

Les pratiques alternatives et complémentaires en Centre d'hébergement de soins de longue durée et le travail social

Grégory Ardiet, T.S., Ph.D. (c.), Chaire de recherche sur le vieillissement et la diversité citoyenne, Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ :

Depuis plusieurs dizaines d'années, les pratiques alternatives et complémentaires connaissent un grand engouement parmi le public et sont de plus en plus utilisées dans le réseau de la santé, notamment en Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Dans cet article, nous nous intéressons aux fondements de ces pratiques, définies en fonction du modèle biomédical, et nous explorons les spécificités du paradigme relationnel et holistique caractérisant ces pratiques. Nous constatons alors que ce paradigme rejoint les valeurs du travail social, et que ces alternatives sont déjà familières aux travailleuses sociales en CHSLD. Ensuite, après avoir abordé le phénomène de la médecine intégrative, nous prenons quelques exemples de ces approches utilisées en CHSLD, comme la musicothérapie, capables de toucher des personnes vulnérables ayant une démence, de façon sensorielle et au-delà du verbal.

93

MOTS-CLÉS :

Pratiques alternatives et complémentaires, travail social, démence, paradigme relationnel et holistique, centre de soins de longue durée

INTRODUCTION

Dans le cadre de notre doctorat en travail social¹, nous nous intéressons aux savoir-faire des praticiens en pratiques alternatives et complémentaires (PAC), auprès des personnes âgées ayant une démence et hébergées en centre hospitalier de longue durée (CHSLD). Francine Saillant définit ce type de pratique comme un :

« [...] ensemble de pratiques et promotion de la santé, préventives ou thérapeutiques, adaptées par des professionnels et des non-professionnels œuvrant à l'intérieur ou à l'extérieur des institutions de santé, et dont l'action tend à rejoindre au niveau de l'approche, les caractéristiques et principes holistiques seuls ou associés. » (Saillant, Rousseau et Lavergne, 1987 : 23)

¹ Notre projet de doctorat, intitulé « *Créer du lien avec les personnes âgées ayant une démence (PAD). Une analyse de savoir-faire de praticiens et praticiennes aux pratiques alternatives et complémentaires (PAC)* », est mené à l'École de travail social de l'UQAM, sous la direction de la professeure titulaire Michèle Charpentier, Chaire de recherche sur le vieillissement et la diversité citoyenne.

Parmi ces pratiques, on compte le docteur Clown, la musicothérapie, le Chindai, l'art thérapie, l'hortithérapie, etc. D'ailleurs, ces pratiques sont déjà familières aux travailleuses sociales en CHSLD dans le cadre de leur travail en interdisciplinarité. Le présent article propose d'aborder de façon générale les fondements de ces pratiques alternatives et complémentaires, appelées PAC. De fait, elles sont de plus en plus proposées aux travailleuses sociales, comme le témoignent les fréquentes formations en méditation de pleine conscience.

Dans la foulée de l'antipsychiatrie, du féminisme ou du courant postmoderniste qui critiquent le modèle médical, les PAC ont connu un grand développement depuis plusieurs décennies (Van de Sande, Beauvolsk et Larose-Hébert, 2018 : 124). Malgré une utilisation en pleine croissance, elles constituent un sujet qui a tendance à susciter et à nourrir de nombreuses controverses. En effet, certains chercheurs ou universitaires s'insurgent d'emblée contre ce qu'ils qualifient de pure fumisterie, alors que d'autres cherchent à développer la recherche et à inclure ces connaissances dans ce qu'ils nomment une médecine intégrative, concept qui sera défini plus loin dans cette discussion.

Face à l'ampleur du phénomène PAC, des institutions gouvernementales ou universitaires comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le National Health Products Directorate (NHPD) et le IN-CAM² (Complementary and Alternative Medicine), au Canada, ainsi que le National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH), aux États-Unis, branche de la National Institute of Health (NCCIH, 2016 : 2), tentent d'éclairer le sujet, de mieux organiser et d'approfondir les connaissances et de légiférer. D'autre part, plusieurs auteurs comme le physicien-anthropologue Micozzi (2015), l'anthropologue Corin (2000), le spécialiste en communication Rhéaume et son collaborateur le psychosociologue Sévigny (1987), ainsi que la professeure Saillant (1987), développent une perspective critique du système biomédical, confronté à l'expansion des PAC.

94

Dans le présent article, après avoir fait état de l'essor actuel des PAC, nous présenterons les diverses définitions et caractéristiques des PAC et l'émergence de la médecine intégrative. Ensuite, nous explorerons les spécificités du paradigme dit relationnel et holistique, propres aux PAC. Afin d'illustrer notre propos, quelques exemples de PAC utilisées en CHSLD auprès de personnes ayant une démence seront présentés. Enfin, nous discuterons du rôle de chef d'orchestre des PAC que pourrait jouer la travailleuse sociale œuvrant en CHSLD au sein des équipes interdisciplinaires.

L'engouement pour les pratiques alternatives et complémentaires

Le marché des produits ou des PAC représente un marché très lucratif, estimé en 2008 à 83 milliards de dollars US, avec un taux de croissance exponentiel (Organisation mondiale de la santé, 2011 : 3). Dans les pays occidentaux, divers facteurs ont provoqué un attrait grandissant pour les PAC : effets secondaires des traitements de la biomédecine, manque de temps des soignants et absence de remèdes aux maux quotidiens (Centre d'analyse stratégique, 2012 : 1). On est porté à croire que la médecine conventionnelle occupe et a toujours occupé une place prédominante, alors qu'elle est seulement présente depuis une centaine d'années en Occident. Dans les pays en voie de développement, on estime qu'entre 70 et 95 % des citoyens ont toujours eu recours à la médecine dite traditionnelle pour satisfaire leurs besoins de soins primaires³ (Organisation mondiale de la santé, 2011 : 2). Par ailleurs, un document complet de l'OMS fait état du statut légal des médecines

2 Organisme universitaire spécialisé à Toronto, le Canadian Interdisciplinary Network for CAM (In-CAM) a été créé par des médecins afin d'établir une CAM durable, hautement connectée et bien formée et favoriser la recherche et la collaboration entre les membres (IN-CAM, 2016).

3 Premiers niveaux de soins, soins essentiels (Centre d'analyse stratégique, 2012 : 4)

complémentaires et traditionnelles dans chaque pays du monde (Organisation mondiale de la santé, 2001). Les PAC existent bel et bien à travers le globe, mais souvent en rapport à une médecine dominante, la biomédecine.

La médecine de référence : allopathique ou biomédecine

La médecine conventionnelle (ou allopathique) est basée sur un consensus de la communauté professionnelle et sur la validation scientifique. Elle représente le système de santé des pays de l'OCDE (Centre d'analyse stratégique, 2012 : 2). Actuellement, seule cette médecine (biomédecine ou allopathique) est considérée comme scientifique et constitue le modèle dominant. Le terme « Médecine » avec un M majuscule désigne les pratiques médicales en général, qu'elles soient reconnues ou non, qui ont pour but de protéger ou d'améliorer la santé des individus et de diminuer les symptômes d'une maladie (Micozzi, 2015 : 42). Micozzi (2015) énumère divers termes inexacts et imprécis couramment utilisés pour nommer le type de Médecine dominante présent dans nos hôpitaux et services sociaux : scientifique, traditionnel, conventionnel, moderne. Cependant, les termes précis servant à définir cette Médecine hautement technologique et spécialisée sont médecine allopathique ou biomédecine. Le médecin constitue le pilier de ce modèle, auquel s'ajoutent les soins infirmiers, la psychothérapie, la dentisterie et la physiothérapie.

Ce modèle a pris son essor depuis une centaine d'années pour devenir le type de médecine dominant sur les plans socioéconomique et politique dans le monde entier (Micozzi, 2015 : 23). La biomédecine utilise la physique newtonienne et la biologie pré-évolutionnaire afin de mesurer et de résoudre des problèmes mécaniques du corps humain (Micozzi, 2015 : 3). Comme nous le verrons, les diverses définitions des concepts d'« alternatif » et de « complémentaire » se situent par rapport à ce modèle.

Les diverses définitions des pratiques alternatives et complémentaires

Divers organismes officiels se sont penchés sur la définition des PAC : l'Académie de Médecine française, l'OMS, la Commission européenne, le National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) aux États-Unis, le ministère des Affaires sociales en France, Santé Canada. La plupart de ces organismes officiels tentent de dégager une définition du phénomène alternatif sans toutefois remettre en question la médecine allopathique. En France, l'Académie nationale de Médecine opte pour le terme « thérapie complémentaire » dans la mesure où elle évite clairement le terme de « médecine », considéré comme injustifié pour qualifier les alternatives auxquelles on ne peut « se comparer ni se substituer » (Académie Nationale de Médecine, 2013 : 1). Certaines autorités médicales identifient ces pratiques alternatives clairement à partir de la norme des médicaments. Ainsi, on retrouve le terme « prescription de thérapeutiques non médicamenteuses », qui regroupe en France les règles hygiéno-diététiques, les traitements psychologiques ou les thérapeutiques physiques (Haute Autorité de Santé, 2011 : 5) ou l'expression « interventions non pharmacologiques » au Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014 : 3). Ces deux appellations font fortement ressortir une prédominance du modèle biopharmacologique comme point de repère, les autres pratiques se définissant alors en fonction de ce modèle de référence. De son côté, l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2013) distingue les termes traditionnel et complémentaire. Le terme « médecine traditionnelle (MT) » inclut la somme des connaissances, compétences et pratiques très anciennes qui s'appuient sur des croyances de chaque culture, explicables ou non, et qui peuvent servir à la prévention, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales (Organisation mondiale de la santé, 2011 : 2; 2013 : 13), telles

que la médecine chinoise ou l'Ayurveda, médecine indienne. D'autre part, le terme « médecine complémentaire » englobe les médecines complémentaires ou alternatives qui comprennent des pratiques hors de la médecine conventionnelle et de la tradition, et qui ne sont pas officiellement intégrées au système de santé (Organisation mondiale de la santé, 2013 : 13). L'OMS réunit ces deux définitions sous l'abréviation MT/MC, pour médecine traditionnelle et complémentaire. Dans la plupart des pays anglo-saxons, on retrouve l'appellation CAM (Complementary and Alternative Medicine)⁴. Ces pratiques sont généralement utilisées en complémentarité avec les thérapies conventionnelles (NCCIH, 2016 : 9). L'organisme américain NCCIH divise ces pratiques en deux groupes : les produits naturels (herbes, vitamines, minéraux, etc.) vendus en tant que suppléments alimentaires, et les pratiques du corps et de l'esprit qui réunissent une large gamme de praticiens formés pour offrir, par exemple, du yoga, de la chiropraxie, de l'ostéopathie, de la méditation, du massage thérapeutique ou de l'acupuncture, entre autres (NCCIH, 2016 : 9). Pour sa part, Santé Canada évoque en anglais le *Complementary and Alternative Health Care* (CAHC). L'organisme canadien remplace donc aussi le mot médecine par l'expression *Health Care*, soit soins de santé, qui élargit l'appellation aux diverses formes de prendre soin de la personne. De plus, dans sa définition, l'organisme ajoute la notion de demande non satisfaite :

« un diagnostic, un traitement ou une prévention qui complète la médecine conventionnelle en contribuant à un ensemble commun, qui répond à une demande non satisfaite par les approches conventionnelles tout en diversifiant le cadre conceptuel de la médecine. »
(Santé Canada, 2003 : 2)

D'ailleurs, Corin abonde dans ce sens lorsqu'elle évoque la mise en place de ressources alternatives dans un contexte de carence de services existants (Corin, 2000 : 15). Devant la pléthore d'appellations existantes, nous continuerons d'utiliser le terme global PAC (Pratiques alternatives et complémentaires) dans le texte afin d'en simplifier la lecture, notamment en détaillant les diverses caractéristiques des PAC.

Les caractéristiques communes des pratiques alternatives et complémentaires

Les PAC se caractérisent par une grande hétérogénéité; on dénombre quelque 4 000 différentes pratiques ou disciplines dans cette sphère (Santé Canada, 2003 : 3). Comme nous l'avons évoqué plus haut, certaines possèdent un haut niveau de complexité et sont issues de traditions médicales ancestrales originaires d'autres cultures et pays, comme la médecine chinoise ou autochtone, alors que d'autres constituent des interventions physiques, spirituelles ou pharmacologiques, telles que la réflexologie, la relaxation ou les herbes (Santé Canada, 2003 : 1). Micozzi propose de classer les PAC en fonction d'une échelle à quatre niveaux. Le premier, la vision du monde ou *World View*, concerne le paradigme utilisé (par exemple, matérialiste et réductionniste ou bien relationnel et écologique). Le deuxième, le système, représente les manières selon lesquelles sont appliqués les paradigmes (par exemple, la biomédecine ou la médecine asiatique). Ensuite, le troisième, la modalité, renvoie aux manières dont on prend soin de la personne (par exemple, la médecine asiatique offre les herbes et le massage alors que la biomédecine offre la pharmacie et la chirurgie). Enfin, le quatrième et dernier, les techniques, porte sur les manières dont la PAC va appliquer les modalités (par exemple, la pharmacie va utiliser les injections, les transfusions, etc.) (Micozzi, 2015 : 45).

4 Le NCCIH aux États-Unis utilise cette même appellation CAM en maintenant le terme « médecine ». Il la définit de façon générale comme « les approches complémentaires à la santé constituées par les produits, les pratiques et les systèmes de santé et médicaux qui ne sont pas considérés comme appartenant à la médecine conventionnelle ou allopathique ». (NCCIH, 2016 : 9)

En complément, Santé Canada propose d'évaluer les PAC selon les caractéristiques suivantes : le potentiel de l'action thérapeutique, la nature de la preuve, le degré de réglementation et le niveau d'acceptation au niveau culturel (Santé Canada, 2003 : 4). Parfois, certaines thérapies ont plus de points communs avec la médecine conventionnelle (comme le massage) qu'avec les autres PAC (Santé Canada, 2003 : 4), même si la plupart des PAC se situent dans un autre paradigme de la santé et de la guérison, en dehors des normes des pays développés (Santé Canada, 2003 : 3). D'autre part, Santé Canada présente diverses caractéristiques communes entre les PAC : elles croient en la capacité du corps à se guérir soi-même; elles sont holistiques, c'est-à-dire qu'elles traitent la personne dans sa globalité; elles sous-tendent une implication active du patient et, finalement, elles mettent l'accent sur la prévention de la maladie et sur le bien-être (Santé Canada, 2003 : 4). En plus de l'accent mis sur le bien-être, l'implication du patient et l'holisme, Micozzi (2015) ajoute d'autres caractéristiques communes : la reconnaissance du rôle joué par les mécanismes bioénergétiques, l'usage de la nutrition et des produits naturels et, enfin, l'accent sur l'individualité (une approche ou une réponse adaptée à chaque individu) (Micozzi, 2015 : 5-7). En outre, les PAC n'ont généralement pas tendance à s'occuper des patients qui présentent des diagnostics de maladie, mais sont davantage utilisées pour traiter des douleurs fonctionnelles tels que les maux de tête, la douleur, les problèmes gastro-intestinaux qui ne présentent pas de diagnostics pathologiques (Micozzi, 2015 : 13). Elles se concentrent alors davantage sur ces problèmes fonctionnels, précurseurs de la maladie, même si elles sont largement utilisées pour des maladies pour lesquelles la médecine allopathique rencontre certaines limites auprès des utilisateurs de PAC. Finalement, ces pratiques relationnelles s'avèrent plus enclines à prendre en compte le toucher, le corps et la dimension spirituelle de la personne. Elles tendent à être plus axées vers l'interaction (plutôt que l'intervention), vers l'expérientiel et le subjectif (plutôt que l'expérimental et l'objectif), vers un modèle analytique relationnel (plutôt que catégoriel) (Saillant, Rousseau et Lavergne, 1987). Enfin, les PAC sont plus souvent considérées comme un art (plutôt que comme une science), ce qui amène régulièrement la médecine conventionnelle à remettre en question leur pertinence et leur efficacité.

La formation et la rigueur : la médecine conventionnelle s'interroge

À la fin du 19^e siècle, la biomédecine a longtemps considéré les pratiques médicales dites traditionnelles comme un mythe, de la magie et de la superstition, même si ces pratiques représentent en fait des systèmes de savoir organisés et des manières utiles de comprendre et d'interagir avec l'environnement (Micozzi, 2015 : 15). Ainsi, une perception négative subsiste, et le terme complémentaire a été attribué à ses débuts en Europe aux pratiques qui étaient utilisées en complément ou en ajout à la biomédecine, tout en étant considérées comme inférieures à celle-ci. Certains détracteurs vilipendent les pratiques alternatives en les dénigrant et en les dévalorisant (Brissonnet, 2006). Certains critiquent de façon virulente, comme l'anesthésiste américain Atwood, la mise en place aux États-Unis du NCCIH, dénonçant certains conflits d'intérêts et le manque de rigueur scientifique (Atwood, 2003).

En réponse à cette inquiétude, les gouvernements ont à cœur de réglementer cette industrie hétérogène en plein essor. Les enjeux et les défis qui se présentent varient d'un pays à l'autre. La médecine occupe une situation de monopole médical aux États-Unis (Micozzi, 2015 : 23), par exemple, et en France, en Belgique, en Espagne et en Italie, où toute personne pourrait s'exposer à des poursuites si elle établit un diagnostic ou un traitement sans être médecin (Centre d'analyse stratégique, 2012 : 7). Par exemple, certains médecins français qui utiliseraient des PAC auprès de leurs patients risquent d'encourir des sanctions pour l'utilisation de méthodes « pas suffisamment éprouvées » (Centre d'analyse stratégique, 2012 : 7). Au sein de l'Hexagone, elles suscitent une grande préoccupation visant à assurer la protection du consommateur et la prévention contre les sectes (Centre d'analyse

stratégique, 2012: 4-6). Des pays dits tolérants comme les pays d'Europe du nord, à l'inverse des pays monopolistiques, autorisent à chacun le droit d'effectuer de la prévention et de soigner, à la condition qu'il ne prétende pas être médecin (Centre d'analyse stratégique, 2012 : 8). Au Canada, les PAC sont réglementées au niveau provincial (Santé Canada, 2003 : 7). Le rapport canadien de l'union des consommateurs (2006) s'inquiète du manque de réglementation en général, et plus particulièrement du manque de formation adéquate des praticiens, ainsi que de l'absence de qualification et de délivrance d'autorisation d'exercer (Union des consommateurs, 2006 : 5-13). En dépit de ces inquiétudes, un mouvement d'intégration des PAC avec la médecine conventionnelle connaît un intérêt certain.

L'émergence de la médecine intégrative

La médecine dite intégrative commence à être de plus en plus populaire, notamment au Québec avec le médecin et radio-oncologue Christian Boukaram (Boukaram, 2012). Le NCCICH définit la médecine intégrative comme une :

« forme de pratique qui met fortement l'emphase sur la dimension holistique lors des soins des patients en tentant de réduire le recours à la technologie. Les médecins intègrent généralement certaines pratiques établies données par des praticiens complémentaires. » (NCCIH, 2016 : 2)

Selon Santé Canada, la médecine intégrative ne fait pas seulement utiliser les PAC conjointement avec la médecine conventionnelle. Elle est basée sur le fait que le client a la capacité de faire un choix éclairé sur les options de soins qui s'offrent à lui. Ainsi, il devrait y avoir une communication efficace entre toutes les parties, y compris le patient, le praticien en soins conventionnels, le praticien en soins complémentaires et le gouvernement (Santé Canada, 2003 : 5). Cette communication serait d'autant plus importante que les patients sont réticents à aborder le sujet des soins complémentaires avec les praticiens en soins conventionnels. Micozzi met toutefois en garde contre le risque pour les praticiens en PAC d'être traités comme inférieurs, et d'être moins bien payés au sein d'une équipe en médecine intégrative (Micozzi, 2015 : 27). D'un autre côté, les PAC tendent à remettre en cause le modèle dominant biomédical, en l'amenant à envisager d'autres aspects de la réalité.

Vers un autre paradigme : la remise en cause du modèle biomédical

Micozzi nous invite à repenser le paradigme dominant dans la mesure où la biomédecine n'est pas toujours en mesure d'expliquer scientifiquement les observations présentées par la médecine alternative (Micozzi, 2015 : 5). En effet, la médecine biologique issue du paradigme positiviste est une méthodologie de recherche construite autour d'études expérimentales randomisées, ayant pour objectif de fournir des preuves scientifiques en étudiant aussi peu de variables que possible. Les visées réductionnistes de cette vision matérialiste séparent donc la spiritualité de la médecine, à l'encontre de ce qui a été fait depuis des siècles (Micozzi, 2015 : 46). Pour leur part, les chercheurs holistes souhaitent aborder la situation dans toute sa complexité et travailler à partir d'une vision globale. La société euro-américaine en particulier a établi la science et ses expérimentations en laboratoire comme étant la seule méthode pour découvrir et pour valider des connaissances. Ainsi, il devient difficile pour les adeptes de la biomédecine de reconnaître les capacités d'observations cliniques et l'expérience empirique comme des guides explicatifs valides (Micozzi, 2015 : 60). En effet, la science biomédicale s'est érigée au statut de dogme, laissant peu de place aux dimensions sociale, psychologique et comportementale de la maladie (Micozzi, 2015 : 60). Micozzi met en exergue les limites des données probantes mises en avant par le modèle biomédical. En effet, le

paradigme positiviste critiqué pour son réductionnisme entraîne la perte d'une grande quantité d'information au sujet de la santé du patient et de ses interactions avec le praticien. Une grande importance est accordée aux questions quantitatives, au détriment des questions portant sur la recherche de sens et sur les explications que l'on peut retrouver dans les recherches qualitatives.

Pour sa part, le paradigme de la médecine holistique⁵ et écologique favorise une vision globale, le processus et la dimension relationnelle. Micozzi propose de se concentrer sur : « What works is not complementary or alternative medicine. What works is good medicine » (Micozzi, 2015 : 5). Par ailleurs, comme le fait remarquer judicieusement Legenne, l'efficacité n'est pas forcément l'essentiel, dans la mesure où elle ne représente pas la priorité de la demande du patient (Legenne, 2016 : 26), qui est souvent lui-même déjà sensibilisé à la notion d'énergie dans le corps, évoquée dans le yoga par exemple.

Les pratiques alternatives et complémentaires incluent en effet fréquemment les concepts de physique quantique et d'énergie du corps. Nous avons évoqué plus haut que la biomédecine utilise essentiellement les modèles newtoniens et la biologie pré-évolutionnaire. Toutefois, la physique fondamentale reconnaît aussi des aspects de la réalité au-delà de la mécanique newtonienne, tels que les champs unifiés (Micozzi, 2015 : 3). Dans ce sens, la physique quantique ou la biologie-écologie contemporaine, que la biomédecine n'incorpore pas, permettrait de mieux comprendre les alternatives, par l'étude de la circulation des énergies du corps dans le but de maintenir la santé ou de guérir l'être humain (Micozzi, 2015 : 3). Or, ce concept d'énergie est difficile à traduire dans le langage clinique médical, puisqu'il faut reconnaître qu'il existe une réalité au-delà du paradigme médical actuel (Micozzi, 2015 : 17). Basarab Nicolescu, dans son manifeste (1996), explique comment la physique quantique remet en cause le « dogme philosophique contemporain de l'existence d'un seul niveau de réalité » (Nicolescu, 1996 : 13). Le but du présent texte n'est pas de définir cette notion, mais de semer dans notre esprit la possibilité que d'autres pratiques puissent coexister, et qu'elles aient la possibilité de changer notre manière d'envisager le monde. À présent, poursuivons avec quelques exemples de PAC qui sont déjà utilisées dans les CHSLD auprès de personnes ayant une démence.

Des exemples de PAC dans le milieu des CHSLD auprès des personnes en démence

Les PAC utilisées en CHSLD auprès de personnes âgées en grande perte d'autonomie offrent la possibilité de toucher les diverses dimensions de la personne qui sont moins rejointes par les pratiques conventionnelles. Au Québec, la plupart des personnes en démence, particulièrement aux stades intermédiaire ou avancé de la maladie, se retrouvent hébergées en centres d'hébergement (ou CHSLD). On assiste ainsi à un alourdissement et à une complexification de l'état de santé de ces résidents et résidentes en CHSLD (Fédération de la santé du Québec, 2016 : 2) qui requièrent plus de trois heures de soins par jour (Assemblée nationale du Québec, 2013 : 7). En effet, les résidents admis présentent une perte d'autonomie physique, cognitive et psychosociale plus lourde, ce qui nécessite une augmentation des soins et des services (Dostie, 2014 : 4). Un exemple de quelques chiffres éloquentes du CSSS de la Vieille Capitale de 2013-2014 illustre la nature des besoins, la diversité des profils et la vulnérabilité de cette population hébergée en CHSLD : 58 % des résidents souffrent d'une démence, et 14 % d'un problème de santé mentale; 51 % sont âgés de 85 ans et plus,

5 Micozzi (2015) distingue le vitalisme de l'holisme. Le vitalisme prend en compte l'existence d'une énergie dans les organismes qui n'est pas matérielle et n'est pas un concept écologique historique, mais il postule des explications non naturalistes sur la vie. Par contre, l'holisme est un concept écologique qui postule que la totalité des phénomènes biologiques d'un organisme vivant dans un système écologique ne peut être réduite, observée ou mesurée à un niveau en dessous du système ou de l'organisme entier (Micozzi, 2015 : 14-15).

41,5 % de 65 à 84 ans et 7,5 % ont moins de 65 ans (Dostie, 2014 : 4). De plus, on constate plusieurs comorbidités à un stade souvent avancée de leur vie (Association canadienne des travailleuses et des travailleurs sociaux, 2017 : 2).

Dans un tel contexte, prendre soin au quotidien de ces personnes âgées atteintes de démence représente un véritable défi, à la fois pour les familles et pour le personnel. En effet, la communication devient alors difficile. L'établissement d'un lien requiert des habiletés particulières, surtout lorsque les personnes atteintes développent ce que l'on nomme des troubles de comportement ou semblent complètement refermées sur elles-mêmes, dans leur monde. De plus, ces résidents exigent une sensibilité communicationnelle en phase avec cette dernière étape de leur vie et particulièrement lorsqu'ils sont susceptibles d'avoir besoin de soins palliatifs.

Certaines PAC sont donc adaptées et utilisées en CHSLD auprès des personnes âgées ayant une démence. En 2004, les orientations ministérielles québécoises favorisent une approche globale et non pharmacologique, et ne préconisent l'utilisation des mesures de contrôle (telles que les contentions, l'isolement et les substances chimiques) que dans des cas exceptionnels (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004). Plus concrètement, en 2014, un rapport du ministère de la Santé suggère l'utilisation d'approches spécifiques, non pharmacologiques, avant le recours aux mesures pharmacologiques ou aux contentions physiques dans le but de diminuer douleur, anxiété, ennui, privation sensorielle, privation de détente, solitude, sommeil, dépression ou désorientation, entre autres (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014). Diverses PAC sont alors spécifiquement recommandées : horticulture, musicothérapie, aromathérapie, artisanat, zoothérapie, etc (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014). Les bienfaits attendus de ces PAC sont de l'ordre de la détente, de la stimulation sensorielle, d'un meilleur sommeil, de la réduction des comportements moteurs répétitifs et des cris, de la création d'interactions sociales et d'une forme de mieux-être (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014). Dans cette optique, une récente annonce du ministre Barrette en novembre 2017 vise à réduire notamment la prescription d'antipsychotiques en CHSLD au profit d'interventions non pharmacologiques telles que la musicothérapie ou la récréothérapie (Saint-Arnaud, 2017).

La plupart de ces PAC offertes en CHSLD sont principalement introduites par l'entremise des services des loisirs, qui constituent au Québec leur porte d'entrée privilégiée. Elles ne sont donc pas inscrites ni reconnues comme faisant partie intégrante des soins et des services sociaux et de santé. Il s'avère donc difficile de trouver une liste officielle des PAC utilisées spécifiquement auprès des personnes ayant une démence hébergées en CHSLD. En réponse à cette problématique, la Fédération québécoise du loisir en institution a été consultée afin de dégager les pratiques les plus susceptibles de rejoindre les personnes aux stades intermédiaire et avancé de la démence dans les centres d'hébergement québécois. Voici la liste des pratiques recensées : La belle visite⁶ (anciennement Docteur Clown), le papillon blanc⁷, la musicothérapie, Music and Memory⁸, la zoothérapie, le toucher thérapeutique, le Chindaï (Ardiet, 2011), le massage thérapeutique, les poupées, les bébés, Snoezelen (la chambre), Snoezelen (le chariot), l'aromathérapie, l'art thérapie, l'hortithérapie (Jonveaux, Batt, Fescharek et al., 2013), le robot Ludwig⁹, le Robot Paro et les activités intergénérationnelles (Van der Linden et Juillerat Van der Linden, 2015 : 164-169).

6 www.jovia.ca

7 www.lepapillonblanc.org

8 www.musicandmemory.org

9 <http://ici.radio-canada.ca/regions/ontario/2016/07/26/016-alzheimer-ludwig-robot.shtml>

De façon plus concrète, prenons l'exemple de la musicothérapie, bien connue du grand public et fréquemment utilisée dans les CHSLD afin de rejoindre les personnes souffrant de pertes cognitives et de démence. Micheline L'espérance, musicothérapeute à l'Institut de gériatrie de Montréal, témoigne en 2009 des bienfaits de cette approche, qui permet de « raviver les émotions et souvenirs reliés à la musique tout en travaillant la mémoire et ce, dans une atmosphère facilitant les interactions entre les différents membres du groupe » (L'espérance, 2009 : 12). La pratique favorise alors l'implication et l'investissement des résidents dans un processus pertinent et significatif, tout en tenant compte des intérêts et des capacités de chacun. En outre, grâce à un suivi régulier, un espace est créé afin d'y exprimer ses idées, ses peines, ses émotions, ses deuils, etc. (L'espérance, 2009). Ainsi, porteuse d'un langage universel, la musique donne l'occasion d'assurer une cohésion des interactions et des échanges dans un milieu multiculturel. Selon la spécialiste, cette pratique ajoute une approche non verbale complémentaire à l'équipe traditionnelle de soins interdisciplinaires s'intégrant adéquatement à la philosophie de personnalisation des soins (L'espérance, 2009 : 12). Abordons maintenant les divers rôles possibles des travailleuses sociales dans le cadre de leur pratique en CHSLD en interdisciplinarité.

L'ouverture en CHSLD et le rôle des pratiques alternatives et complémentaires en lien avec le travail social

Quels sont les divers rôles possibles de la travailleuse sociale en CHSLD en lien avec les PAC? Lors des réunions interdisciplinaires régulières, la travailleuse sociale établit un plan d'intervention en collaboration avec les autres professionnels du milieu, y compris la responsable des loisirs (Assemblée nationale du Québec, 2016 : 6). Au cours de ces échanges, la travailleuse sociale peut recommander une ou des PAC adaptée(s) à la situation et à la personnalité de chaque résident(e) et agir tel un chef d'orchestre. Dans ce sens, l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux encourage une amélioration des soins en faisant la promotion d'approches holistiques (Association canadienne des travailleuses et des travailleurs sociaux, 2017), et invite les travailleuses sociales œuvrant dans les établissements de longue durée à jouer un rôle clé en appuyant et en élaborant des programmes novateurs (Association canadienne des travailleuses et des travailleurs sociaux, 2017). De cette façon, ces travailleuses sociales, déjà habituées à travailler dans une vision systémique, pourraient davantage participer à l'acceptation et à la diffusion des PAC. Cela permettrait de mettre en avant des pratiques plus atypiques afin de briser l'isolement et le risque de stigmatisation des personnes âgées ayant une démence. En outre, le travail social utilise principalement et surtout le verbal (la narration) pour entrer en contact avec ses interlocuteurs. Or, des populations comme les personnes en démence, par exemple, se voient défavorisées, voire exclues de ces modes d'interaction, et sont plus réceptives au langage non verbal, comme l'a illustré plus haut l'exemple de la musicothérapie. L'ouverture vers la connaissance et les savoir-faire de pratiques moins connues et davantage axées sur le non-verbal et le corps permettrait d'enrichir la pratique générale des travailleuses sociales, dans un état d'esprit innovateur.

La travailleuse sociale aurait alors avantage à bien connaître les spécificités de chacune de ces PAC lors de l'évaluation, de l'orientation et du suivi de la personne hébergée. De manière plus précise et détaillée, les PAC pourraient être prises en considération dans le cadre des fonctions cliniques de la travailleuse sociale (élaboration d'un plan d'intervention unidisciplinaire et interdisciplinaire), du suivi ou du traitement psychosocial (mise en place du plan d'intervention, difficultés d'adaptation, comportement, état affectif, liens de la personne avec ses proches ou les autres), des fonctions de consultation (sensibilisation aux aspects psychosociaux et participation au plan de service et de soins), ainsi que lors des fonctions de recherche (projet sur les personnes en perte d'autonomie)

(Allaire, Blackburn, Huot et al., 1998 : 8; Dostie, 2014 : 7). Par ailleurs, nous pouvons établir un lien avec la notion de compétence telle qu'énoncée dans le référentiel des travailleuses sociales, et l'appliquer aux PAC en milieu d'hébergement. Dans ce cas, la compétence est définie comme le fait de « savoir combiner des ressources et les mobiliser dans un contexte de pratique, savoir réfléchir sur son action, et savoir s'engager en prenant des risques » (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2012). Ainsi, en s'engageant à mobiliser d'autres manières de faire afin d'entrer en lien avec les résidents par l'art, le mouvement, un personnage ou la danse, par exemple, la travailleuse sociale serait à même d'insuffler une bouffée d'air dans un milieu de vie somme toute assez clos.

Toutefois, malgré la noblesse de ces recommandations, il existe des limites à leur mise en place. Les tâches administratives et d'évaluation tendent à prendre de plus en plus de place dans le quotidien de la travailleuse sociale. De plus, le ratio entre le nombre de travailleurs sociaux et de résidents en CHSLD a diminué, et les besoins grandissants des résidents admis alourdissent la tâche de chaque professionnel et représentent un défi de taille (Assemblée nationale du Québec, 2016 : 3). Cette situation rend plus difficile l'organisation de services adaptés aux besoins des résidents ainsi que l'ajout éventuel d'une nouvelle tâche pour la travailleuse sociale en lien avec les PAC. Le rapport de l'Assemblée nationale du Québec souligne toutefois l'importance de « rendre des comptes et de standardiser les meilleures pratiques », même si elles auraient pour conséquence d'alourdir encore la charge administrative (Assemblée nationale du Québec, 2016 : 6). On constate également que les soins de santé, occupant souvent une place prépondérante dans le quotidien, empêcheraient la mise en place du milieu de vie (Assemblée nationale du Québec, 2016 : 3). En plus, de manière générale, un faible ratio personnel en CHSLD en lien avec l'intensité des besoins des résidents ne contribue pas toujours à l'instauration d'un milieu de vie enrichissant et stimulant (Assemblée nationale du Québec, 2016 : 4). Enfin, un récent article dans *Le Devoir*, « Les travailleurs sociaux sont aussi au bout du rouleau » (Rousseau, 2018), illustre le cri du cœur du personnel et la précarité des conditions de travail dans lesquelles évoluent les travailleuses sociales à l'intérieur du réseau de la santé, y compris les CHSLD, avec l'implantation de la nouvelle gestion publique.

Au-delà de ces limites, le travail social aurait, de façon globale, tout de même un rôle à jouer afin de favoriser l'adoption et la promotion de ces nouvelles pratiques alternatives et complémentaires, comme le laisse entendre Micozzi (2015). En effet, le travail social s'exerce au-delà des frontières de la médecine, au même titre que les PAC (par exemple, l'hortithérapie, l'art thérapie, etc.). Souvent situé dans une perspective écologique et systémique, le travail social est intrinsèquement holistique, tout en reconnaissant la complexité des interactions entre les humains. Il occupe donc une place idéale pour faire le pont entre la médecine, les PAC et les divers niveaux d'intervention à effectuer dans la communauté, dans un objectif de maintenir la santé (Micozzi, 2015 : 37-39). D'ailleurs, un nombre croissant de travailleuses sociales intègrent déjà les PAC dans leurs pratiques ou leurs recherches. Nous pensons notamment à la méditation de pleine conscience (Devault, 2014), au Chindai (Ardiet, 2011), à l'étude du lien entre l'art thérapie et l'*empowerment* (Pelletier, 2013) ou au karaté (vu comme un art martial et une discipline orientale agissant sur le corps et le mental) auprès des jeunes (Bernard et Raizenne, 2010). Ces travailleuses sociales pourraient ainsi agir comme référence pour les praticiens en PAC, offrir des services en PAC, établir des programmes dans la communauté intégrant les PAC, et plaider en faveur de la mise à disposition ou la mise en place de tels programmes dans la communauté (Micozzi, 2015 : 37-39).

CONCLUSION

Cet article a fourni l'occasion de mieux préciser les fondements conceptuels des PAC et de comprendre comment elles se sont construites par rapport au modèle biomédical ou allopathique. En prenant ensuite l'exemple de PAC en milieu d'hébergement auprès de personnes ayant une démence plus ou moins avancée, nous avons pu souligner l'importance du rôle de chef d'orchestre de la travailleuse sociale dans la promotion, l'évaluation et la recommandation de pratiques atypiques favorisant le lien avec des personnes très fragiles. Malgré les limites énumérées sur l'implantation d'un tel rôle, les liens plus étroits que pourrait entretenir la travailleuse sociale avec les PAC demeurent inspirants. Ainsi, dans un environnement où, de plus en plus, les nouvelles gestions publiques bousculent et remettent en cause les principes des travailleuses sociales au Québec (de Gaulejac, 2010; Parazelli, 2010), un rapprochement avec les PAC constitue un des moyens pour maintenir le contact avec les fondements du travail social, c'est-à-dire une profession relationnelle où l'être humain est compris dans sa globalité. En outre, une plus grande sensibilisation aux PAC permettrait de toucher des populations plus vulnérables et à risque de discrimination, moins à même de répondre aux modes de communication purement verbaux. Un chantier de recherche doit se développer pour répondre à ces questions.

ABSTRACT:

For dozens of years, alternative and complementary practices have enjoyed widespread popularity and are increasingly used in the health network, notably in long-term care facilities (CHSLD). In this article, we look into the foundations of these practices, defined in terms of the biomedical model, and explore the specific nature of the relational and holistic paradigm that characterize these practices. We then note that this paradigm is consistent with social work values and that social workers in CHSLD environments are already familiar with these alternatives. Finally, after addressing the phenomenon of integrative medicine, we will look at a few examples of the approaches (ex.: music therapy), which are used in CHSLD establishments and make it possible to reach vulnerable individuals with dementia in a sensory manner beyond the verbal.

103

KEYWORDS:

Alternative and complementary practices social work, dementia, relational and holistic paradigm, long-term care centre

RÉFÉRENCES

- Académie nationale de médecine (2013). *Thérapies complémentaires – acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi. Leur place parmi les ressources de soins*, France, Rapport du 5 mars 2013 au nom d'un groupe de travail de la commission XV.
- Allaire, A., Blackburn, M., Huot, M. et S. Savard (1998). *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en milieu d'hébergement et de réadaptation*, Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.
- Ardiet, G. (2011). *Démarche réflexive autour d'une intervention « Chindai » auprès d'un groupe de personnes ayant une démence avancée*, Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal.
- Assemblée nationale du Québec (2013). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, Mandat d'initiative.
- Assemblée nationale du Québec (2016). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*.

- Association canadienne des travailleuses et des travailleurs sociaux (2017). *Le travail social dans les établissements de soins de longue durée*, Association canadienne des travailleurs sociaux, <https://casw-acts.ca/fr/le-travail-social-dans-les-%C3%A9tablissements-de-soins-de-longue-dur%C3%A9e>. Consulté le 27 février 2018.
- Atwood, K. C. (2003). « The Ongoing Problem with the National Center for Complementary and Alternative Medicine – CSI », *Skeptical Inquirer*, vol. 27, n° 5.
- Bernard, O. et E. Raizenne (2010). « Travail social et arts martiaux. Entretien avec Jacques Hébert », *Aspects sociologiques*, vol. 17, n° 1, 191-211.
- Boukaram, C. (2012). *Le pouvoir anticancer des émotions*, Montréal : Éditions de l'Homme.
- Brissonnet, J. (2006). « Les pseudo-médecines, pourquoi pareil succès? », SPS, <http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article701>. Consulté le 27 février 2018.
- Centre d'analyse stratégique (2012). « Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles? », Note d'analyse 290, 1-12, <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/quelle-reponse-des-pouvoirs-publics-lengouement-pour-les-medecines-non-conventionnelles-note.html>. Consulté le 27 février 2018.
- Corin, E. (2000). « Le paysage de l'alternatif dans le champ des thérapies », dans Y. Lecomte et J. Gagné (sous la dir.), *Les ressources alternatives de traitement*, Montréal : Édition conjointe du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et de la revue *Santé mentale au Québec* dans le cadre de son XXV^e anniversaire.
- de Gaulejac, V. (2010). « La NGP : Nouvelle gestion paradoxante », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 22, n° 2, 83-98.
- Devault, A. (2014). « L'application de la pleine conscience à la pratique et à la formation en travail social », *Intervention*, n° 140, 51-60.
- Dostie, C. (2014). *Le service social en hébergement au CSSS de la Vieille Capitale – Offre de services*, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille Capitale.
- Fédération de la santé du Québec (2016). *Avis de la fédération de la santé du Québec (FSQ - CSQ) transmis au ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre du forum sur les meilleures pratiques en CHSLD*.
- Haute Autorité de la Santé (2011). *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*, Haute Autorité de la Santé, France. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees. Consulté le 27 février 2018.
- IN-CAM (2016). *About IN-CAM | IN-CAM*. <http://www.iscmr.org/node/3445/>. Consulté le 27 février 2018.
- Jonveaux, T. R., Batt, M., Fescharek, R., Benetos, A., Trognon, A., Bah Chuzeville, S., Pop, A., Jacob, C., Yzoard, M., Demarche, L., Soulon, L., Malerba, G. et B. Bouvel (2013). « Healing Gardens and Cognitive Behavioral Units in the Management of Alzheimer's Disease Patients : The Nancy Experience », *Journal of Alzheimer's Disease*, vol. 34, n° 1, 325-338.
- Legenne, M. (2016). « Pourquoi recourir aux thérapies non conventionnelles? », *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, n° 125, 5-8.
- L'espérance, M. (2009). « Installer des services de musicothérapie. Un plus pour la qualité de vie! », *L'indice. La revue des gestionnaires*, vol. 10, n° 3, 12.
- Micozzi, M. S. (2015). *Fundamentals of complementary and alternative medicine (Fifth edition)*, St. Louis, Missouri : Saunders/Elsevier.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : orientations ministérielles*, Québec : Santé et Services sociaux Québec, Direction des communications.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2014). *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2429232>. Consulté le 27 février 2018.
- NCCIH (2016). *2016 Strategic Plan – Exploring the Science of Complementary and Integrative Health*, U.S. Department of Health and Human Services, https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/NCCIH_2016_Strategic_Plan.pdf. Consulté le 27 février 2018.
- Niculescu, B. (1996). *La transdisciplinarité : manifeste*, Monaco : Éditions du Rocher.
- Organisation mondiale de la santé (2011). *The World Medicines Situation 2011 – Traditional Medicines : Global Situation, Issues and Challenges*, <http://digicollection.org/hss/fr/m/abstract/Js18063en/>. Consulté le 27 février 2018.

- Organisation mondiale de la santé (2013). *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023*, Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2012). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*.
- Parazelli, M. (2010). « L'autorité du « marché » de la santé et des services sociaux », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 22, n° 2, 1-13.
- Pelletier, L. (2013). *Art thérapie et l'empowerment. Enjeux et perspectives*, Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal.
- Rhéaume, J. et R. Sevigny (1987). « Les Enjeux Sociaux De La Pratique Dite « Alternative », *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 6, n° 2, 133147.
- Rousseau, M. L. (2018). « Les travailleurs sociaux sont aussi au bout du rouleau », *Le Devoir*, 13 février, <http://www.ledevoir.com/societe/520047/sante-travailleurs-sociaux-au-bout-du-rouleau>. Consulté le 27 février 2018.
- Saillant, F., Rousseau, N. et M. Lavergn (1987). « Notes pour une définition des pratiques alternatives et des thérapies douces au Québec », *Santé mentale au Québec*, vol. 12, n° 1, 20-28.
- Saint-Arnaud, P. (2017). « Québec veut réduire de moitié l'usage d'antipsychotiques dans les CHSLD », *La Presse*, 27 février, <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201711/30/01-5145457-quebec-veut-reduire-de-moitie-lusage-dantipsychotiques-dans-les-chsld.php>. Consulté le 27 février 2018.
- Santé Canada (2003). *Complementary and Alternative Health Care : The Other Mainstream?*, <http://www.publicsafety.gc.ca/lbrr/archives/cnmcs-plcng/cn29858-no7-eng.pdf>. Consulté le 27 février 2018.
- Union des consommateurs (2006). *Les médecines douces : réglementation, surveillance et plaintes*, Rapport final du projet de recherche présenté au Bureau de la consommation d'Industrie Canada, 2005-2006.
- Van de Sande, A., Beauvolsk, M.-A. et K. Larose-Hébert (2018). *Le travail social. Théories et pratique*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Van der Linden, M. et J. Van der Linden (2015). *Penser autrement le vieillissement*, Sprimont : Pierre Mardaga Éditeur.
- World Health Organization (2001). *Legal status of traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine*, <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2943e/h2943e.pdf>. Consulté le 27 février 2018.