour de la démocratie dans nos établissements publics de santé. Dans le contexte où la population québécoise est de plus en plus sensibilisée et souhaite des changements, le gouvernement se doit d'agir.

RÉFÉRENCES

Assemblée nationale du Québec. (2021). Projet de Loi n° 101. Repéré à : http://m.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-101-42-1.html

Baillargeon, N. (2017). La santé malade de l'austérité : Sauver le système public… et des vies! Saint-Joseph-du-Lac (QC) : M. Éditeur.

Banoun, A., & Rochette, C. (2017). Le gestionnaire public au cœur de logiques contradictoires : Le cas des centres de services partagés. Revue Française de Gestion,3(266), 11-30.

Bottari, J. (2021). Qui dirige le réseau de santé? Le Devoir, 28 avril. https://www.ledevoir.com/opinion/libre-opinion/599632/libre-opinion-qui-dirige-le-reseau-de-la-sante

Bourque, M. (2007). Le nouveau management public comme prémisse aux transformations des systèmes de santé nationalisés : les cas du Québec et du Royaume-Uni. Revue Gouvernance, 4(1), 1-13

Chénard, J., & Grenier, J. (2012). Concilier des logiques pour une pratique de sens : exigence de solidarité. Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 1, 18-29.

Commissaire à la Santé et au Bien-être (CSBE). (2021c). Mandat sur la performance des soins et services aux ainés - COVID-19. Regard critique sur l'état du système de santé et de services sociaux. Gouvernement du Québec. Repéré à : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2021/CSBE-Rapport-Appel_temoignages_6avril.pdf

Conseil pour la protection des malades (CPM). (2018). Conférence de presse : Le Conseil pour la Protection des Malades poursuit le réseau des CHSLD du Québec pour maltraitance. Repéré à : https://www.cpm.qc.ca/news/id/329

Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Breton, M., Duhoux, A., Hudon, C., Vadeboncœur, A., Fournier, M-A., Champagne, G., Sasseville, M., & Sainte-Croix, D. (2018) Analyse des impacts de la rémunération des médecins sur leur pratique et la performance du système de santé au Québec. Rapport de recherche produit dans le cadre de l'action concertée intitulée Regards sur les modes de rémunération des médecins financée par le Commissaire à la santé et au bien-être. Repéré à : https://www.pocosa.ca/RapportFINAL.pdf

Davis, L. J. (2010). The Disability Studies Reader. Routledge.

Dejours, C. (2013). Travail vivant 2 : Travail et émancipation. Paris : Petite bibliothèque Payot.

Drolet, M-J. (soumis en septembre 2021). Combattre deux systèmes de croyances et d'oppression pour une pratique socialement responsable de l'ergothérapie.

Drolet, M-J., Lalancette, M., & Caty, M-È. (2020). Brisées par leur travail ! OU Au bout du rouleau. Réflexion critique sur les modes managériaux en santé. Revue Canadienne de Bioéthique, 3(1), 103-107.

Drolet, M-J., Lord, M-M., Pinard, C., Viscogliosi, C., & Ruest, M. (en cours de rédaction). Les enjeux éthiques liés à la maltraitance en CH.

Drolet, M-J., & Ruest, M. (soumis en août 2021). Réflexions éthiques sur un système de santé et de services sociaux en constante transformation : enjeux éthiques, contexte organisationnel et défis professionnels.

Dubois, C-A. (2003). Renouveau managérial dans le contexte des réformes des services de santé: mirage ou réalité? Sciences sociales et santé, 21(4), 41-71.

Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN). (2019). Résultats du sondage de la FSSS-CSN sur les conditions de travail, la santé et le bien-être au travail des PAB des établissements publics et privés conventionnés du réseau de la santé et des services sociaux. Repéré à : http://www.fsss.qc.ca/download/cat2/resultats_sondage_pab_vff.pdf

Gouvernement du Québec. (2010). Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées. Repéré à : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/F5212-MSSS-10.pdf

Gouvernement du Québec. (2017). Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées. Repéré à : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/F5212-MSSS-17.pdf

Gouvernement du Québec. (2021a). *Maltraitance envers les aînés*. Repéré à : Maltraitance envers les aînés | Gouvernement du Québec (quebec.ca)

Gouvernement du Québec. (2021b). L'organisation et ses engagements. Repéré à : https://www.quebec.ca/gouv/ministere/sante-services-sociaux/mission-et-mandats

Green, L.W., Ottoson, J.M., Garcia, C. et Hiatt, R.A. (2009). Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization, and integration in public health. Annual Review of Public Health, 30, 151-174.

Jetté, C., & Goyette, M. (2010). Pratiques sociales et pratiques managériales. Des convergences possibles? Nouvelles pratiques sociales, 22(2), 25-34.

Kamavarapu, Y.S., Ferriter, M., Morton, S., & Völlm, B. (2017). Institutional abuse – Characteristics of victims, perpetrators and organisations: A systematic review. European Psychiatry, 40, 45-54.

Lalonde, C. (2021). L'omerta est maintenue dans le système de santé québécois. Le Devoir, 26 avril. https://www.ledevoir.com/societe/sante/599513/l-omerta-est-maintenue-dans-le-systeme-de-sante-quebecois

Lampron, L.-P. (2020). La culture du silence et le devoir d'envergure. http://www.contact.ulaval.ca/article_blogue/les-chsld-et-le-devoir-denvergure/

Law, M., & MacDermid, J. (2008). Evidence-based rehabilitation. A guide to practice. Thorofare, Slack.

Lord, M-M., Ruest, M., Drolet, M-J., Pinard, C., & Viscogliosi, C. (soumis en mars 2021). Organizational abuse and neglect experienced by Quebec seniors living in long-term care centers.

OEQ. (2016). Mémoire présenté dans le cadre de la consultation publique du Commissaire à la santé et au bien-être ayant trait au panier de services publics assurés en santé et en services sociaux au Québec, OEQ.

Plourde, A., & Hurteau, P. (2021). Réduire la rémunération des médecins pour refinancer le réseau de la santé et des services sociaux. IRIS. Repéré à https://iris-recherche.qc.ca/publications/reduire-remuneration-medecins-pour-refinancer-reseau-sante-services-sociaux/

Protecteur du citoyen. (2020). Rapport d'étape du Protecteur du citoyen. La COVID-19 dans les CHSDL durant la première vague de la pandémie. Apprendre de la crise et passer à l'action pour respecter les droits et la dignité des personnes hébergées. Repéré à : https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/rapport-etape-premiere-vague-covid-19-chsld.pdf

Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, M., Haynes, B., & Richardson, S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. British Medical Journal, 312(7023), 71-72.

Sereno, M-N. (2001). Logique bureaucratique et logique professionnelle. Direction, 87, 38-39.

Société Radio-Canada. (2020). Y a-t-il une loi du silence dans le système de santé du Québec? https://ici.radio-canada.ca/ohdio/premiere/emissions/region-zero-8/segments/entrevue/168901/josee-mcgrath-omerte-systeme-sante

Viscogliosi, C., Drolet, M-J., Lord, M.-M., Pinard, C., & Ruest, M. (soumis en juin 2021). Les enjeux éthiques reliés à la maltraitance organisationnelle d'aînés dans le cadre des services de soutien à domicile : des ergothérapeutes prennent la parole.

Viscogliosi, C., Drolet, M-J., Pinard, C., Lord, M-M., & Ruest, M. (2021). Enjeux éthiques vécus par des aînés ayant des troubles cognitifs : perception d'ergothérapeutes du Québec, Webinaire pour la Fédération québécoise des sociétés Alzheimer, 1er septembre.

Wagner, C., & Fournier, G.S. (2016). Un nouveau chapitre pour le devoir de loyauté. https://ordrecrha.org/ressources/TBD/Archives/Vigie-RT/un-nouveau-chapitre-pour-le-devoir-de-loyaute

Wilkinson, R. & Pickett, K. (2013). L'égalité, c'est mieux. Pourquoi les écarts de richesses ruinent nos sociétés. Montréal : Écosociété.