

L'EXPLOITATION DES PERSONNES ÂGÉES

*vers un filet de
protection resserré*

rapport de consultation
et recommandations

Octobre 2001



Commission
des droits de la personne
et des droits de la jeunesse

Québec

Document adopté à
la 460^e séance de la Commission
des droits de la personne
et des droits de la jeunesse,
tenue le 24 mai 2001,
par sa résolution COM-460-4.1.1

Normand Dauphin
Secrétaire de la Commission

COMITÉ DE CONSULTATION
M^e Jennifer Stoddart
Vice-présidente
de la Commission (1996-2000)

M^e Nicole Duplé
Membre de la Commission

Emerson Douyon
Membre de la Commission

Marc Bilocq,
Directeur
Bureau régional de Québec

RECHERCHE ET RÉDACTION
M^e Claire Bernard
Conseillère juridique
Direction de la recherche
et de la planification

Alberte Ledoyen
Sociologue
Direction de la recherche
et de la planification

COORDINATION
M^e Jennifer Stoddart
Vice-présidente
de la Commission (1996-2000)

M^e Marc-André Dowd
Adjoint à la présidence

TRAITEMENT DE TEXTE
Chantal Légaré
Direction de la recherche
et de la planification

GRAPHISME
Jean-François Lejeune
Direction des communications

IMPRIMERIE
Copie 2000

Dépôt légal – 2001
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN : 2-550-37727-3

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGNES ET ABRÉVIATIONS.....	VIII
INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE - LES ABUS	5
1. PROBLÉMATIQUE	6
1.1 La notion d'abus	6
1.2 L'exploitation en tant que forme d'abus	7
1.2.1 La vulnérabilité comme pivot de la dynamique de l'exploitation.....	8
1.2.2 La dépendance comme forme de vulnérabilité.....	9
1.3 Les dimensions qui expliquent les abus	11
1.3.1 Les explications indirectes des abus.....	11
A) L'interaction entre la personne âgée et son pourvoyeur.....	11
B) Les conditions offertes par l'environnement.....	11
C) Le contexte social.....	12
1.3.2 L'explication immédiate : la nature de l'abus.....	12
1.4 L'atteinte à un droit comme résultat de l'abus	13
2. LES FACTEURS DE RISQUE REPÉRÉS PAR LES PARTICIPANTS À LA CONSULTATION	14
2.1 L'âgisme : un facteur de risque endémique	14
2.2 La dépendance : un facteur de risque multiforme	17
2.3 Les facteurs de risque associés à un pourvoyeur inadéquat	18
2.3.1 Un proche incompetent ou épuisé.....	18
2.3.2 Un pourvoyeur d'utilités peu scrupuleux.....	20
2.3.3 Un soignant ou un aidant incompetent ou malintentionné.....	20
2.4 Les risques liés aux carences de l'organisation sociale	21
2.4.1 Des décisions politiques et administratives aveugles à leurs impacts sur les personnes âgées.....	21
A) La limitation des ressources.....	22
B) Les carences dans l'organisation de certaines ressources de soins de longue durée.....	23
C) Le placement de la clientèle âgée non autonome dans les ressources privées non appropriées.....	24
2.4.2 Des résidences privées non conventionnées inadéquates.....	25

2.5	Les facteurs de risque associés à une formation et à une information déficientes	27
2.5.1	La formation des intervenants	27
2.5.2	L'information sur les abus	28
2.5.3	Le secret professionnel comme obstacle à l'intervention en cas d'abus	28
2.6	L'isolement : un facteur de risque majeur	30
2.6.1	La détresse psychologique	30
2.6.2	La pauvreté	31
2.6.3	L'alcoolisme et la toxicomanie	32
2.6.4	Les problèmes de communication	33
	A) L'analphabétisme fonctionnel	33
	B) Les techniques de communication non adaptées aux besoins	33
	C) Les déficiences de la vue, de l'ouïe ou de la parole	33
2.7	Les facteurs de risque associés à des situations particulières	34
2.7.1	Les personnes âgées handicapées	34
2.7.2	Les personnes âgées en région rurale ou éloignée	34
	A) L'isolement géographique	34
	B) La pauvreté	37
2.7.3	Les personnes âgées en milieu autochtone et dans les communautés ethnoculturelles	37
	A) La différence culturelle comme facteur de risque	37
	B) Les risques comme séquelles des comportements colonialistes envers les Autochtones	39
	C) Les personnes âgées des communautés ethnoculturelles : les risques comme effets de la dépendance	40
3.	LES ABUS DÉNONCÉS PAR LES PARTICIPANTS À LA CONSULTATION	41
3.1	L'exploitation matérielle ou financière	42
3.1.1	L'exploitation au quotidien	42
	A) L'exploitation par des proches	43
	B) L'exploitation par des non proches	45
3.1.2	L'exploitation associée aux donations	45
3.1.3	L'exploitation associée à la détention d'un mandat	46
3.1.4	L'exploitation associée aux contrats de services	47
3.2	L'exploitation comme atteinte à la personne	48
3.2.1	Les atteintes à l'intégrité et à la sûreté	48
	A) Dans un contexte relationnel	49
	B) Dans un contexte institutionnel	51
3.2.2	Les atteintes à la dignité, à la liberté et à la vie privée	54
	A) Les humiliations verbales et l'infantilisation	54
	B) La dépersonnalisation	54
	C) Les soins intimes	55

3.3	Les abus pouvant comporter une atteinte au droit à l'égalité des personnes âgées	55
3.3.1	La discrimination dans la vie quotidienne.....	56
3.3.2	La discrimination dans l'accès à certains soins.....	56
3.4	L'exploitation systémique	57
3.5	Les abus dans des contextes particuliers	58
3.5.1	Les abus envers les personnes âgées handicapées.....	58
3.5.2	Les abus envers les personnes âgées en région rurale ou éloignée.....	59
3.5.3	Les abus en milieu autochtone et dans les communautés ethnoculturelles.....	59
	A) Les abus envers les aînés autochtones.....	60
	B) Les abus envers les aînés haïtiens.....	60
3.6	Pour conclure sur les abus	62
4.	CONCLUSION	62
DEUXIÈME PARTIE - LES MESURES DE PROTECTION ACTUELLES ET LEURS LACUNES		71
1.	LA PERSONNE ÂGÉE TITULAIRE DE DROITS ET DE LIBERTÉS	71
1.1	Les libertés et droits fondamentaux.....	71
1.2	Le droit à l'égalité.....	73
1.3	Les droits judiciaires.....	73
1.4	Les droits économiques et sociaux.....	74
1.5	Les droits de la personne âgée en droit international.....	74
2.	LA PERSONNE ÂGÉE ET SA FAMILLE	75
3.	LA PERSONNE ÂGÉE ET SON LOGEMENT	77
3.1	Les programmes d'aide à l'habitation.....	77
3.2	La personne âgée locataire.....	78
3.3	La personne âgée habitant en résidence privée pour personnes âgées.....	79
4.	LA PERSONNE ÂGÉE USAGÈRE DE SERVICES DE SANTÉ OU DE SERVICES SOCIAUX	83
4.1	La planification et l'organisation des services.....	84
4.2	La prestation des services.....	85
4.2.1	Le centre local de services communautaires.....	85
4.2.2	Les établissements d'hébergement publics et les établissements d'hébergement privés reconnus.....	89
4.2.3	Les organismes communautaires.....	91
4.3	Les droits des usagers.....	92
4.3.1	La reconnaissance des droits des usagers.....	92
4.3.2	L'exercice des droits de la personne usagère.....	95
	A) Le code d'éthique.....	95
	B) Les comités des usagers.....	96

4.3.3	Les mécanismes de surveillance et de sanction.....	96
A)	Les mécanismes de surveillance et de sanction internes.....	96
B)	Les mécanismes de surveillance et de sanction externes.....	101
5.	LA PERSONNE ÂGÉE ET L'EXERCICE DE SES DROITS CIVILS	102
5.1	De certains actes juridiques	102
5.1.1	Les contrats.....	102
5.1.2	Les donations et les testaments.....	103
5.1.3	Le mandat ou procuration.....	106
5.2	La représentation du majeur inapte à exercer ses droits	107
5.2.1	Le mandat en cas d'incapacité.....	107
5.2.2	Les régimes de protection.....	108
5.2.3	Le Curateur public.....	109
6.	LA PERSONNE ÂGÉE ET LES PROFESSIONNELS	111
6.1	Le secret professionnel	111
6.2	La surveillance et la sanction des normes professionnelles	112
7.	LA PERSONNE ÂGÉE VICTIME D'UN ACTE CRIMINEL	114
8.	LA PERSONNE ÂGÉE VICTIME D'EXPLOITATION OU DE DISCRIMINATION	115
8.1	La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse	115
8.2	Les instances judiciaires	118
8.3	La protection des personnes âgées dans d'autres juridictions canadiennes	119
9.	LA PROTECTION DES PERSONNES ÂGÉES PAR LA CONCERTATION	121
9.1	La concertation actuelle	121
9.1.1	Les règles de confidentialité.....	125
9.1.2	L'accompagnement et la prévention.....	127
A)	L'accompagnement.....	127
B)	La prévention.....	128
9.2	Un protocole d'intervention interorganismes?	129
9.2.1	Les conditions de fonctionnement à considérer.....	129
A)	La motivation des membres.....	129
B)	Le respect des réalités régionales.....	129
9.2.2	La nature obligatoire ou volontaire de la concertation.....	130
9.2.3	La volonté de la victime comme principe directeur.....	131
9.2.4	Rôles, fonctions et formes de concertation.....	132
A)	Rôles.....	132
B)	Fonctions et formes de la concertation.....	132
9.3	Conclusion	134
10.	L'INUTILITÉ D'UNE LOI DE PROTECTION	135

TROISIÈME PARTIE - LES CORRECTIFS À APPORTER	139
1. UN PLAN D'ACTION EN MATIÈRE DE VIEILLISSEMENT	140
2. UNE PRÉVENTION À QUATRE VOILETS	141
2.1 L'information	141
2.1.1 Contrer les préjugés envers le vieillissement et les personnes âgées ..	141
2.1.2 Faire comprendre aux familles la nécessité de leur présence.....	142
2.1.3 Informer les personnes âgées, leur entourage et le public.....	142
2.1.4 Informer la personne âgée des risques d'exploitation économique et des moyens de l'éviter.....	144
2.2 Des règles légales et réglementaire à modifier	145
2.2.1 Des modifications au Code civil.....	145
2.2.2 Des politiques institutionnelles à implanter.....	148
2.3 Un effort généralisé de formation	148
2.4 Une formation visant certaines clientèles particulières	152
3. DES SERVICES ACCESSIBLES ET ADAPTÉS AUX BESOINS	154
3.1 Un meilleur accès aux services	154
3.2 L'accès à certains services spécialisés	154
3.3 Des services qui tiennent compte des limitations particulières	155
4. DES SERVICES CONTINUS ET RÉPONDANT AUX BESOINS	156
4.1 Les services à domicile	156
4.2 L'hébergement privé	158
4.2.1 Des formes d'hébergement répondant aux besoins.....	158
4.2.2 Les normes encadrant les résidences privées	160
4.3 L'hébergement public	162
4.3.1 Des normes de soins et d'hébergement fondées sur les besoins et les droits des personnes	162
5. UNE INTERVENTION FONDÉE SUR LA CONCERTATION	166
6. DES RECOURS PLUS FACILES ET MIEUX ADAPTÉS AUX BESOINS	167
6.1 Les recours en matière de santé et de services sociaux	167
6.2 Les recours juridiques	169
7. ASSURER LA PROTECTION CONTRE LES REPRÉSAILLES	170
8. ENGAGEMENTS DE LA COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE	171
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	173
ANNEXE I (La protection des personnes âgées dans d'autres juridictions canadiennes).....	187
ANNEXE II (Mémoires reçus).....	189

LISTE DES SIGNES ET ABRÉVIATIONS

viii

AQDR	Association québécoise de défense des droits des retraités et des préretraités
AREQ	Association des retraitées et retraités de l'enseignement du Québec
CAVAC	Centre d'aide aux victimes d'actes criminels
CAVAC-MV	Centre d'aide aux victimes d'actes criminels – Marthe Vaillancourt
CHSCD	Centre d'hébergement et de soins de courte durée
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
COMACO	Coalition des organismes communautaires pour le maintien dans la communauté
CUM	Communauté urbaine de Montréal
DIRA	Dépister – Dénoncer – Informer – Intervenir – Référer – Réévaluer – Accueillir – Accompagner (service de l'AQDR de Québec)
FADOQ	Fédération des clubs de l'âge d'or du Québec
GPI CLSC Orléans	Groupe de prévention et d'intervention CLSC Orléans
GPI La Source	Groupe privilégié d'intervention La Source
IUGS/CLSC René-Cassin	Institut universitaire de gérontologie sociale du Québec/CLSC René-Cassin
Maison Carpe Diem	Société Alzheimer de la Mauricie – Maison Carpe Diem
MRC	Municipalité régionale de comté
NDG	Notre-Dame-de-Grâce
OIIAQ	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
OPTS	Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
SPAA	Société pour la Prévention des Abus envers les Aînés du Québec

INTRODUCTION

À l'occasion de l'Année internationale des personnes âgées, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse a lancé une vaste consultation publique sur le thème de l'exploitation des personnes âgées, initiée à la fin de l'an 2000.

La Charte reconnaît à toute personne des droits et libertés qui ont un caractère fondamental, comme le droit à la sauvegarde de la dignité, au respect de la vie privée et de l'intégrité. Les personnes âgées ont également le droit d'être traitées en pleine égalité, sans discrimination fondée sur leur âge. De façon plus spécifique, l'article 48 de la Charte leur reconnaît une protection contre toute forme d'exploitation. Par ailleurs, dans le cadre de son mandat qui est, entre autres, de favoriser par tout moyen approprié la promotion et le respect des principes énoncés dans la *Charte des droits et libertés de la personne*, la Commission est souvent confrontée aux dures réalités vécues par plusieurs personnes âgées.

En initiant la Consultation sur l'exploitation des personnes âgées, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse considérait qu'elle pouvait enrichir sa compréhension des différentes problématiques liées à la protection des aînés. En effet, face à différents questionnements dans le cadre des enquêtes qu'elle doit mener en matière d'exploitation, la Commission a choisi de partager ses préoccupations avec les différents acteurs sur le terrain et le grand public. Rappelons que la Commission avait déjà utilisé ce moyen de consultation publique pour jeter la lumière sur la violence et la discrimination faites envers les gais et lesbiennes¹, dont l'impact majeur a permis d'initier un débat social sur le sujet.

Dans le cas de l'exploitation des personnes âgées, les questions sont nombreuses, à commencer par la définition même du phénomène.

C'est pourquoi la Consultation sur l'exploitation des personnes âgées visait un double objectif : d'une part, mieux connaître les différentes manifestations du phénomène de l'exploitation des personnes âgées ainsi que les difficultés rencontrées pour y mettre fin et, d'autre part, accroître l'efficacité des moyens de prévention et des recours.

La réponse publique fut au-delà des espérances de la Commission : cent dix-sept mémoires ont été reçus de la part d'organismes et d'individus œuvrant dans les secteurs les plus divers. Des organismes nationaux majeurs, aux tables locales de concertation en passant par les regroupements d'aînés (plus d'une trentaine), la multitude des points de vue exprimés rend plus solides les constats livrés dans ce document. La Commission remercie toutes les

¹ COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE (1994), *De l'illégalité à l'égalité - Rapport de consultation publique sur la violence et la discrimination envers les gais et lesbiennes*.

personnes, organismes et associations pour la qualité exceptionnelle de leurs contributions à la Consultation. De façon à creuser davantage certains sujets, la Commission a entendu, au cours d'audiences publiques tenues à Montréal et à Québec au printemps 2000, 57 participants. Mentionnons, au passage, la forte résonance, dans les médias, de cet exercice. La Commission y voit une réelle sensibilité de la part de la population sur les conditions de vie de nos personnes âgées.

Un fait s'est rapidement imposé : les préoccupations exprimées par un grand nombre de participants à la consultation dépassaient le cadre strict de l'exploitation au sens de la *Charte des droits et libertés de la personne*. Mais les différentes situations dénoncées pouvaient être liées à des atteintes aux droits fondamentaux garantis aux personnes âgées (droit à la dignité, droit à la vie privée, droit à l'intégrité, droit à l'égalité, etc.). Dans le cadre de ce rapport, la Commission a choisi de traiter également de ces questions sous l'angle des abus faits aux personnes âgées. C'est pourquoi la première partie du document propose une distinction entre les notions d'abus et d'exploitation au sens de la Charte.

Cette première partie se veut également une synthèse des thèmes et sujets abordés par les participants à la Consultation. Il y est fait état des différents facteurs de risque d'abus ou d'exploitation qui ont été identifiés et des diverses formes d'abus dénoncées par les participants à la Consultation. La Commission espère que ce texte reflète fidèlement la teneur de l'ensemble des mémoires et des présentations faites dans le cadre de cet exercice.

Un autre constat concerne les difficultés rencontrées dans la mise en place des solutions aux situations d'exploitation dénoncées. Le système de recours apparaît complexe et mal connu des personnes âgées, de leur entourage et même des intervenants. Ceci met en cause l'information générale et la formation donnée aux intervenants. Il est apparu évident, également, que plusieurs personnes âgées se refusent à dénoncer des situations inacceptables vécues, par crainte de se retrouver dans des conditions davantage détériorées. Ces questions s'avèrent d'une troublante actualité au moment où, de toutes parts, on dénonce une aggravation des conditions d'hébergement prévalant dans les résidences, qu'elles soient privées ou publiques. L'ensemble de ces difficultés et les solutions proposées par les participants à la Consultation constituent la trame de la deuxième partie du document.

Mais la Commission a voulu produire plus qu'un simple rapport de consultation. Constatant que les personnes âgées, leurs proches et les intervenants méconnaissaient des éléments importants du cadre de protection actuel, la Commission a décidé de broser un tableau, le plus complet possible, des mécanismes de protection actuels applicables aux personnes âgées et de souligner les lacunes constatées. Dans l'esprit de la Commission, cette deuxième partie est donc appelée à devenir un document de référence disponible, notamment, aux intervenants et aux associations de défense des droits des personnes âgées.

L'analyse de ces deux premières parties amène la Commission à proposer ensuite plusieurs recommandations de nature à resserrer le filet de protection actuel. Ces recommandations, adressées à divers acteurs sociaux, sont susceptibles de contribuer au renforcement du respect des droits des personnes âgées et à aider à enrayer l'exploitation sous toutes ses formes. La Commission prend également acte de différents commentaires exprimés lors de

la Consultation concernant son travail dans le domaine de l'exploitation des personnes âgées et s'engage publiquement sur des sujets précis.

Au terme de cet exercice, malgré des témoignages quelquefois très durs sur la réalité vécue par certaines personnes âgées, il faut retenir que la vaste majorité des aînés n'est pas victime d'abus ou d'exploitation et, au contraire, trouve aujourd'hui de nouvelles possibilités d'actualisation de ses capacités. Les personnes âgées représentent, pour le Québec, un capital humain inestimable. Leur riche expérience de vie les font dépositaires d'un patrimoine qu'elles peuvent transmettre aux générations plus jeunes tout en continuant de participer à l'évolution sociale. La Commission ne voudrait pas que la lecture de ce document puisse renforcer des stéréotypes ou des préjugés concernant la « grande vulnérabilité » des personnes âgées. Tout au long du processus, la Commission a été soucieuse de reconnaître aux aînés le droit de faire leurs propres choix (avec, en corollaire, la responsabilité que nous avons de respecter ces choix) et ce parti pris se reflète dans l'analyse et les recommandations proposées. C'est pourquoi, notamment, la Commission rejette l'idée, plusieurs fois exprimée, d'une Loi de protection des aînés, semblable à celle que l'on retrouve dans le domaine de la jeunesse en difficulté. Par contre, il est nécessaire d'apporter certaines modifications pour « resserrer » le filet de protection actuel et, surtout, pour mieux le faire connaître.

Du même souffle, on aurait tort de banaliser les abus décrits dans ce document. Les situations dénoncées sont réelles et inacceptables dans une société comme la nôtre. Elles appellent toute notre attention et notre action immédiate. Dans certains cas, des ressources supplémentaires sont demandées pour améliorer les services actuellement offerts. La Commission est consciente des choix difficiles qui se présentent en matière d'allocation des ressources publiques. Cependant, il faut se rappeler que la richesse de notre société est, en grande partie, due à l'investissement social et personnel passé des personnes maintenant âgées. Arrivons-nous à traiter les plus âgés d'entre nous avec la considération dont nous voudrions jouir à leur âge? Rappelons à ce propos l'exhortation de Simone de Beauvoir : « *ce vieil homme, cette vieille femme, reconnaissons-nous en eux* ».

PREMIÈRE PARTIE LES ABUS

Cette première grande partie de notre rapport rend compte des témoignages reçus par la Commission sur les abus dont sont victimes les personnes âgées ainsi que sur les facteurs qui favorisent l'apparition de ces abus.

5

En initiant la Consultation sur l'exploitation des personnes âgées, la Commission considérait que sa compréhension de la problématique de la protection des aînés n'était pas suffisante pour lui permettre d'agir avec l'efficacité voulue dans ce domaine. Autant la complexité lui en paraissait évidente, autant elle se questionnait sur les raisons du petit nombre de dossiers d'enquête traités, malgré un nombre quand-même considérable d'interventions informelles et de collaborations ponctuelles avec d'autres intervenants sur le terrain. Il lui fallait donc mieux cerner les divers aspects de cette problématique en vue d'évaluer ses propres actions par rapport à la réalité et de faire des recommandations aux autres intervenants et acteurs concernés.

Les résultats de la Consultation auront confirmé la perception de la Commission, puisque le contenu des mémoires reçus démontre l'ampleur du problème et illustrent les difficultés que posent la détection et la solution de beaucoup de manifestations d'abus envers les aînés. Ce contenu montre également l'urgence d'élaborer et d'appliquer des mesures de prévention.

L'ensemble des cent dix-sept mémoires acheminés à la Commission lors de cette Consultation montre que l'exploitation financière n'est pas la seule forme d'abus à laquelle les personnes âgées sont soumises dans notre société. Loin de là, puisque les témoignages confirment amplement que les personnes âgées subissent de l'exploitation physique, psychologique ou morale. Ils montrent également l'existence de discrimination, ainsi que celle de nombreux mauvais traitements et de négligence.

En définitive, les mémoires reçus exposent l'ensemble des abus auxquels sont soumis certains aînés dans notre société. Ces abus se produisent dans différents milieux de vie, dans différents milieux sociaux, et sont imputables à divers types d'acteurs sociaux.

Ce premier constat d'ordre général rend évidente la nécessité de rendre compte des témoignages reçus en les examinant sous l'angle d'une problématique globale. Celle-ci facilitera la mise en relation des différentes composantes des systèmes organisationnels, juridiques, familiaux et autres, auxquels les témoignages associent les facteurs de risque et les abus eux-mêmes.

Il est clair que cette approche nous amène à élargir le champ d'analyse et à ne pas nous limiter à la seule notion d'exploitation, à laquelle nous accordons néanmoins une attention centrale.

Trois chapitres coiffent nos propos : un premier chapitre introduit la problématique dont découlent les grands paramètres qui nous serviront à exposer les facteurs de risque et les abus dénoncés par les participants à la Consultation. Les deux chapitres suivants sont consacrés à rendre compte des témoignages suscités par la Consultation sur l'exploitation des personnes âgées. Dans un premier temps, nous faisons état des facteurs de risque d'abus encourus par les personnes âgées; dans un deuxième temps, des abus eux-mêmes.

6

I. PROBLÉMATIQUE

La notion d'exploitation se rapporte spécifiquement à l'article 48 de la *Charte des droits et libertés de la personne* :

« 48. Toute personne âgée ou toute personne handicapée a droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation.

Telle personne a aussi droit à la protection et à la sécurité que doivent lui apporter sa famille ou les personnes qui en tiennent lieu. »

Toutefois, les témoignages reçus par la Commission au cours de la Consultation exposent un ensemble de situations qui relèvent autant d'une problématique générale sur les abus envers les personnes âgées que de la problématique sur l'exploitation des personnes âgées au sens de la Charte.

En conséquence, il nous faut, d'emblée, établir ce qui distingue un comportement d'exploitation au sens de la Charte d'un abus au sens général.

I.1 LA NOTION D'ABUS

Il existe plusieurs définitions de la notion d'abus. Mais, selon les experts, il n'existerait actuellement aucune « conceptualisation ni définition intrinsèque ou extrinsèque du phénomène » (Daphne Nahmiash). Le résultat en est que, ou bien les définitions ne sont pas applicables parce que trop générales, ou bien au contraire, étant trop spécifiques, elles ne peuvent être appliquées qu'à des situations d'abus particulières.

Selon certains experts, la meilleure façon d'aborder la notion est de considérer comme un abus le fait de transgresser une norme, légale ou sociale, et de spécifier le comportement abusif en le situant dans le contexte où il se produit¹.

À défaut de définition satisfaisante, cette approche descriptive, qui en fait regroupe les abus selon les grandes catégories de normes dont ils signifient la transgression, permet d'améliorer l'efficacité du processus décisionnel sur le type d'intervention requis, et facilite l'identification des moyens préventifs appropriés à chaque type de situation².

Les chercheurs proposent ainsi diverses nomenclatures qui en général se recoupent. Elles s'appuient sur le comportement de l'agresseur et se regroupent en un certain nombre de types. Par exemple, un comité interministériel de la Saskatchewan, mandaté pour consulter

La référence complète des sources auxquelles renvoient les notes se trouve dans la bibliographie présentée en annexe.

1 STONES, M. (1995).

2 MARTEL, Diane (1997).

la population sur les abus envers les adultes vulnérables, propose de considérer comme assez complète la liste d'abus suivante³.

- Les abus physiques, qui incluent toutes les formes de mauvais traitements physiques, dont les bousculades, les coups (avec ou sans blessure apparente) et la contention physique.
- Les abus sexuels, qui comprennent tout acte de nature sexuelle dirigé vers une personne vulnérable contre son consentement.
- Les abus psychologiques ou affectifs, qui comprennent l'humiliation, l'intimidation, les menaces, les abus verbaux, l'infantilisation et l'isolement (i.e. le refus aux tiers de communiquer avec la personne), bref, tout acte qui peut blesser moralement ou psychologiquement la personne vulnérable.
- Les abus chimiques, qui comprennent la surmédication, l'omission ou le refus de donner les médicaments prescrits, et la mauvaise utilisation de la contention chimique.
- La violation des droits et libertés de la personne.
- La négligence délibérée mais également non délibérée.
- L'auto négligence ou l'auto mutilation de la part de la personne âgée.
- Enfin, l'exploitation matérielle ou financière⁴.

Ce comité définit l'exploitation matérielle ou financière comme :

« The misappropriation of an adult's funds, resources or property by fraud, deception or coercion for purposes not intended by the owner, including theft, of property or personal effects, unauthorized cashing of pension cheques, selling an adult's house or furnishings without permission, attempts to change a will and abuse of powers of attorney or property guardianship. »

Notons cependant que tous les types d'abus énumérés dans la série précédente ne sont pas nécessairement couverts, ou couverts exclusivement, par la *Charte des droits et libertés de la personne*. Nous aurons amplement l'occasion d'amener des précisions à cet égard.

1.2 L'exploitation en tant que forme d'abus

Dès le début des années 80, la Commission a cherché une interprétation large de l'exploitation, de façon à ne pas la limiter aux seuls abus financiers. Cette position a été entérinée par le Tribunal des droits de la personne dans l'affaire Brzozowski :

« Le terme "exploitation" à l'article 48 doit s'entendre de toute forme d'exploitation et n'est pas limité dans le texte à une exploitation économique, c'est-à-dire à un profit d'ordre financier. L'exploitation peut donc être, et de manière non limitative, d'ordre physique, psychologique, social ou moral. »⁵

Le droit à la protection contre l'exploitation au sens de la Charte n'est accordé qu'aux personnes âgées et aux personnes handicapées. De plus, trois conditions sont nécessaires à la présence d'exploitation⁶ :

- 1) la personne (âgée) doit être vulnérable;
- 2) il doit y avoir une mise à profit de la vulnérabilité de la personne (âgée) par une

3 STEERING COMMITTEE ON THE ABUSE OF ADULTS IN VULNERABLE CIRCUMSTANCES (1997). Voir aussi le guide pratique *Vieillir sans violence* (<http://www.fep.umontreal.ca/violence/violence.html>).

4 SASKATCHEWAN STEERING COMMITTEE ON THE ABUSE OF ADULTS IN VULNERABLE CIRCUMSTANCES (1997), p. 5.

5 *Commission des droits de la personne du Québec c. Brzozowski*, [1994] R.J.Q. 1447 (T.D.P.Q.).

6 COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE (1983).

autre personne qui détient sur elle du pouvoir;

3) il doit en résulter un effet nocif sur la personne (âgée), lequel, en termes juridiques, constitue une atteinte à un droit de cette personne.

La vulnérabilité de la personne âgée apparaît donc comme le pivot de la logique de l'exploitation. Toutefois, dans la pratique, comme nous le verrons en parcourant les mémoires reçus au cours de la Consultation, cette notion demeure problématique. Une personne âgée est-elle vulnérable à partir de 65 ans? Faut-il qu'elle soit « dépendante » pour être reconnue vulnérable? Il vaut la peine d'examiner brièvement cette question avant d'aborder la description que nous ferons ensuite des abus dénoncés dans les témoignages.

8

1.2.1 La vulnérabilité comme pivot de la dynamique de l'exploitation

Selon le dictionnaire, le terme « vulnérabilité » est synonyme de fragilité (du latin « vulnerare », blesser). Une personne vulnérable est donc quelqu'un « qui peut être facilement atteint, se défend mal » (Le Petit Robert). Puisque la Charte accorde une protection spécifique aux personnes âgées (ainsi qu'aux personnes handicapées), on peut conclure que, pour le Législateur, les personnes âgées seraient plus facilement victimes d'abus que les plus jeunes. Ceci étant admis, les personnes âgées ne sont pas toutes vulnérables, pas plus qu'elles ne le sont toutes au même point. Pour qu'une personne âgée soit vulnérable au point d'avoir besoin d'une protection spécifique, il faut la présence de certains facteurs.

La Charte énonce à son article 48 que « les personnes âgées » ont le droit d'être protégées contre l'exploitation. En introduisant cette disposition dans la Charte, le Législateur implique qu'il s'agit de personnes dont la vulnérabilité est liée à l'âge. Toutefois, rien ne nous indique l'âge à partir duquel une personne serait plus vulnérable que les plus jeunes.

Par association avec l'âge habituel de la retraite, certains considèrent qu'une personne est « âgée », et par conséquent plus vulnérable, à partir de 65 ans. La Commission n'a jamais entériné cette perception des choses, puisque la réalité n'est pas tranchée de cette façon.

En effet, la grande majorité des personnes de 65 ans et plus vivent de façon active et autonome et ne sont pas nécessairement plus vulnérables dans la soixantaine qu'elles l'étaient au cours de la cinquantaine. Au plan subjectif, 77 % de la population québécoise âgée de plus de 65 ans se considère en excellente, très bonne ou bonne santé⁷. Sur le plan objectif, la grande majorité sont autonomes, ce que reflète le pourcentage de 90 % d'entre elles qui vivent dans des ménages privés⁸.

À en croire une récente revue de la littérature sur la promotion de la santé des personnes âgées, ces bonnes conditions de santé objective et subjective augurent d'un « vieillissement réussi »⁹. Cette étude évoque en effet le lien établi par des chercheurs entre une bonne santé objective et subjective et le « vieillissement réussi », défini comme « celui où l'individu est centré sur le présent plutôt que d'être orienté vers le passé ou l'avenir, où il continue de développer ses potentialités et de s'adapter de manière créatrice à son environnement et aux nouvelles situations de sa vie, où il fonctionne de manière autonome sur le plan psychologique et se montre capable d'intégrer ses aspirations et ses désirs dans des buts et des projets réalistes »¹⁰.

7 Données issues de l'Enquête sur la santé des Canadiens 1992-1993. Tableaux provenant de L'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, www.stat.gouv.qc.ca/donstat/sante/physique/indicateurs/tx3.htm.

8 Bulletin, *Données sociodémographiques en bref, Statistiques sociales*, INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (juin 1999), p. 1, cité par le CONSEIL DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, *Le rapport 1999-2000 sur la situation et les besoins des familles et des enfants*, Québec (mars 2000), p. 11.

9 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999).

10 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999), p. 22.

Mais il n'en demeure pas moins que la proportion de personnes qui développent une forme ou l'autre de perte d'autonomie augmente, surtout l'âge de 75 ans atteint. Par exemple, plus du tiers des personnes de 85 ans et plus vivent en établissement, et ont donc besoin de soins quotidiens importants sinon constants¹¹. De plus, même si certaines personnes vivent jusqu'à un âge très avancé sans développer d'incapacité ni de maladie chronique, elles sont soumises à un processus de fragilisation continu. On ne peut donc nier que l'âge, du moins à partir d'un certain seuil, entraîne une vulnérabilité de plus en plus accentuée de la personne, dont la capacité de défense est inévitablement affaiblie, non seulement physiquement, mais également aux niveaux affectif et psychique.

Toutefois, on tiendra compte ici de deux réserves importantes. Premièrement, il n'y a pas d'âge précis qui permette d'établir la frontière entre les aînés et les plus jeunes. Deuxièmement, le processus de vieillissement varie grandement d'une personne à l'autre, et il sera appelé à varier encore plus, ainsi sans doute qu'à reculer, au cours des décennies qui viennent.

Outre l'âge avancé, qui est en soi une source générale de vulnérabilité, les maladies et pertes associées au vieillissement en constituent des sources spécifiques. Celles-ci peuvent être de nature physique, cognitive ou affective. Elles peuvent affecter la personne à différents degrés et de différentes façons.

Même si la vulnérabilité s'avère découler des déficiences qui caractérisent une personne, elle acquiert son sens par rapport à deux facteurs qui interagissent : d'une part, la nature et le degré de cette vulnérabilité et, d'autre part, les conditions offertes à cette personne par son environnement. On peut aussi dire que, plus une personne est vulnérable, plus elle dépend physiquement, mentalement ou émotivement de son entourage et de son environnement.

1.2.2 La dépendance comme forme de vulnérabilité

Certaines des incapacités ou des déficiences dont sont atteints une partie des aînés rendent ceux-ci d'autant plus vulnérables qu'elles entraînent une perte de leur autonomie. Si dans ce cas, la personne ne dispose d'aucun moyen, physique ou autre, pour récupérer une part suffisante d'autonomie pour ne dépendre que d'elle-même, elle tombe sous la dépendance d'autrui.

Parfois, la dépendance résulte d'une forme ou l'autre de vulnérabilité (par exemple, si l'état de santé d'une personne âgée s'aggrave, elle peut tomber sous la dépendance de la personne qui en prend soin). Parfois encore, c'est la dépendance elle-même qui crée la vulnérabilité (par exemple, une personne âgée qui est affectivement dépendante d'une personne de son entourage devient vulnérable vis-à-vis celle-ci).

Mais contrairement à la vulnérabilité qui est intrinsèque à la personne vulnérable, la dépendance d'une personne envers une autre ne peut exister en dehors d'une relation entre les deux. Cette évidence a comme corollaire l'installation d'une relation de pouvoir entre la personne dépendante et celle dont elle dépend.

Comme la vulnérabilité au sens large, la dépendance d'une personne âgée peut être physique, psychique, mentale ou affective, mais également économique. Nombre de personnes âgées sont en effet dépendantes de leur famille ou de l'État pour subvenir à leurs besoins de base.

¹¹ Statistique Canada, Recensement de 1996. A29
[Http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/indmen/men_fam/tableau13.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/indmen/men_fam/tableau13.htm).

Les dépendances physiques et mentales découlent des problèmes de santé des personnes âgées. En plus d'être de degrés variables, elles peuvent être partielles ou temporaires comme elles peuvent être générales ou permanentes. Plus les problèmes de santé d'une personne âgée dépendante sont lourds, plus cette dépendance est difficile à assumer par la personne ou le système dont la personne âgée dépend et plus la personne âgée est vulnérable. Parmi les dépendances les plus lourdes de conséquences, figurent les dépendances cognitives ou mentales.

La dépendance peut être simplement affective. C'est le cas par exemple lorsqu'elle découle des liens entre parents et enfants ou des liens entre conjoints. Cette dépendance est plus diffuse et s'observe à un autre niveau, plus subtil, que les dépendances physiques ou mentales. Les liens affectifs créent en effet une interdépendance entre personnes et ils sont souvent utilisés par un auteur d'exploitation.

Il peut aussi s'agir d'une dépendance à un objet ou à un produit particulier, comme par exemple à un tranquillisant, dont le pourvoyeur détient alors du pouvoir sur la personne qui dépend d'elle pour avoir accès à cet objet.

La dépendance constitue donc un facteur de vulnérabilité ou accroît la vulnérabilité préexistante en créant une source de pouvoir pour la personne dont la personne âgée dépend. Toute personne ou toute institution dont une personne âgée dépend pour assurer son bien-être ou pour pallier une déficience détient un pouvoir sur cette personne âgée. Qu'il s'agisse de dépendance physique ou affective, la manipulation, les menaces, le chantage, les représailles, entre autres, sont alors autant de façons d'abuser de ce pouvoir sur la personne âgée. Ces moyens trouvent des points d'ancrage spécifiques dans le contexte de vie de la personne âgée.

La dépendance est souvent plus facile à démontrer que la simple vulnérabilité puisqu'elle implique une incapacité chez la personne âgée et le besoin pour elle de la présence ou du support d'une autre personne qui comble son besoin ou pallie son incapacité. À l'exception des dépendances affectives, les déficiences et dépendances sont la plupart du temps concrètement observables, voire mesurables.

Nous avons jusqu'ici observé que le terme exploitation, au sens de la Charte, est un terme spécifique dont l'étendue est balisée par trois conditions, soit 1) la vulnérabilité de la personne âgée; 2) la mise à profit de cette vulnérabilité par l'exploiteur; 3) une atteinte à un droit de la personne âgée. C'est dire que dans son acception reconnue par la Commission et par le Tribunal, l'exploitation au sens de la Charte déborde largement l'aspect financier du terme.

Cela ne signifie pas cependant que tous les abus envers les personnes âgées constituent de l'exploitation. Certains abus, dont beaucoup d'exemples ont été donnés par les participants à la Consultation, sortent du cadre de l'exploitation proprement dite, tout en constituant des atteintes en vertu d'autres dispositions de la Charte. Nous aborderons maintenant les dimensions qui expliquent les abus, quelle qu'en soit leur nature.

1.3 LES DIMENSIONS QUI EXPLIQUENT LES ABUS

Nous postulons que les abus sont produits par un comportement. Par ailleurs, les contextes dans lesquels se produisent ces abus se composent d'un ensemble de facteurs, dont certains en facilitent la survenance. Ces facteurs constituent les explications indirectes des abus et sont dits « facteurs de risque ».

1.3.1 Les explications indirectes des abus

De façon générale, les abus envers les personnes âgées, vulnérables ou non, sont favorisés par les représentations négatives que la société dans son ensemble entretient envers le vieillissement et les aînés. Comme de très nombreux témoignages nous sont parvenus à ce sujet, nous abordons l'examen de cette dimension dans le chapitre suivant, consacré aux facteurs de risque énoncés par les personnes lues ou entendues lors de la Consultation.

Pour l'instant, nous décrivons simplement les principaux contextes pouvant engendrer dans certaines circonstances des abus.

A) L'interaction entre la personne âgée et son pourvoyeur

La nature et le niveau des besoins particuliers d'une personne âgée sont la source du pouvoir de la personne qui comble ou prétend combler ces besoins. La qualité de vie et souvent l'intégrité physique et mentale de la personne âgée dépendent en effet de ce « pourvoyeur » ou de cette « pourvoyeuse » de soins, d'affection, de support émotif, ou de services de toutes sortes.

Une relation entre une personne âgée et une autre peut se constituer dans différents contextes qui en définissent les enjeux.

La personne pourvoyeuse peut être, soit un individu (ou une personne physique), soit une personne morale, c'est-à-dire « un groupement d'individus auxquels la loi reconnaît une personnalité juridique distincte de celle de ses membres » (Petit Larousse illustré). Par exemple, les institutions et organismes créés ou reconnus légalement sont des personnes morales.

Le pourvoyeur a lui aussi des besoins spécifiques. Ceux-ci peuvent découler, entre autres, de son état de santé physique ou mentale, de sa situation économique, de ses objectifs, de ses forces, de sa disponibilité, de son sens éthique, toutes caractéristiques dont la déficience peut nuire à la personne âgée et qui présentent des variantes individuelles. Mais les besoins de la personne pourvoyeuse découlent aussi de la lourdeur, physique et psychologique de la fonction qu'elle remplit auprès de la personne âgée dont elle prend soin. De façon générale, la qualité des liens communautaires et de l'organisation sociale, soit de l'environnement, revêt ici une importance capitale pour la prévention des abus.

B) Les conditions offertes par l'environnement

La cohérence de l'organisation d'une communauté détermine l'environnement des individus de cette communauté. De façon plus concrète, ce sont les liens entre les institutions, les entreprises, les associations, en un mot, le système institutionnel public et privé, dont découle la qualité de l'environnement. Dans un système démocratique, l'environnement peut constituer une protection pour les personnes s'il est adapté aux fonctions qui sont les siennes, tandis qu'il peut leur nuire lorsque l'une ou l'autre de ses fonctions n'est pas remplie de façon satisfaisante. S'il advenait que l'environnement soit défaillant dans l'une

ou l'autre des fonctions qu'il est appelé à remplir vis-à-vis des besoins propres aux personnes âgées, il en ressortirait des conditions détériorées, propices aux abus envers celles-ci.

Nous décrivons plus loin le modèle de soins de santé et de services sociaux dont le Québec s'est doté pour répondre aux exigences que lui impose sa nature de société de droit. La mise en œuvre de ce modèle définit le type d'environnement des citoyens lorsqu'ils requièrent des services de cette nature.

C) Le contexte social

Entre l'environnement au sens large et les besoins spécifiques que peut avoir une personne, âgée ou non, le contexte social de celle-ci devient pour elle un référent essentiel : sa famille immédiate (conjoint, enfants), ses proches, ses relations sociales, sont autant de garde-fous contre divers maux, dont l'isolement, la solitude, la détresse psychologique, et enfin les abus. Certaines personnes âgées ne peuvent disposer d'une telle sécurité physique et affective. Cette absence les rend très vulnérables. Lorsqu'elles se trouvent dans une pareille situation, et a fortiori si elles sont en perte d'autonomie, les personnes âgées encourent des risques d'abus de façon immédiate et constante.

1.3.2 L'explication immédiate : la nature de l'abus

Alors que les failles dans les contextes dont il vient d'être question constituent des facteurs de risque ou des facteurs facilitant les abus, ceux-ci sont causés directement par un comportement abusif.

Tout comportement peut être ou devenir « abusif » du moment qu'il compromet un des droits d'une personne âgée vulnérable.

Les comportements abusifs peuvent être de nature simplement communicationnelle. Ils sont alors fondés sur le mensonge, la fausse représentation ou la promesse non tenue. Mais ils peuvent être physiques, comme les coups et les blessures. Ils peuvent aussi se présenter sous forme de chantage ou de négligence d'une personne âgée dépendante. Quelques comportements, notamment dans un contexte de relation affective, peuvent être très subtils. Il peut s'agir par exemple, de la répétition systématique d'attitudes blessantes ou injurieuses. Il peut aussi s'agir d'actes de sadisme physique ou psychologique.

Un comportement particulier peut avoir des effets à plusieurs niveaux. Par exemple, un comportement violent à son égard non seulement blesse physiquement la personne âgée, mais peut avoir des répercussions sur sa santé psychologique, émotive ou mentale. À l'inverse, la violence psychologique peut avoir des répercussions physiques graves.

Au sens large, le comportement abusif peut être considéré comme un moyen qu'utilise son auteur en vue d'atteindre une satisfaction quelconque de ses propres besoins au détriment de la personne âgée.

1.4 L'ATTEINTE À UN DROIT COMME RÉSULTAT DE L'ABUS

Dans le contexte de la Charte, un comportement est abusif lorsqu'il porte atteinte à un des droits de la personne âgée. Ce sont donc les atteintes qui nous renseignent sur la présence des abus.

Les trois premiers types d'atteintes que nous retiendrons correspondent à des atteintes aux droits fondamentaux. Ce sont :

- les atteintes à la jouissance des biens de la personne âgée ou à sa liberté d'en disposer;
- les atteintes à son intégrité et à sa sûreté;
- les atteintes à sa dignité, à sa liberté, au respect de sa vie privée.

13

Ces atteintes impliquent en premier lieu la Charte, puisque c'est cette dernière qui les définit. Toutefois, d'autres recours leur sont également opposables suivant, entre autres, la nature de l'acte qui les produit ou leur degré de gravité, le contexte où elles se produisent, les personnes dont elles engagent la responsabilité, et, dans certains cas, notamment lorsque l'atteinte se produit dans un contexte familial, selon la volonté exprimée par la personne âgée.

Nous ferons également état d'une quatrième grande catégorie d'atteinte aux droits de la personne âgée, soit :

- les atteintes à son droit à l'égalité.

Cette dernière correspond à des actes discriminatoires à son égard.

En résumé, rappelons qu'il y a exploitation lorsque les trois conditions de vulnérabilité de la personne âgée, de mise à profit par l'exploiteur et d'atteinte à un droit, sont présentes.

Les deux premières conditions sont spécifiques à la notion d'exploitation. La troisième condition est commune et nécessaire à tous les abus dont il est question dans ce rapport.

En d'autres termes, la notion juridique d'exploitation peut s'étendre à toutes les atteintes si les trois conditions sont présentes. Par contraste, si seulement la troisième condition est présente, on parlera alors, soit d'atteinte à un droit fondamental pouvant ou non être discriminatoire, soit de discrimination fondée sur l'âge.

Bien que conceptuellement la frontière entre l'exploitation et les atteintes aux droits de la personne âgée soit relativement claire, dans la réalité ce n'est pas toujours le cas, comme le montrent amplement les exemples exposés dans le troisième chapitre.

Ces éléments de définition étant présentés, nous abordons dans les chapitres suivants les informations contenues dans les mémoires et qui permettent à la Commission d'améliorer sa connaissance de la situation sur deux plans :

- les facteurs de risque d'abus auxquels sont exposées les personnes âgées;
- les atteintes aux droits telles que repérées par les personnes ayant fourni ces informations.

2 LES FACTEURS DE RISQUE REPÉRÉS PAR LES PARTICIPANTS À LA CONSULTATION

Comme le rappelle Charmaine Spencer dans son mémoire, la très grande majorité des personnes âgées, incluant celles qui sont dépendantes, ne subissent jamais d'abus. En effet, la plupart des abus surviennent surtout dans des situations balisées par certains facteurs particuliers, dits facteurs de risque. Ceux-ci sont observables sur l'ensemble des cas d'abus connus et documentés.

Il existe de nombreux facteurs de risque dont le rôle varie grandement suivant les situations. Il est cependant essentiel de bien les connaître et d'en bien saisir les interactions. Leur connaissance permet de reconstituer les contextes et les enjeux des situations d'abus et par conséquent d'intervenir à bon escient. Elle permet d'établir des stratégies de prévention des abus adaptées aux situations qui en facilitent l'apparition. Enfin, elle facilite la détection des abus.

Compte tenu des objectifs de la Consultation sur l'exploitation des personnes âgées, il importait à la Commission d'améliorer les connaissances que lui fournit sa propre pratique à partir de l'expérience et de l'expertise des personnes consultées. C'est dans ce sens que le Document de consultation posait la question suivante :

- *À partir de votre expérience ou de celle de votre organisme, pouvez-vous identifier de façon plus précise des facteurs qui seraient susceptibles d'accroître les risques d'exploitation des personnes âgées?*
- *Y a-t-il des indices qui vous permettent de croire que l'isolement culturel, plus particulièrement le fait de ne pouvoir communiquer facilement avec le monde extérieur faute de connaître la langue, par exemple, constitue un facteur de risque sérieux?*

Les exemples donnés et les informations contenues dans les mémoires montrent que dans la réalité, c'est la présence simultanée de ces facteurs et des besoins de la personne âgée, qui crée par interaction des situations d'abus typiques.

Par ailleurs, les personnes âgées risquent de subir des actes abusifs en raison de la présence dans la société de tendances dont la portée est générale et qui modèlent les perceptions et orientent les actions individuelles et collectives. Ces tendances sont regroupées sous le concept « d'âgisme ». La plupart des mémoires dénoncent ce phénomène dont nous commencerons par faire état. Nous reprendrons ensuite les facteurs de risque plus spécifiques ou circonstanciels décelés par les personnes qui ont témoigné.

2.1 L'ÂGISME : UN FACTEUR DE RISQUE ENDÉMIQUE

Les témoignages concordent pour retenir comme dimension centrale de l'âgisme l'ensemble des préjugés négatifs qui circulent au sujet du vieillissement et des personnes âgées. L'idée de la « non productivité » des personnes âgées pourrait être la pierre d'assise de la perception globale négative de la vieillesse et des personnes âgées. Le Conseil des Aînés rappelle que, autonomes ou non, les personnes âgées sont soumises à un regard social construit sur des stéréotypes qui associent « la vieillesse avec la maladie, la mort, l'improductivité, la dépendance, la vulnérabilité et l'incapacité d'agir ». De nombreux mémoires soulignent le

danger que représentent ces stéréotypes, souvent inconscients. Ce sont eux qui font encourir aux aînés le risque d'être exclus socialement et de subir des abus de toutes sortes (Marie Beaulieu, Conseil des Aînés, Association québécoise de défense des droits des retraités et des préretraités de Québec (AQDR de Québec), Centre d'aide aux victimes d'actes criminels - Marthe Vaillancourt (CAVAC-MV) - Table de concertation - Association québécoise de défense des droits des retraités et des préretraités de Jonquière (AQDR de Jonquière)). Il ne s'agit pas d'un simple travers social mais au contraire d'une déviation dont les conséquences peuvent être graves, puisque, entre autres, les stéréotypes et préjugés à l'endroit des personnes âgées sont utilisés comme arguments de rationalisation de leur comportement par ceux qui briment les personnes âgées de leurs droits, et parmi lesquels on compte aussi bien les bureaucraties qui justifient leurs décisions concernant les personnes âgées, que les proches d'une personne âgée croyant avoir un droit sur les avoirs de celle-ci (Charmaine Spencer).

15

La publicité, les médias, certains « *discours non officiels émanant de nos autorités* » (AQDR de Québec), joueraient un rôle déterminant, non seulement dans la propagation des préjugés, mais encore dans la création de certains d'entre eux. Par exemple, Marietta H. Lubelsky rappelle que, à en croire les médias et les publicitaires, le corps jeune est en soi un symbole de réussite et de valeur. La technique, associée à la réussite et à la richesse, constitue un autre des grands vecteurs survalorisés par les médias, au détriment encore une fois des personnes âgées, auxquelles aucune publicité n'associe de performance technique. Outre le fait que ces messages font croire à l'incapacité des personnes âgées de « performer », ils donnent à certaines d'entre elles le sentiment d'être « dépassées ». Se sentant marginalisées, elles risquent alors de développer une image négative et stéréotypée d'elles-mêmes, image que renforce le discours culpabilisant au sujet du « coût » des personnes âgées (Conseil des Aînés). La Régie régionale de Lanaudière reproche aux médias d'entretenir

« des stéréotypes et des craintes en présentant davantage de personnes âgées sur les civières et en mentionnant qu'elles deviendront des poids économiques pour les services de santé. On oublie cependant de mentionner que les fonds de pension qu'elles ont accumulé au cours de leur vie de labeur constituent actuellement un moteur pour l'économie, une source très importante de financement pour la création d'emploi chez les jeunes ».

Au cours des dernières décennies, selon plusieurs participants à la Consultation, le sentiment de marginalité et de culpabilité aurait présidé au développement chez les personnes âgées de « *la peur de déranger* » (AQDR de Québec), et d'un rapport aux autres fondé sur leurs responsabilités et leurs devoirs plutôt que sur leurs droits. Dans la même veine, Daphne Nahmias nous apprend que lors d'une enquête menée par elle et son équipe,

« plusieurs mères âgées ne toléraient pas le comportement violent de leur ex-conjoint, mais continuaient à tolérer les mauvais traitements de la part de leur fils abusif parce qu'elles se sentaient toujours responsables et coupables du comportement de celui-ci ».

Cette interprétation, commune à beaucoup de personnes âgées (en particulier), mettrait celles-ci, surtout si elles sont isolées et peu instruites, dans une position de faiblesse vis-à-

vis d'un manipulateur éventuel, certains ne cherchant que des occasions d'exploiter à leur profit la « naïveté » de certaines d'entre elles (Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Lanaudière, (RRSSS de Lanaudière)).

D'autres participants rappellent que, faisant contraste avec l'image misérabiliste précédente, les médias ont mis sur pied une opération de

« valorisation " marketing " éhontée de style Liberté 55 qui fait en sorte que le vieillissement est perçu par la grande majorité de la population comme la porte du paradis. Du constat précédent, nous nous retrouvons avec des personnes âgées en perte d'autonomie physique ou cognitive qui dérangent les biens pensants et qui ne font pas « glamour ». Ce ne sont pas les portes du paradis mais plutôt les portes de l'oubli. Ces personnes âgées sont délaissées et doivent compter sur d'autres pour les défendre. » (Centre d'hébergement et de soins de longue durée Horace-Boivin (CHSLD Horace-Boivin))

16

L'AQDR de Québec, forte de l'expérience de son Service Dépister - Dénoncer - Informer - Intervenir - Référer - Réévaluer - Accueillir - Accompagner (DIRA), mentionne comme facteur de risque « *d'autant plus dangereux qu'il n'est pas perçu comme tel* », l'image de l'abondance dont jouiraient les personnes âgées. Ce préjugé produit de l'exploitation financière et d'autres formes d'abus.

Ces témoignages, joints à de nombreux autres, vont tout à fait dans le sens de ce qu'avancent les experts. Même si une personne âgée est en possession de toute son autonomie physique et cognitive, elle risque quand même la manipulation, le chantage et la discrimination sociale, du fait qu'étant âgée elle est perçue et peut se percevoir elle-même comme fragile, incapable, « responsable » du comportement de son entourage et se sentir « coupable » d'être à la charge de celui-ci ou de la société. Cette perception d'elle-même peut lui venir de l'attitude d'autrui à son égard ou d'une intériorisation des préjugés âgistes. Par ailleurs, comme le fait remarquer le CHSLD Horace-Boivin dans l'extrait précédent, il y a aussi un déni de la maladie et de la mort, déni qui peut porter à l'abandon de ce qu'on n'a pas la capacité ou le courage de voir. Car voir la vieillesse chez un autre, c'est l'anticiper pour soi, ce qui semble être actuellement refusé.

L'âgisme est donc un phénomène qui chapeaute les perceptions que nous avons développé comme société envers le vieillissement et les personnes âgées, qui à nos yeux sont les seules à l'incarner alors tout le monde y est confronté. Tout semble se passer comme si voulant ignorer l'issue de la vie, nous reléguions les personnes qui nous la rappellent à l'oubli. Nous les dévalorisons en leur associant des notions négatives, comme par exemple « l'inutilité ». Le rapport coût - bénéfice devenant à nos yeux négatif, nous avons tendance à exclure les personnes âgées. À cet égard, l'Association des médecins gériatres du Québec elle-même s'interroge :

« Le risque est de glisser vers un système qui voudra restreindre certains soins en fonction de l'âge seulement, négligeant d'offrir des soins bénéfiques à une "clientèle devenue non productive". Les décideurs et gestionnaires qui prennent et prendront de telles orientations, agissent-ils indûment, ou agissent-ils sous l'effet de préjugés, de connaissances insuffisantes ou erronées? »

Consultée par le Comité, Margaret Somerville avance une définition lapidaire du phénomène nommé âgisme :

« le traitement des individus en tant que groupe (d'âge avancé), plutôt qu'en tant que personne. C'est cela l'âgisme. »

En d'autres termes, il s'agirait d'un phénomène social dont la logique interne s'apparente à celle du « racisme » ou du « sexisme ». Que l'on soit d'accord ou non avec la terminologie utilisée, il convient d'en conserver l'idée centrale : « l'âgisme » est un phénomène constitué d'un ensemble de préjugés sociaux qui mènent à l'exclusion des personnes âgées.

Pour éviter cette exclusion, Margaret Somerville considère que les institutions devraient obligatoirement se doter d'une éthique fondée sur la personne qui requiert les soins ou les services et non sur le groupe dont cette personne fait partie. Il s'agit d'ailleurs de l'éthique professionnelle en vigueur au plan clinique.

17

2.2 LA DÉPENDANCE : UN FACTEUR DE RISQUE MULTIFORME

Dans le domaine de l'intervention sociale comme dans celui des droits, les dossiers traités tendent à montrer que les abus sont associés à la dépendance de la personne âgée.

Une grande partie des répondants le postulent également : la dépendance de la personne âgée constitue un facteur de risque omniprésent dans les situations d'abus. C'est pourquoi certains conçoivent la dépendance comme un facteur inhérent à la présence d'exploitation au sens de la Charte.

Toutefois, la différence entre les personnes dépendantes qui ne subissent jamais d'abus et celles qui en subissent n'est pas significative au sens statistique (Charmaine Spencer). La même participante avance en outre qu'il y a lieu de se questionner sur le lien établi un peu rapidement entre le comportement abusif et la dépendance : correspond-il à la réalité ou ne s'agit-il que de l'effet d'un biais introduit par la provenance de beaucoup de cas d'exploitation traités par les commissions des droits? Ceux-ci sont en effet référés aux commissions par les Centres locaux de services communautaires (CLSC) au Québec et par les agences de services sociaux ailleurs au Canada. Or, les clientèles âgées de ces organismes sont souvent affectées de déficiences qui les rendent dépendantes de leur entourage.

Cette préoccupation rejoint ce que quelques mémoires avancent explicitement : comment interpréter la notion de « dépendance » et comment la traduire en pratique? (Marie Beaulieu; Institut universitaire de gérontologie sociale/CLSC René-Cassin; AQDR de Québec).

Deux positions émergent. Selon l'une, la dépendance ne peut être que physique ou cognitive; selon l'autre, elle s'étend à toutes les dimensions de la personne, sans être nécessairement de source physiologique.

Michèle Charpentier, chercheure au Centre de recherche en gériatrie de l'Hôpital D'Youville de Sherbrooke avance dans son mémoire que les dépendances physiques ou cognitives, étant plus facilement observables, apparaissent sans doute comme les plus dramatiques, mais qu'elles en cachent d'autres, tout aussi fortes et tragiques :

« la dépendance est le besoin ou le désir d'autrui, auxquels correspond une plus

ou moins grande pourvoyance, la pourvoyance étant ce qui correspond à l'attente du dépendant. » (Albert Memmi 1997, p. 11, repris par Michèle Charpentier dans son mémoire à la Commission)

Rappelant les dépendances diverses dont notre vie est tissée, et les deuils successifs qu'elles impliquent au fur et à mesure qu'elles « se rupturent » et exigent de « nouvelles pourvoyances », Michèle Charpentier enchaîne :

« Le vieillissement se caractérise ainsi par une " raréfaction des substituts ". La vieillesse apparaît comme " un ensemble de ruptures de pourvoyances cumulatives, progressives et surtout non réversibles " (Memmi, 1997 : 12). La personne âgée, surtout très âgée, se trouve confrontée à un paradoxe : c'est au moment où son autonomie physique et psychologique diminue qu'elle se voit confrontée à une diminution, voire une perte de ses pourvoyances habituelles. La dépendance des vieillards n'est donc pas seulement physique mais aussi psychologique et sociale. »

On ne saurait donc considérer la dépendance comme physiologique uniquement. Même dans les cas relativement rares où des personnes très âgées sont en parfaite santé sur le plan physique, l'effritement et la disparition graduelle de leurs réseaux primaires ne peuvent que les rendre de plus en plus « dépendantes ». En comparant ce questionnement avec la notion de vulnérabilité¹², on doit reconnaître que dans la pratique, la frontière entre les deux est souvent perméable.

2.3 LES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS À UN POURVOYEUR INADÉQUAT

Parmi les facteurs de risque signalés par les participants à la Consultation, la qualité d'une relation entre une personne âgée et une autre personne physique ou morale occupe une place significative. Nous présentons les facteurs de risque typiques énoncés par les participants à la Consultation à partir du lien spécifique entre la personne âgée et celle qui est en mesure d'abuser de son pouvoir sur elle.

2.3.1 Un proche incompetent ou épuisé

Enfant, conjoint, petite-fille ou petit-fils, sœur ou frère, nièce ou neveu, ou simple ami, tout proche qui a un ascendant sur une personne âgée, peut être en situation de pouvoir par rapport à elle. Son pouvoir croît en fonction de l'intensité des affects de la personne âgée envers elle et en fonction du niveau de responsabilité qu'elle assume par rapport à la compensation d'une déficience éventuelle chez cette personne. Les relations entre personnes âgées et proches se jouent en effet sur le plan affectif et mettent en scène des sentiments qui prêtent à de la manipulation, voire même à de la violence physique (RRSS de Lanaudière). Le moteur de ces agissements est par ailleurs souvent d'ordre financier, selon la perception de beaucoup d'intervenants.

Plusieurs situations typiques peuvent se présenter, dont les suivantes.

Des participants affirment qu'une relation perverse entre des conjoints « vieillit avec eux » (Charmaine Spencer), et qu'une mauvaise relation entre parents et enfants ne s'améliore pas nécessairement en raison de l'âge des premiers (IUGSQ/CLSC René-Cassin, Daphne

Nahmiash). Les abus que risquent d'engendrer ce type de relations s'apparentent à de la violence conjugale ou familiale, et d'autres facteurs, tels l'alcoolisme ou la toxicomanie, leur seraient souvent associés (Daphne Nahmiash, Charmaine Spencer, Femmes autochtones du Québec). Ce genre de relations entre une personne âgée et un proche entraîne donc le risque que des abus soient exercés contre la première. Certaines personnes âgées sont elles-mêmes alcooliques, ce qui les rend particulièrement vulnérables à des abus de la part de leur pourvoyeur (Charmaine Spencer).

Certains proches de la personne âgée se trouvent dans une situation financière précaire, ou encore manquent d'argent pour combler des besoins particuliers tels que la consommation de drogue ou d'alcool. Un parent âgé vulnérable devient alors une source de revenus facile pour ces personnes qui peuvent utiliser tous les moyens pour leur soutirer des biens ou de l'argent (Les petits Frères des Pauvres; RRSSS de Lanaudière).

La personne proche peut également souffrir de troubles de comportement qui la rendent incompétente ou violente envers la personne âgée (Société Alzheimer de la Mauricie - Maison Carpe Diem (Maison Carpe Diem); Coalition des organismes communautaires pour le maintien dans la communauté (COMACO)).

Enfin, une situation à risque d'abus se présente lorsqu'un proche qui assume sans aide extérieure suffisante la responsabilité d'un parent en perte d'autonomie atteint l'épuisement physique ou psychologique, car il peut alors perdre le contrôle de ses actes. Nombreux sont les informateurs qui relèvent cette situation à risque, ainsi définie par la Commissaire aux plaintes :

« L'épuisement physique et psychologique [qui] guette des aidants naturels confrontés, à la fois, à un deuil affectif rattaché à l'acceptation difficile des limitations croissantes d'un être cher et à une surcharge de travail à peine allégée par l'assistance, généralement insuffisante, qui leur est offerte. »

Les proches qui prennent une personne âgée en charge devant le plus souvent faire face à des responsabilités familiales de divers niveaux, peuvent en effet atteindre rapidement l'épuisement et ne plus être en mesure de répondre aux besoins de la personne âgée qui risque alors la négligence, voire des abus psychologiques ou physiques graves si l'aidant(e) naturel(le) perd le contrôle de ses actes ou n'est pas en mesure de donner les soins requis par l'état de santé de la personne âgée (IUGSQ/CLSC René-Cassin, Commissaire aux plaintes, Daphne Nahmiash). Cette situation est particulièrement préoccupante lorsque la personne âgée est en perte d'autonomie cognitive (Commissaire aux plaintes, Maison Carpe Diem, Curateur public, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)) :

« Bien souvent les proches, de la famille ou non, sont remplis de bonne volonté. Aider une personne en perte d'autonomie est un travail très exigeant et les aidants ne réalisent pas au début que la situation ira probablement en se détériorant. Comme les services publics ne sont pas tellement organisés pour donner du répit aux aidants naturels, ces derniers s'épuisent et peuvent alors brusquer les aînés et les exploiter. » (COMACO)

Le Regroupement des aidantes et aidants naturels de Montréal met en perspective l'impact sur les proches du « virage ambulatoire » tel qu'il s'est opéré. En plus de l'épuisement

physique et psychologique qu'il implique pour les aidants naturels, un premier impact s'est produit :

« le virage pour les proches a souvent été de transformer leur rôle d'aidant en celui de soignant. Notons que le transfert de soins infirmiers à des proches qui n'ont pas les compétences professionnelles pour les donner a entraîné aussi chez plusieurs personnes âgées un tel stress pouvant être source d'erreur, d'abus ou de négligence. D'ailleurs il semble que certains actes "médicaux" posés maintenant à domicile ne pourraient être faits en milieu hospitalier sans la supervision d'un médecin.

Rappelons, et c'est important, que 15 % des personnes aidantes sont elles-mêmes des personnes âgées. » (Regroupement des aidantes et aidants naturels de Montréal)

L'Association des CLSC et des CHSLD fait observer que :

« l'épuisement des aidants, naturels ou institutionnels, peut conduire au recours à la contention physique ou chimique. »

2.3.2 Un pourvoyeur d'utilités peu scrupuleux

Les participants à la Consultation signalent qu'une personne non proche peut également détenir du pouvoir sur une personne âgée. Il suffit de penser à la relation entre une personne âgée qui éprouve certaines difficultés motrices et un voisin qui s'offre pour l'aider ou lui donner certains soins, contre rémunération ou non. Cette personne détient alors sur la personne âgée un pouvoir certain dont elle peut abuser. Elle est en mesure, entre autres, d'exiger une rémunération exagérée pour un service rendu ou pour continuer à le rendre (Les Petits frères des Pauvres).

L'anxiété ou la crédulité d'une personne âgée peut aussi être utilisée par un vendeur itinérant en vue de lui vendre un produit, de lui extorquer de l'argent sous de fausses représentations, ou de lui voler ses biens (Yvon Boucher, CLSC Seigneurerie de Beauharnois; Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie). D'autres participants rappellent qu'un propriétaire, voulant augmenter indûment le loyer d'une personne âgée locataire par exemple, peut utiliser à son profit l'anxiété de cette personne et la peur qu'elle éprouve de perdre son logement ou de se retrouver « placée » pour parvenir à cette fin.

2.3.3 Un soignant ou un aidant incompetent ou malintentionné

Tout comme les proches, les personnes dont la fonction est de prodiguer des soins aux personnes âgées, à domicile ou dans une institution, ont sur celles-ci le pouvoir que leur confère le niveau d'aide et de soins qu'elles fournissent. La position du soignant par rapport à la personne âgée est d'autant plus déséquilibrée en termes de pouvoir, que les soins prodigués sont nécessaires à la personne soignée. Mais contrairement à un proche, le soignant, qu'il soit employé ou bénévole, est mandaté pour exercer ses fonctions auprès de la personne âgée, ce qui le place en principe sous la surveillance de l'institution qui le délègue auprès de celle-ci.

Lorsque l'institution elle-même ou la famille de la personne âgée n'exercent pas une surveillance suffisante, le pouvoir du soignant s'accroît, et ainsi les risques d'abus (Marietta

H. Lubelsky). À cet égard, le CHSLD Horace-Boivin n'est pas le seul à noter ceci, et sa remarque vaut pour tout abus en institution :

« En milieu institutionnel et dans les ressources privées d'hébergement, l'ouverture sur l'extérieur et la transparence sont les meilleurs moyens pour limiter l'exploitation. **Plus il y a de va-et-vient des familles, des bénévoles, des visiteurs, moins il y a risque d'exploitation. Les témoins de la vie de ces milieux sont les meilleurs alliés de la personne hébergée.** »

En vue de protéger les personnes âgées contre les abus personnels qui prennent place en milieu institutionnel, il est donc essentiel que les familles assument leur part de responsabilité, selon, entre autres, Marietta H. Lubelsky.

21

2.4 LES RISQUES LIÉS AUX CARENCES DE L'ORGANISATION SOCIALE

Outre le contexte social et relationnel qui entoure les personnes âgées, l'environnement social au sens large a sur leur qualité de vie un impact déterminant.

Or, des facteurs de risque importants sont associés à certaines composantes de l'environnement. L'analyse des mémoires permet de regrouper celles-ci en trois secteurs : celles liées aux institutions publiques et parapubliques, celles liées aux ordres professionnels et celles liées aux entreprises privées.

2.4.1 Des décisions politiques et administratives aveugles à leurs impacts sur les personnes âgées

Une institution qui assume la responsabilité de pallier à une incapacité chez une personne âgée a sur celle-ci un niveau de pouvoir considérable. Parmi les principales institutions concernées, on compte, entre autres, le Curateur public ainsi que celles qui composent le système de santé et de services sociaux dont le Québec s'est doté en vue d'assurer le bien-être de la population.

Le pouvoir des institutions sur les personnes âgées étant considérable, elles sont dotées de codes d'éthique et de normes établis dans l'optique de répondre le mieux possible à leur mission, d'éviter les risques d'abus et de corriger ceux qui se produisent.

L'orientation des services par rapport aux personnes âgées, réaffirmée à plusieurs reprises par les divers niveaux institutionnels, est le maintien de leur autonomie et de leur bien-être, dans leur milieu de vie habituel ou dans un lieu d'hébergement qui en tient lieu. Cette orientation exige bien évidemment un support institutionnel adéquat et accessible dans tous les milieux de vie des personnes âgées selon les besoins de celles-ci. Les services offerts doivent donc être intégrés afin de pouvoir offrir à chaque personne âgée la continuité requise par son état de santé ou sa situation psychosociale propre.

Compte tenu des responsabilités associées à ce régime, les carences qui s'y glissent peuvent avoir de graves conséquences. En particulier pour les personnes âgées, dont la Commissaire aux plaintes n'hésite pas à invoquer la « vulnérabilité particulière » dans le contexte institutionnel.

Or, l'ensemble du système de santé et des services qui lui sont intégrés sont actuellement l'objet de décisions politiques et administratives hautement porteuses de risques, dont les mémoires font abondamment état.

D'une part, dans l'objectif officiel de rationaliser les dépenses, les gouvernements ont réduit les budgets, amputé les services de santé et les services sociaux d'une partie importante de leur personnel, et ont rendu à leur milieu de vie naturel les patients dont l'état de santé était auparavant réputé requérir un séjour plus ou moins prolongé en institution. Ce « virage ambulatoire » se produit à un moment où des avancées techniques et scientifiques permettent d'espérer accroître la longévité ainsi que la qualité de vie de la population, en même temps que la population âgée et celle ayant besoin de soins croît, à un rythme qui sera bientôt accéléré.

22

Le virage ambulatoire présuppose la mise en place d'un train de mesures concrètes permettant l'organisation des soins à domicile par les CLSC. Toutefois, selon les intervenants, à l'heure actuelle, malgré le discours soi-disant rassurant dont a été accompagné le virage ambulatoire¹³, et malgré les fonds investis déjà dans le système, les mesures sont encore nettement insuffisantes pour répondre aux besoins. Ainsi le mémoire de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec déplore les difficultés éprouvées par les CLSC « pour adapter l'offre de services à la demande, c'est-à-dire augmenter, sinon maintenir l'accessibilité et l'intensité des services pour éviter l'hébergement et l'hospitalisation prématurés ».

D'autre part, les craintes des usagers et du public sont parfois soutenues par des faits troublants concernant la santé et la sécurité des personnes âgées : d'un côté, les services d'hébergement ne leur sont pas accessibles alors qu'elles répondent aux critères d'admission, et de l'autre, les alternatives qui leur sont disponibles ne répondent pas à leurs besoins faute d'un soutien adéquat (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Michèle Charpentier).

Il n'est donc pas surprenant que la majorité des mémoires reçus dénoncent les « coupures » imposées au cours des dernières années au système de santé et de services sociaux, les considérant comme des sources de risque constantes, voire des comportements abusifs de la part des gouvernements et des établissements.

La Commissaire aux plaintes dont les propos s'appuient sur des observations systématiques à travers le réseau des services de santé et de services sociaux, n'hésite pas à parler de « situations critiques » qui compromettent la qualité de vie des personnes âgées, tant à domicile que dans les lieux d'hébergement.

La très grande majorité des témoignages dénoncent :

A) La limitation des ressources

Le personnel soignant et aidant est en nombre nettement insuffisant pour répondre adéquatement et humainement aux besoins des aînés à domicile ou hébergés dans un établissement (Commissaire aux plaintes, Curateur public, Michèle Charpentier, Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, etc.). Des observateurs plus lointains de la réalité des CHSLD, telles les tables de concertation et les associations d'aide aux personnes âgées, n'ont pas manqué d'y noter la détérioration des services :

¹³ Voir aussi CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (1999).

« Concernant le manque de personnel dans les CHSLD, il en résulte parfois de la négligence comme le fait d'avoir un seul service de lever et de coucher par jour à des heures inadéquates, manque de services personnalisés, des attitudes trop familières (tutoiement, ne salue pas la personne avant de débiter un service ou un soin). » (Table de concertation contre l'abus-violence envers les aînés de Laval)

L'Association des CLSC et des CHSLD se dit préoccupée « par l'augmentation du nombre de personnes présentant des déficits cognitifs et le niveau d'implication demandé par cette clientèle dans un contexte de réduction de ressources. » En fait, selon l'Association, si le premier risque découle des préjugés, de l'ignorance et du manque de sensibilisation, le deuxième est sans contredit la réduction des ressources alors que la lourdeur de la clientèle augmente. En d'autres termes, même si la question du volume des ressources était réglée, il resterait la question de l'adéquation des ressources à la problématique.

23

B) Les carences dans l'organisation de certaines ressources de soins de longue durée

Des carences au niveau organisationnel sont notées par plusieurs participants, dont, par exemple, la Commissaire aux plaintes et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) pour ne mentionner qu'eux. À ce sujet, nous citerons le mémoire de la Table de concertation contre l'abus-violence envers les aînés de Laval, qui déplore :

« un manque de souplesse au niveau administratif. Les directions générales des établissements s'appuient sur les "contraintes" qui sont devenues des normes provinciales. Il s'agit d'un discours intériorisé par l'établissement et non centré sur les besoins de la population à desservir. ... L'administratif prend le pas constamment sur l'humain et la population trouve que notre système de santé et de services sociaux se déshumanise et dégringole. » (Table de concertation contre l'abus-violence envers les aînés de Laval)

Les coupures de personnel, jointes à une certaine désorganisation et à un manque de cohérence dans les décisions politiques, ont des répercussions sur les services rendus, lesquels ne répondraient en 1998-1999 qu'à 68,3 % des besoins de la clientèle âgée, accusant une diminution constante depuis 1991-1992, alors qu'il n'était déjà plus que de 74,4 % (OIIQ).

Le témoignage du CHSLD Horace-Boivin est très explicite à ce sujet :

« Le CHSLD Horace-Boivin est né de la fusion de trois (3) établissements en 1992. À l'époque, nous avons un budget de près de 9 M. Avec ce budget de fonctionnement nous avons à répondre aux besoins de 184 clients nécessitant plus ou moins 3,5 heures/soin par jour. Notre taux de satisfaction se situait autour de 72 %. En janvier 2000, nous avons un budget de fonctionnement de 8 M, nos heures soin se situent autour de 4,4 et nous offrons des services à près de 200 clients. Notre taux de réponse aux besoins des personnes hébergées frise dangereusement 64 %-65 %. "Faire plus avec moins", nous disons : UTOPIE. » (sic)

Comment espérer, dans ces conditions, préserver une qualité de soins qui respecte les aînés et ne pas rendre parfois inévitables certains types d'abus? L'Ordre des infirmières et des infirmiers de la Côte-Nord, se basant sur des observations directes, donne un aperçu de la situation :

« Dans un établissement de notre région, le personnel a droit à neuf minutes par résident pour le laver et l'habiller; dans un autre établissement, en avant-midi, il n'y a pas de personnel disponible pour assurer une surveillance des résidents lorsqu'ils sont installés au salon ce qui oblige à utiliser davantage de moyens de contention tant physique que chimique. »

Le temps consacré à chaque résidant pour une tâche spécifique est donc chronométré. Si un résidant demande plus de temps que le temps moyen alloué par personne, le temps consacré aux autres en sera réduit d'autant.

24 | Plusieurs participants se questionnent sur les résultats de ces politiques dans la vie quotidienne des aînés en institution. Entre autres, le Regroupement des aidant(e)s naturel(le)s de Montréal avance non sans pertinence que :

« Chronométrer le temps requis pour des tâches aussi essentielles qu'aider à faire manger, donner des bains, etc., est en soi poser un geste intolérable envers les personnes âgées. »

Le Conseil pour la protection des malades (CPM), dit pour sa part être témoin, entre autres, de :

« l'utilisation de la même cuillère pour nourrir toutes les personnes » et de personnes qui sont laissées « une heure et parfois plus sur la toilette. »

Le CHSLD St-Margaret mentionne que le débordement subi par le personnel entraîne parfois des délais supplémentaires pour les personnes exigeant le plus de soins et d'attention.

C) Le placement de la clientèle âgée non autonome dans les ressources privées non appropriées

Par ailleurs, la limitation de personnel a été précédée et s'est accompagnée d'une limitation des places d'hébergement dans les CHSLD.

Comme le signalent plusieurs témoignages, pour être en mesure d'évaluer fût-ce de façon superficielle et impressionniste les risques d'atteinte aux droits des personnes âgées que le nombre insuffisant de places d'hébergement entraîne, il faut envisager la situation, d'une part, selon l'ensemble du système, et, d'autre part, selon deux autres faits au moins. L'accroissement de la demande suite à l'augmentation de la population vieillissante et à celle de la longévité est le premier de ces faits. Le second constitue une donnée paradoxale : alors que la demande et le degré de spécialisation des services nécessaires au maintien des personnes âgées à domicile augmentent, les CLSC disposent de moins de personnel et de moyens pour y faire face (CHSLD Horace-Boivin, Michèle Charpentier, Association des CLSC et des CHSLD).

Cette conjoncture entraîne automatiquement l'orientation des clientèles qui n'ont pas accès à l'hébergement en CHSLD vers les ressources privées. Or, nous verrons au point suivant que les ressources privées ne sont pas à même de répondre aux besoins de ces personnes, ce qui entraîne des risques d'atteinte aux droits fondamentaux des personnes non autonomes qui y sont quand même hébergées (OIIQ, Michèle Charpentier, Commissaire aux plaintes, Curateur public, RRSS de Montréal-Centre).

D'autres personnes en perte lourde d'autonomie, faute de place en CHSLD, demeurent chez elles, seules ou avec leur conjoint, ou encore sont hébergées par un de leurs enfants. Plusieurs risques sont inhérents à cette dernière situation lorsqu'on considère que les services rendus par le CLSC sont loin d'être suffisants.

Pour résumer, la rareté des ressources et la désorganisation de certains secteurs spécifiques (Commissaire aux plaintes), conjointement à la diversification et à l'augmentation des besoins, créent des situations où les personnes âgées en perte d'autonomie ou dépendantes encourent des risques d'atteintes à leurs droits fondamentaux.

2.4.2 Des résidences privées non conventionnées inadéquates

Traditionnellement, les résidences privées, appelées « centres d'accueil », accueillent une clientèle autonome ou en perte légère d'autonomie.

Or, compte tenu des facteurs démographiques déjà évoqués, et de l'insuffisance de places en milieu d'hébergement public, des clientèles dont les besoins exigent des soins que seul l'hébergement public peut fournir, se retrouvent, par la force des choses, en milieu privé non conventionné.

D'ailleurs, ce secteur a pris au cours des dernières années une expansion considérable. En 1995, plus de 80 000 personnes âgées au Québec vivaient dans 2000 résidences privées ne détenant pas de permis du ministère de la Santé et des Services sociaux. En comparaison, les CHSLD en hébergeaient 37 000 (Michèle Charpentier). Une étude réalisée en Estrie estime à 64 % les personnes âgées en perte d'autonomie hébergées dans les résidences privées sans permis de la région¹⁴.

Cette situation crée de « nouveaux rapports de dépendance », lesquels surgissent suite à la volonté de l'État de « couper ses dépenses publiques de santé et diminuer son taux d'institutionnalisation malgré le nombre croissant de personnes très âgées. » (Michèle Charpentier)

La complexité de la problématique relative à ce secteur est due, entre autres, à l'hétérogénéité des ressources privées¹⁵. Mentionnons seulement que les résidences privées non dotées d'un permis du MSSS suivent au moins deux modèles typiques : le modèle familial et le modèle « entrepreneurial ». Deux modèles extrêmes, dont le contraste permet d'entrevoir la variété des modes de gestion, des clientèles ciblées, des services offerts, des coûts d'hébergement et d'adéquation entre les services dispensés et les besoins spécifiques des clientèles.

La santé et le bien-être des personnes âgées non autonomes hébergées dans certaines de ces résidences sont soumis à de nombreux risques :

« dans de nombreuses résidences du Québec, les préposés donnent des soins pour lesquels ils ne sont pas qualifiés. De façon générale, ils ne disposent pas de consignes claires et ils ne peuvent référer à une infirmière autorisée. Ils assurent seuls la surveillance et doivent évaluer seuls les situations. Pourtant, force est de constater que l'état de santé de la clientèle des résidences privées d'aujourd'hui correspond à celui qu'on observait dans les centres d'hébergement d'autrefois. En de nombreux

¹⁴ BRAVO, Gina, Michèle CHARPENTIER, Marie-France DUBOIS, Philippe DEWALS et Aline ÉMOND (1997).

¹⁵ Nous aborderons ce point plus en détail dans la deuxième partie de notre rapport.

endroits l'offre de services n'est pas ajustée à la population vieillissante. »
(Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, section Montréal)

Il faut mentionner que, même si le changement continu de clientèle que ces ressources ont été amenées à absorber au cours des dernières décennies a rendu la situation de plus en plus complexe, le changement s'est installé progressivement. De là, le déni fréquent des risques encourus, et par les personnes âgées hébergées, qui ne veulent pas quitter leur milieu, et par les propriétaires et employés des ressources, souvent de type familial, qui hébergent ces personnes (Michèle Charpentier).

26 Il n'en reste pas moins que le rôle de ces ressources n'est pas de fournir des soins médicaux à leur clientèle mais une résidence comprenant certains aménagements et services, jusqu'à concurrence d'un certain niveau. (Curateur public, Commissaire aux plaintes, Michèle Charpentier).

Si on résume, on peut dire que, d'une part, les résidences privées non enregistrées accueillent une clientèle qu'elles n'ont en principe ni le mandat ni les moyens de soigner, et que, d'autre part, elles ne sont régies par aucune norme concernant les soins qu'elles dispensent à leur clientèle.

Une partie de cette réalité est due à l'insuffisance de ressources du système de santé et de services sociaux, qui n'est pas en mesure d'accueillir les personnes âgées dont l'état de santé l'exige. Ces situations comportent de hauts risques d'abus pour les personnes âgées en perte d'autonomie physique ou cognitive.

L'extrait suivant, cité par Michèle Charpentier dans son mémoire¹⁶, illustre la nature des risques encourus par les personnes âgées en perte lourde d'autonomie hébergées par le secteur privé :

« [...] La réalité entourant ces situations peut comprendre une variété de possibilités situées entre deux extrêmes. À une extrémité, nous observons des ressources conscientes de leurs limites et qui font du mieux qu'elles peuvent pour aider adéquatement des personnes dont l'état s'est détérioré et qui refusent de quitter une ressource à laquelle elles sont attachées. À une autre extrémité, il y a les ressources où la personne devenue en grande perte d'autonomie, souvent confuse et isolée, devient facilement l'objet d'abus et de négligence. Ces personnes peuvent alors ne pas recevoir une alimentation adéquate, leur hygiène peut être négligée, elles se déplacent de moins en moins et développent des problèmes de santé plus graves : déshydratation, confusion, chute, plaie de pression, incontinence, etc. Plusieurs situations de personnes nécessitant trois heures de soins et plus par jour nous ont encore été signalées cette année. »

De nombreux participants à la Consultation ont dénoncé cette situation et demandent que les résidences privées soient réglementées, par rapport, entre autres, à l'hygiène, à l'alimentation et à la qualité des soins¹⁷.

Toutefois, l'équilibre entre les diverses facettes de la réalité des personnes âgées et des possibilités financières de certaines ressources privées peut s'avérer difficile à obtenir si

16 Il s'agit d'une citation tirée de RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1998 b), p. 145).

17 Ce point sera traité plus spécifiquement dans la deuxième partie du rapport.

des normes universelles sont imposées dans un secteur aussi peu homogène (Michèle Charpentier). Une étude sur « la qualité des soins dispensés aux personnes âgées en perte d'autonomie par les ressources d'hébergement avec et sans permis » dans la région des Cantons de l'Est¹⁸ montre que :

« la majorité des responsables sont attachés à leurs résidants et sont soucieux de leur bien-être. Par sa diversité, ses couleurs locales et régionales, la possibilité d'y vivre en couple, le réseau privé présente d'importants attraits. » (Michèle Charpentier)

Une réglementation efficace devrait donc viser à préserver les qualités indéniables de ce type de ressources et à maintenir celles d'entre elles, les plus nombreuses, qui malgré les difficultés rencontrées, offrent de bons services et un milieu de vie adéquat aux personnes qu'elles hébergent.

27

2.5 LES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS À UNE FORMATION ET À UNE INFORMATION DÉFICIENTES

La plupart, sinon la totalité des participants à la Consultation, ont souligné les lacunes dans les compétences de certaines catégories de personnel qui se retrouvent en charge des soins ou de la surveillance de personnes âgées, tant dans l'hébergement public ou privé qu'à domicile. Les personnes âgées dont des personnes mal formées prennent soin risquent de ne pas recevoir les soins ni l'attention nécessaires à leur état, ou de recevoir des soins contre-indiqués; elles risquent la négligence ainsi que les atteintes à leur intégrité et à leur dignité.

La formation professionnelle, éthique ou technique n'est pas seule en cause. En effet, très souvent, ni l'entourage des personnes âgées, ni les intervenants, ni encore moins les personnes âgées elles-mêmes, ne sont informées de ce que constitue un abus ni des différents moyens à leur disposition pour s'en prémunir ou pour y mettre fin. Or, la formation et l'information, à leur niveau propre, constituent des nécessités. En termes de prévention, elles sont essentielles (Association des Centres d'accueil privés autofinancés).

2.5.1 La formation des intervenants

C'est dans les centres d'hébergement publics que la clientèle présente le plus de déficiences chroniques et de maladies mentales. Pour prendre soin adéquatement de ces personnes, il faut des compétences particulières, voire spécifiques, que peu d'intervenants et de soignants semblent détenir selon de nombreux participants à la Consultation. Il y aurait en effet :

« manque de compétence du personnel pour répondre adéquatement aux besoins plus spécifiques des personnes présentant des troubles cognitifs sévères : maladie d'Alzheimer, démence, maladies dégénératives, malades en phase terminale, etc.). En Montérégie, ces clientèles représentent 65 % de la clientèle hébergée dans les établissements publics et privés conventionnés. » (RRSSS de la Montérégie)

La formation continue des intervenants (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, préposés, etc.) permettrait à ces personnes de percevoir les personnes âgées dont elles prennent soin « en tant qu'adultes à part entière » et les préparerait à détecter, dénoncer ou intervenir en cas d'abus, et ce dans tous les milieux de vie des personnes âgées. Qui plus est, la formation continue des intervenants, à quelque niveau que ce soit, fait de ces derniers des agents de

prévention des abus. Par le biais des services à domicile, entre autres, leur influence peut être grande (RRSS de la Montérégie).

Or, il semble qu'au cours de leur formation académique, les intervenants (médecins, infirmières, infirmières auxiliaires, travailleurs sociaux, etc.) ne bénéficient d'aucune formation spécifique en gérontologie, ni en ce qui a trait à la problématique des abus envers les personnes âgées. Pourtant, c'est dans les salles de cours et lors de stages que tous pourraient être rejoints et sensibilisés à ces questions (Marie Beaulieu; Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec; Fédération des clubs de l'âge d'or du Québec (FADOQ); Association des médecins gériatres du Québec).

28 Une fois dans la pratique, rares seraient ceux qui bénéficient d'une telle formation, sauf s'ils se spécialisent dans les interventions psychosociales auprès des personnes âgées (IUGS/CLSC René-Cassin, Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec). Par ailleurs, une formation théorique des intervenants peut ne pas être suffisante pour reconnaître les cas d'exploitation familiale :

« Many professionals in the health care and allied systems (i.e. police) have difficulty in identifying cases at risk, despite the general agreement on these risk factors. One reason for this difficulty is that for most professionals, it seems easier to identify exploitation and abuse in an institution than in the family. Professionals themselves are all members of families and have their deeply held views of the family. Most are educated to respect the integrity of the family and to uphold and support family relationships. Thus it becomes difficult to distinguish between problematic family dynamics and exploitation or abuse. » (IUGS/René-Cassin)

Les personnes âgées hébergées dans les résidences privées risquent d'autant plus la négligence et les abus que ces résidences ne sont pas soumises aux normes du ministère de la Santé et des Services sociaux, d'une part, et que, d'autre part, elles hébergent de plus en plus de personnes âgées en perte d'autonomie (Michèle Charpentier; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, section de Montréal), alors que souvent elles se trouvent dans une situation économique précaire et qu'elles ne peuvent avoir accès à du personnel compétent (CLSC des Hautes Marées). Ainsi, certaines résidences privées embauchent du personnel non compétent pour exercer des fonctions et prodiguer des soins réservés aux infirmières ou infirmiers professionnels (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, section de Montréal), faisant encourir des risques de négligence, de surmédication, et en général des risques pour leur santé, aux personnes hébergées.

Le manque de formation rejoint toutes les catégories de personnel et d'intervenants, professionnels, institutionnels ou bénévoles (Associations des centres d'accueil privés autofinancés).

Au-delà des risques dus à l'absence de formation du personnel, l'ignorance de la réalité du vieillissement semble être un phénomène assez répandu :

« Un problème majeur que nous observons, c'est le manque de conscience de la part de propriétaires et d'employés travaillant pour et avec des êtres humains qui ont atteint le stade de la vieillesse. » (AQDR Québec)

2.5.2 L'information sur les abus

La grande majorité des participants à la Consultation déplore un manque généralisé d'information pertinente sur la problématique des abus. Cette carence se ferait noter chez les intervenants et chez les personnes les plus concernées, soit les personnes âgées et leurs proches. Quant au grand public, il n'est pas du tout sensibilisé à cette question.

Un intervenant bien formé et connaissant les moyens à prendre suivant la situation d'abus à laquelle il est confronté, est capable de détecter les abus, de les prévenir et de diriger la personne âgée et ses proches vers des voies de solution satisfaisantes (Association des médecins gériatres du Québec; IUGS/CLSC René-Cassin). À l'inverse, un intervenant mal formé ou qui n'a reçu aucune formation à cet égard, risque d'être complètement inefficace, voire même de nuire à la personne qu'il serait censé aider.

Or, les participants affirment que des lacunes existent à ce niveau chez de nombreux intervenants, y compris chez les plus susceptibles de rencontrer des cas d'exploitation dans leurs interventions auprès de familles ou de personnes âgées (IUGS/CLSC René-Cassin).

Une personne âgée exploitée ou dont on abuse ne peut habituellement résoudre elle-même le problème. Cette incapacité est d'autant plus évidente que la personne est vulnérable et qu'elle ne connaît pas l'aide ou les moyens dont elle pourrait disposer :

« Les personnes âgées ne sont pas ignorantes de ce que l'on fait pour elles, par contre il faut les informer que des outils sont en place pour leur venir en aide. Une sensibilisation constante doit être appliquée par des moyens efficaces. » (AQDR Québec)

Plusieurs instances, à différents paliers, sont responsables de la diffusion d'information spécifique pouvant aider les personnes âgées à prévenir ou à solutionner certains abus. Or, comme le fait remarquer, entre autres, la RRSSS de Lanaudière :

« la lenteur et la difficulté à obtenir du système gouvernemental de l'information qui soit simple et claire et encore plus pour comprendre les montants que l'on peut percevoir de logis-rente, des rentes du Québec, des rentes viagères, etc., créent de la tension et de l'anxiété chez les personnes âgées, d'où un sentiment accru d'impuissance. »

Les proches des personnes âgées doivent être informés de ce que sont les abus, des facteurs qui les facilitent et des moyens de les éviter ou de les détecter, ainsi que des moyens d'aider une personne âgée si ils se produisent. Or, la plupart des témoignages déplorent un manque d'information des proches et du public en général.

2.5.3 Le secret professionnel comme obstacle à l'intervention en cas d'abus

Plusieurs participants nous ont fait part du risque que représente dans certains cas l'application systématique des règles concernant le secret professionnel et la confidentialité. En effet, certaines circonstances rendent nécessaire le partage de certaines informations entre organismes et intervenants pour établir une stratégie d'intervention valable (Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, l'IUGS/CLSC René-Cassin et l'Ordre des infirmières et infirmiers

du Québec). La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse elle-même ne peut parfois intervenir dans une situation d'abus faute de disposer de certains renseignements tenus confidentiels en vertu d'un code professionnel. Ce problème est présent à tous les niveaux d'intervention, tant dans le secteur public que dans le secteur privé¹⁹.

2.6 L'ISOLEMENT : UN FACTEUR DE RISQUE MAJEUR

À la lecture des témoignages reçus, il est clair que l'un des grands facteurs de risque pour les personnes âgées est l'isolement dans lequel certaines circonstances ou situations de vie les placent.

30 Les témoignages montrent qu'une personne âgée isolée se trouve dans une situation « idéale » pour les « manipulateurs relationnels », puisqu'elle leur fournit des « garanties » d'arriver à obtenir ce qu'ils veulent (RRSS de Lanaudière). D'autres intervenants font aussi observer que les personnes dont le réseau social et affectif est faible ou inexistant sont des proies particulièrement faciles pour un exploiteur éventuel. Selon eux, l'isolement de la personne âgée signifie la « victoire de l'abuseur » (CAVAC-MV, Table de concertation et AQDR de Jonquière).

Se fondant sur des études systématiques, Charmaine Spencer précise en outre que même si une personne âgée est relativement bien informée, son isolement social peut biaiser considérablement sa perception des choix qui s'offrent à elle en cas d'abus. Elle risque alors de tomber davantage sous la domination de son abuseur, dont le pouvoir de manipulation est accru.

Les Petits frères des Pauvres visitent 500 personnes à Montréal dont la moyenne d'âge est de 87 ans. Ces personnes vivent pour la moitié d'entre elles à domicile et elles sont « placées » pour l'autre moitié. La majorité est constituée de femmes très âgées. Selon les Petits Frères, leur situation d'isolement les rend particulièrement vulnérables aux abus.

Mais l'isolement ne vient jamais seul. Il est produit par certains facteurs et il en génère lui-même de nouveaux.

Parmi les facteurs liés à l'isolement, les participants à la Consultation mettent l'accent, entre autres, sur la détresse psychologique que vivent certaines personnes âgées, la pauvreté, l'alcoolisme et la toxicomanie, et les problèmes de communication.

2.6.1 La détresse psychologique

Selon les informations fournies par la Commissaire aux plaintes, l'isolement peut s'accompagner d'un état mental limite : la personne âgée n'est plus tout à fait lucide, mais elle ne bénéficie toutefois pas d'un régime de protection. Cette situation est évidemment porteuse de hauts risques.

La détresse psychologique associée à l'isolement de la personne âgée est souvent dévastatrice. En plus de se constituer sur un ensemble de facteurs de risque, elle en produit de nouveaux. En cas d'abus, la peur de parler, par honte ou par peur des représailles, l'empêche de demander de l'aide, de se confier à un soignant et a fortiori de dénoncer l'abus, surtout si celui-ci implique un proche, en particulier un enfant :

¹⁹ Ces deux questions sont abordées dans la deuxième partie du rapport.

« Les aînés éprouvent de la gêne, de la honte et de la peine à dénoncer leurs enfants. Les valeurs reliées à la famille font partie intégrante de leur existence, la famille c'est un signe de réussite sociale, d'accomplissement, de conformité aussi à des enseignements reçus et fortement intégrés tout au long de leur vie. Dénoncer, c'est rompre un fragile équilibre, c'est avouer l'échec de l'éducation donnée, c'est aussi se croire responsable et ces constats qu'on assume font mal, trop mal pour parler. » (CAVAC-MV, Table de concertation et AQDR de Jonquière)

Selon de nombreux témoignages, dont ceux de l'Institut universitaire de gérontologie sociale du Québec/CLSC René-Cassin et de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, les victimes d'abus ne veulent pas nuire à des proches épuisés et « *n'osent par conséquent révéler leur situation de peur d'être abandonnées ou placées en centre d'accueil* » (Commissaire aux plaintes). Signalons que la peur de parler par crainte de représailles peut atteindre aussi les proches lorsque les abus ont cours en milieu institutionnel. Il vaut la peine de citer au complet cet extrait du mémoire de la Commissaire aux plaintes, résumant les raisons qui, dans des contextes non pas marginaux mais habituels, entraînent les hésitations et le refus de parler, en particulier par crainte des représailles :

« Celle-ci se retrouve chez plusieurs personnes âgées, à titre de clientèle captive et plus vulnérable pour laquelle les services sociaux et de santé sont extrêmement importants en raison, notamment, des séjours plus ou moins longs qu'elles effectuent dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) leur offrant un milieu de vie substitué appelé à remplacer leur domicile, voire une vie familiale. Il en va de même de celles qui, aux prises avec une réalité d'isolement à leur domicile, y reçoivent des services en ayant ainsi peu de contacts avec l'établissement responsable de la prestation des services et en n'étant généralement pas informées de la possibilité de porter plainte.

Dans tous les cas, il est facile de comprendre que ces personnes, et parfois même leurs proches, hésitent davantage à exprimer leurs attentes ou leurs insatisfactions envers le personnel appelé à leur dispenser quotidiennement les soins et services requis par leur condition, de peur qu'ils ne soient posés avec moins de diligence et de courtoisie, voire sérieusement compromis. Ce phénomène est encore amplifié par l'éducation que les personnes âgées ont reçue et en vertu de laquelle elles sont généralement peu portées à revendiquer de meilleurs services ou à se plaindre de situations d'abus. Il a donc, plus globalement, un impact certain sur le nombre de plaintes portées et examinées à leur bénéfice et, par conséquent, sur l'amélioration de la qualité des soins et services donnés à cette clientèle et du respect de leurs droits. » (Commissaire aux plaintes)

2.6.2 La pauvreté

Au Québec, nombreuses sont les personnes âgées dont les revenus sont très bas. En 1996, plus de la moitié des personnes de 65 ans et plus étaient pauvres : 46 % des hommes et 74 % des femmes déclaraient des revenus inférieurs à 15 000 \$²⁰. Compte tenu du coût de la vie et des soins requis par son état, une personne âgée qui ne dispose que d'une pension de

vieillesse vit dans le dénuement (Charmaine Spencer). Si en même temps elle souffre d'une déficience incapacitante et ne dispose pas d'un réseau relationnel satisfaisant, son intégrité physique et mentale s'en trouvent menacées, et elle risque de tomber entre les mains d'un exploiteur (Les Petits frères des Pauvres).

De nombreux témoignages signalent le risque d'abus qu'engendre une situation de pauvreté de la personne âgée ou de son entourage. Celui de l'Association des centres d'accueil privés autofinancés (ACAPA) évoque le risque de détérioration qu'encourt la santé d'une personne âgée dans une situation de pauvreté familiale :

« La pauvreté des familles peut (également) faire apparaître des situations d'exploitation à l'égard de leur parent âgé. On préférera garder papa ou maman à la maison lorsqu'on fait face à une période de chômage sans être en mesure de lui offrir les soins et services qu'elle nécessite. » (ACAPA)

Si les services requis par l'état de santé d'une personne âgée ne lui sont pas fournis dans des délais acceptables, la pauvreté, même relative, devient un facteur de risque supplémentaire et incontournable pour cette personne qui ne dispose pas de ressources personnelles lui permettant de surmonter les lacunes actuelles du système de santé et de services sociaux (les Petits frères des Pauvres).

Les personnes âgées pauvres sont d'autant plus vulnérables que dans certains milieux, la pauvreté, présente depuis toujours, a fini par se transformer en véritable « culture », qui prédispose les individus à adopter des comportements spécifiques qui s'accompagnent souvent de craintes et d'ignorance (RRSSS Lanaudière). Selon la RRSSS de Lanaudière, « c'est vraiment la *culture de pauvreté, qui isole ces personnes du reste de la population* ».

Le même mémoire rend compte des manifestations de cette culture de pauvreté chez les personnes âgées. Peu ou pas scolarisées, vivant dans des conditions difficiles et dans l'insécurité constante :

« plus que les autres [...], elles présentent de l'instabilité émotionnelle », elles sont « crédules par ignorance », manquent de confiance en soi, « se sentent nées pour un petit pain et se conduisent comme tel »; elles « ont tendance à se replier sur elles-mêmes » [...], « ont une image défaitiste du monde et d'elles-mêmes ».

En conséquence, ces personnes « ne peuvent que très difficilement faire valoir leurs droits ou obtenir ce à quoi elles ont droit. »

2.6.3 L'alcoolisme et la toxicomanie

L'alcoolisme et la toxicomanie mettent les personnes âgées dans des situations à risque vis-à-vis de leur entourage : risques de coups, de blessures, de cruauté mentale, de négligence et enfin d'exploitation financière (Daphne Nahmiash, Charmaine Spencer, IUGS/CLSC René-Cassin). Bien que l'on fasse généralement référence à l'alcoolisme ou à la toxicomanie dont souffre l'entourage de la personne âgée, il arrive aussi que ce soit la personne âgée elle-même qui en souffre.

Bien que l'alcoolisme soit indépendant de la situation économique des personnes âgées, les milieux les plus pauvres disposent de peu de moyens pour y faire face et apporter à la

personne âgée le support nécessaire. Il est indéniable que l'alcoolisme ou la toxicomanie, auxquels il faut ajouter l'abus de tranquillisants, sont des facteurs d'isolement psychologique et social majeurs.

2.6.4 Les problèmes de communication

L'incapacité partielle ou totale d'une personne âgée de communiquer avec autrui ou avec l'extérieur si elle vit dans un milieu fermé, constitue un facteur d'isolement. Nombreuses sont les raisons qui font obstacle à la communication. Nous exposerons celles qui ressortent des témoignages reçus.

A) L'analphabétisme fonctionnel

Une proportion appréciable de personnes âgées de plus de 65 ans n'ont pas nécessairement fréquenté l'école, ou ne l'ont pas fréquentée assez longtemps pour être en mesure de lire et de comprendre des documents complexes, dont ceux de type juridique (selon les sources avancées par Charmaine Spencer, 8 personnes âgées sur 10 avaient une capacité de lecture fonctionnelle très réduite en 1994). Selon certains participants à la Consultation, ce problème de communication oblige les personnes âgées à s'en remettre à d'autres pour les aider, notamment, à lire, comprendre ou remplir les nombreux formulaires et papiers requis dans la vie courante, par exemple, en ce qui regarde les contrats de services et les formulaires gouvernementaux ayant trait à des questions financières (OII de la Côte-Nord, RRSB de Lanaudière). La personne âgée qui se trouve dans cette situation risque des abus financiers.

B) Les techniques de communication non adaptées aux besoins

Dans la même veine, bien des personnes âgées ne connaissent pas les nouvelles techniques de communication courante ou les trouvent rébarbatives dans la mesure où elles leur semblent compliquées d'accès et où elles se substituent au contact humain (Association des médecins gériatres du Québec; Les Petits frères des Pauvres; RRSB de Lanaudière).

Inutile de dire que les personnes âgées peu scolarisées et vivant dans la pauvreté se trouvent complètement démunies et déroutées devant les appareils et procédés nés des nouvelles technologies. Elles éprouvent entre autres de grandes difficultés :

« à retenir les NIP et à utiliser des codes numériques, à composer avec les répondeurs téléphoniques, les guichets automatiques des banques, à faire leur rapport d'impôt, à profiter des exemptions qui leur sont pourtant dédiées, telles Logis-Rente, à comprendre les dédales par lesquels il faut passer pour obtenir divers services ».

En fait, « de tels systèmes trop complexes leur sont totalement inadaptés. »
(RRSB de Lanaudière)

C) Les déficiences de la vue, de l'ouïe ou de la parole

Le problème s'aggrave si la personne âgée a une acuité visuelle ou auditive réduites, handicaps très fréquents au-delà d'un certain âge, ou encore si elle souffre d'aphasie. Ces déficiences favorisent l'isolement social et psychologique de la personne âgée, lui imposent de graves difficultés d'accès aux services et la rendent vulnérable aux abus (Équipe ESPACE).

L'Équipe ESPACE, qui vise l'amélioration de la qualité de vie et l'intégration sociale des personnes qui éprouvent des difficultés de communication, affirme dans son mémoire que :

« les problèmes de communication doivent être compris comme un facteur de risque qui aggrave les facteurs de vulnérabilité déjà identifiés par la Commission. »

De nombreux autres facteurs produisent l'isolement dans lequel peut se trouver une personne âgée vulnérable. Certains sont associés à des situations particulières, dont quelques mémoires nous ont fait part.

2.7 LES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS À DES SITUATIONS PARTICULIÈRES

La Commission considère comme particulière la situation de vieillissement des personnes faisant partie de communautés ou de groupes dont les caractéristiques renforcent les facteurs de risque déjà énoncés ou en impliquent de spécifiques. Le contenu des témoignages met en évidence trois situations de ce type, soit celles des personnes handicapées, des personnes âgées en région, et des personnes âgées dépendantes d'une famille au sein d'une communauté minoritaire au plan culturel.

2.7.1 Les personnes âgées handicapées

Alors que bon nombre de personnes âgées handicapées vivent depuis toujours ou depuis longtemps avec un handicap, d'autres ont développé une déficience incapacitante liée à leur vieillissement ²¹.

La situation des dernières est assimilable à celle des personnes âgées connaissant des déficiences incapacitantes. L'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) note que ces personnes, n'ayant pas appris à vivre avec leur handicap, peuvent être particulièrement vulnérables. Par exemple, lorsqu'elles sont à domicile, leur famille n'est souvent « pas en mesure de fournir le soutien requis ». Par ailleurs, nous avons déjà noté les difficultés et les problèmes que posent certains types de handicaps, tels le handicap mental ou une déficience physique qui limite ou empêche la communication (Société Alzheimer de la Mauricie - Maison Carpe Diem, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle, ESPACE).

De façon générale, selon l'OPHQ, la méconnaissance et la mauvaise compréhension des problèmes éprouvés par les personnes âgées handicapées entraîne de nombreux risques pour celles-ci, en particulier un risque de négligence.

L'OPHQ trouve particulièrement préoccupante la situation des personnes âgées souffrant d'incapacités et vivant seules. Celles-ci sont au nombre de 55 218 au Québec, représentant 32 % des personnes âgées ayant des incapacités, selon les chiffres fournis par l'Office :

« On peut penser, par exemple, aux services de maintien à domicile et au parrainage civique comme relations d'entraide particulièrement intimes qui présentent des risques évidents d'exploitation, surtout pour les personnes vivant seules. »

Par ailleurs, les personnes âgées les plus gravement handicapées vivant le plus souvent en institution, elles sont particulièrement susceptibles d'être négligées et de craindre les représailles.

D'autres témoignages évoquent le renforcement mutuel d'un handicap incapacitant et de la peur de parler, puisque plus une personne est dépendante, plus elle se sent vulnérable

²¹ Rappelons que les personnes handicapées et âgées sont doublement protégées contre l'exploitation puisque l'article 48 stipule à son premier alinéa que « Toute personne âgée ou toute personne handicapée a droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation ».

aux représailles si elle parle des abus qu'elle subit ou dont elle est témoin (Marie Beaulieu).

L'OPHQ mentionne en outre que la situation des parents vieillissants d'un enfant handicapé dont ils ont la charge est préoccupante. Non seulement encourent-ils des risques pour leur santé dus à la surcharge que leur impose le vieillissement de leur enfant, mais encore peuvent-ils eux-mêmes développer des incapacités liées à leur âge.

Enfin, en plus de ceux liés à l'âge et de ceux liés au handicap, des préjugés sur le potentiel de réadaptation des personnes handicapées circulent parmi les intervenants, dont certains iraient même jusqu'à mettre en question la pertinence de l'amélioration de la qualité de vie de personnes âgées handicapées (OPHQ).

35

2.7.2 Les personnes âgées en région rurale ou éloignée

Les régions se caractérisent par une présence accrue des conditions qui favorisent les abus et par une rareté accentuée et parfois tragique des ressources qui pourraient éviter ou corriger ceux-ci. Selon les situations évoquées par les témoignages reçus, deux principaux facteurs ont pour effet de marginaliser les personnes âgées des régions par rapport à celles des centres : l'isolement géographique et la pauvreté. Les deux facteurs interagissent et font partie du portrait général des régions éloignées.

A) L'isolement géographique

La très grande majorité des témoignages provenant des régions rurales ou éloignées insistent sur le fait que l'éloignement géographique, en soi et en tant que producteur d'isolement social, implique de nombreux risques pour les personnes âgées.

Par exemple, l'Association des retraités et retraitées de l'enseignement du Québec, secteur de Lanaudière, considère ce facteur comme raison principale de la persistance des abus envers les personnes âgées de la région. Dans les régions plus nordiques et plus éloignées, la mobilité géographique des enfants s'ajoute à l'éloignement. L'Ordre régional des infirmiers et infirmières de la Côte-Nord rappelle que les enfants partis, souvent à plusieurs centaines de kilomètres, les parents restent seuls, dans de petites communautés dispersées sur un vaste territoire, dont une grande partie n'est desservie par aucun réseau routier. Ce sont là des facteurs incontournables d'isolement social et de vulnérabilité accrue pour les personnes âgées des régions éloignées. Ces personnes âgées sont d'autant plus à la merci des exploiters et profiteurs que beaucoup d'entre elles, « *incapables de lire ou d'écrire, ne comprennent pas la lecture de certains documents* » (Comité des usagers du Pavillon d'Arvida du Centre hospitalier de Jonquière).

Lorsqu'elles requièrent des soins à domicile, une hospitalisation ou un placement en CHSLD, de nouvelles difficultés attendent les personnes âgées en région, difficultés qui représentent autant de risques pour leur santé et leur bien-être. Entre autres, les délais d'attente pour obtenir les services du CLSC ou une place dans un CHSLD, déjà beaucoup trop longs en général, sont encore plus longs en région. En particulier :

« à l'extérieur des métropoles, le transfert d'une personne âgée d'un centre hospitalier à un CHSLD peut encourir de longs délais. » (Commissaire aux plaintes)

Or, entre autres problèmes découlant des délais d'attente pour l'obtention des services, des participants à la Consultation déplorent l'aggravation de l'état de santé de la personne lorsque le service lui est enfin fourni, ainsi que l'inadéquation de celui-ci, puisque les besoins de la personne ont évolué entre-temps (Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Côte-Nord; Commissaire aux plaintes).

Les difficultés régionales inhérentes à l'étendue du territoire et à la dispersion de la population sont aggravées par l'arbitraire dû à l'uniformité aveugle des « coupures » (Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Côte-Nord).

36 Les comités d'usagers des régions, tels celui du Carrefour de santé et des services sociaux de la Saint-Maurice et celui du Centre de santé et des services sociaux de Nicolet, témoignent des difficultés qu'entraîne en région rurale ou éloignée « le manque de ressources », lequel s'observe, notamment, dans l'absence de suivi par le CLSC et dans l'insuffisance de la présence assurée par la famille auprès des personnes âgées placées en CHSLD (Centre de santé et des services sociaux de Nicolet). À l'égard de ce dernier point, la Commissaire aux plaintes évoque la situation difficile que le manque de flexibilité et de disponibilité du système impose au conjoint de la personne qui reçoit le service :

« Nous avons également constaté que la localisation de la ressource d'hébergement adaptée aux besoins d'une personne nécessite parfois que son conjoint, également âgé, effectue des déplacements de plusieurs dizaines de kilomètres. »

Les comités d'usagers du Carrefour de santé et des services sociaux de la Saint-Maurice et du Centre de santé et des services sociaux de Nicolet déplorent en outre les difficultés, voire l'impossibilité généralisée pour les personnes âgées isolées en région de porter plainte en cas d'abus.

Abordant le problème lorsqu'il se pose au domicile de la personne âgée, l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Côte-Nord affirme qu'il y a manque de suivi même après que la personne âgée se soit plainte à quelqu'un de l'entourage, les gens ayant peur des représailles dans ces petites communautés « tissées serré ». Selon le témoignage de l'Ordre, les abus financiers sont d'autant plus courants en région éloignée que les recours sont pour le moins difficiles d'accès :

« pour les résidents de la Basse-Côte-Nord, les recours légaux sont quasi impossibles, même lorsque la situation d'abus est dénoncée. En effet, les transactions sont rarement enregistrées, puisqu'il n'y a pas de notaire pour desservir ces petites localités. »

Enfin, dans cette conjoncture de rareté des ressources, on ne peut ignorer l'impact sur les personnes âgées en région du discours âgiste actuel :

« Les personnes âgées n'osent plus demander les soins et les services auxquels elles ont droit car elles ont peur de déranger et surtout de se faire reprocher d'exister. Comme on peut l'imaginer, ce discours entraîne beaucoup de souffrance tant physique que psychologique pour les personnes âgées. » (Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Côte-Nord)

B) La pauvreté

Nous avons déjà mentionné qu'au Québec, les personnes âgées sont plus pauvres que le reste de la population. Cependant, celles qui se trouvent en région rurale ou éloignée sont les plus susceptibles de vivre dans la pauvreté. En effet, les chiffres fournis par l'Institut de la statistique du Québec montrent qu'il existe un écart de revenu systématique entre le revenu moyen des personnes âgées des centres et celui des personnes âgées en région éloignée. Le plus prononcé de ces écarts est observé entre la région administrative de Montréal, où le revenu moyen des personnes de 65 ans et plus atteignait 21 053 \$ en 1995, et la région gaspésienne et des îles-de-la-Madeleine, où le revenu moyen des personnes de la même tranche d'âge n'atteignait que 12 580 \$²².

Une grande proportion des personnes âgées vivant en milieu rural sont nées et vivent dans la pauvreté et sont particulièrement affectées par la culture de pauvreté. La RRSSS de Lanaudière, qui, comme on l'a vu, est particulièrement préoccupée par le phénomène de la pauvreté, rappelle que la plupart de celles qui ont réussi au cours de leur vie à faire de petites économies cachent souvent leur avoir « *sous les paillasses, ce qui n'est pas sans attirer les petits voleurs* ».

L'isolement géographique ou physique propre aux régions, combiné à l'incapacité engendrée par la culture de pauvreté de communiquer avec l'extérieur, produit :

« une plus grande vulnérabilité à l'exploitation, à la manipulation et aux actes criminels perpétrés dans les domiciles : vols qualifiés et même meurtres » (RRSSS de Lanaudière).

Les effets de la pauvreté se font donc sentir à différents niveaux sur les personnes âgées isolées en région. Un autre exemple nous est fourni par l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Côte-Nord, qui note le double déficit qu'entraîne la combinaison pauvreté et manque de ressources :

« Dans plusieurs localités disséminées le long de la côte, la difficulté à trouver du travail amène les familles à héberger des personnes âgées pour avoir un revenu supplémentaire. Ces familles n'ont pas nécessairement les qualités requises pour offrir un milieu de vie qui réponde aux besoins d'une personne âgée. »

2.7.3 Les personnes âgées en milieu autochtone et dans les communautés ethnoculturelles

Les personnes âgées vivant en milieu autochtone ou dans des communautés ethnoculturelles sont susceptibles de se trouver dans des situations qui favorisent les abus, tant de la part de leur famille que de la part du groupe majoritaire.

Certains des risques encourus peuvent être communs à tous les milieux minoritaires. D'autres par contre, sont spécifiques, soit aux milieux autochtones, soit aux communautés ethnoculturelles. Nous établirons, dans la mesure du possible, ces distinctions.

A) La différence culturelle comme facteur de risque

Selon les participants à la Consultation, lorsqu'une personne âgée d'un groupe dit minoritaire entre en contact avec les personnes ou les institutions du groupe majoritaire, la différence

²² Statistique Canada, DDRA, *Données fiscales fédérales sur les aînés*, 1995. Institut de la statistique du Québec.

culturelle qui la sépare de ce groupe peut constituer un facteur de risque d'abus. Cependant, ce n'est pas dans la différence en soi que résident les risques mais dans certains facteurs de différenciation dont nous ont fait part les participants. Certains de ces facteurs ressortent plus particulièrement. Ce sont les difficultés de communication créées par les différences linguistiques non surmontées, les problèmes de santé engendrés par les différences alimentaires, et le surcroît de silence et de peur des représailles engendré par certaines traditions culturelles.

La langue

La langue est le principal outil de communication dont nous disposons naturellement; il est donc important de la connaître et de la maîtriser suffisamment pour nous faire comprendre et pour comprendre les autres (Association des personnes âgées vietnamiennes).

Or, sur un total en 1996 de 108 480 personnes âgées immigrées au Québec, 18 760, soit 17 %, ne connaissent ni le français ni l'anglais. La moitié d'entre elles étaient arrivées entre 1991 et 1996²³. Dans une recension analytique datant de 1997, Diane Martel rappelait que la part attribuable aux femmes dans cette situation était beaucoup plus élevée que celle attribuable aux hommes²⁴. Pareillement, dans certaines communautés autochtones nordiques du Québec, les personnes très âgées ne comprennent qu'une langue autochtone, de sorte que lorsqu'elles sortent de la communauté, il leur faut un interprète.

Lorsqu'elles sont hébergées en dehors de leur propre communauté, ces personnes se trouvent devant l'impossibilité de communiquer, avec les risques que cela comporte.

L'isolement linguistique est aussi synonyme de difficultés parfois insurmontables pour comprendre ou recevoir des informations. Le manque d'informations sur les services devient alors plus criant que dans la population générale. (Coalition des organismes communautaires pour le maintien dans la communauté - COMACO).

Les exemples de difficultés linguistiques concernent surtout les services publics et l'hébergement. Le personnel ne comprend pas la personne âgée et la traite dès lors sans égard à ses besoins réels. La Fédération des centres d'action bénévole et le Conseil consultatif des aînés et aînées de l'Est-du-Québec font observer que les intervenants ont tendance à justifier leur indifférence et leur incapacité à se faire comprendre de ces personnes âgées en prétextant que « *de toutes façons les explications leur sont inutiles* ». Dans la même veine, ces participants font observer que ni l'appartenance à un groupe culturellement minoritaire ni la méconnaissance de la langue ne constituent des critères d'assignation d'une résidence d'hébergement.

Les habitudes alimentaires

Le mémoire précédent avance que l'on sert à ces personnes âgées une nourriture qui ne tient compte ni de leurs habitudes culturelles ni de leur religion « *en leur disant qu'à leur âge, ils sont chanceux qu'on veuille bien s'occuper d'eux* ». L'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Côte-Nord a déclaré à ce même sujet lors des audiences que l'on sert de la « poutine » aux Montagnais hébergés, alors que leur métabolisme s'est constitué sur la base presque exclusive de gibier et de poisson.

Le silence et la peur de parler

La réticence à dénoncer un abus dont elles sont victimes ou témoins, est encore plus forte dans certaines communautés minoritaires que dans le groupe majoritaire. En effet, des tabous et des coutumes particulières à certains groupes minoritaires, ainsi qu'une solidarité familiale qui s'étend au groupe entier, y favorisent le silence.

Ainsi certains font remarquer que, lorsqu'un abus est le fait d'un membre de la famille, dans certaines cultures, il est impossible d'en parler : « *abuse is simply not discussed and attempts to intervene in this area are not welcomed* » (Cumming's Jewish Centre for Seniors).

Selon l'IUGSQ/CLSC René-Cassin, il est très difficile aux femmes de certaines communautés de parler, et encore bien plus de porter plainte. Selon COMACO :

« La brutalité physique entre conjoints et conjointes est quelquefois acceptée [...], même envers les gens âgés par leurs propres enfants. [...] La dépendance des femmes est à regarder de près. » (COMACO)

Mais surtout, comme l'avance, entre autres, l'IUGSQ/CLSC René-Cassin, dans les communautés ethnoculturelles comme dans certaines petites communautés régionales du Québec, « *notions of family reputation and family honour often take priority over the well-being of the individual.* »

Voulant protéger l'honneur de sa famille, la personne âgée qui subit un abus, même si elle dispose d'informations sur les recours qui lui sont offerts, préférera donc se taire. Le même phénomène peut s'étendre au groupe, vu comme une famille élargie à laquelle on appartient et à laquelle on doit également loyauté et protection. C'est ainsi que Entraide bénévole Kouzin' voit la chose :

« Comme il est question d'un phénomène susceptible de projeter une image négative de la communauté, les victimes, en majorité des femmes, sont peu enclines à s'ouvrir aux enquêteurs étrangers. »²⁵

Enfin, certains, par exemple Femmes autochtones du Québec et COMACO, évoquent un autre facteur de réticence lié à la tradition : l'image négative des services publics : « *Dans certaines communautés, il est impensable d'avoir recours aux services publics* » (COMACO). Femmes autochtones évoque les effets dissuasifs des contacts traumatisants de beaucoup de personnes âgées des communautés autochtones avec les autorités.

B) Les risques comme séquelles des comportements colonialistes envers les Autochtones

Les Autochtones ont été historiquement exclus et victimes de tentatives d'assimilation forcée. Ils en ont subi « une série de graves traumatismes » (Femmes autochtones du Québec). La Loi sur les Indiens²⁶, datant dans sa première version de 1876, « *devait, à plus ou moins long terme, enrayer le « problème indien » par l'assimilation forcée* ». (...)

Un des moyens d'assimilation entrepris dans quelques communautés par le gouvernement fédéral et certaines communautés religieuses, fut de placer les enfants par la force dans des internats, destinés :

²⁵ Intervenants cités par Emerson DOUYON (2000).

²⁶ L.R. 1985 ch. I-5.

« à éloigner les enfants de leur milieu naturel, rendant ainsi la transmission de la culture d'origine difficile, voire impossible dans certains cas » (Femmes autochtones du Québec).

Pire encore, selon un rapport récent de la Commission du droit du Canada, ces enfants, « on les isolait de leur patrimoine en les incitant à en avoir honte. Le système des pensionnats a ainsi causé de graves préjudices non seulement aux enfants, mais à des familles, à des collectivités et à des nations entières. »²⁷

Ces enfants ont maintenant plus de cinquante ans et ont des parents âgés, à qui ils reprochent de les avoir « abandonnés » et livrés, pour certains d'entre eux, à des bourreaux :

« Depuis une dizaine d'années, on entend de plus en plus souvent les témoignages d'anciens pensionnaires qui ont été victimes de violence à l'internat. Violence physique, psychologique ou sexuelle. » (Femmes autochtones du Québec)

Une fois sortis des internats, ces enfants en ont gardé les séquelles, comme adultes :

« Certains comportements communs se sont développés chez ces personnes, indépendamment du sexe, de la nationalité ou de la situation géographique : alcoolisme, toxicomanie, dépendance affective, absence d'estime de soi. » (Femmes autochtones du Québec)

Par ailleurs, toute l'histoire de dépossession de soi à travers la dépossession de leur territoire, la dévalorisation quasi absolue de leur mode de vie traditionnel, et le déracinement forcé de leurs enfants, maintiennent dans certaines communautés autochtones « la culpabilité et le rappel de l'impuissance qu'ils avaient vécu face aux décisions extérieures » (Femmes autochtones du Québec).

Comme le souligne Emerson Douyon, les sentiments d'aliénation et de dépossession à la source du sentiment de leur impuissance, « préparent mal les jeunes autochtones d'aujourd'hui à préserver les valeurs traditionnelles associées au vieillissement dans leur communauté »²⁸.

Nous verrons en effet au point suivant que les séquelles de ces blessures profondes se manifestent dans le comportement de certains individus envers les personnes âgées.

C) Les personnes âgées des communautés ethnoculturelles : les risques comme effets de la dépendance

Des participants à la Consultation tels le Cummings Jewish Centre for Seniors et l'Institut universitaire de gérontologie sociale du Québec du CLSC René-Cassin (IUGSQ/CLSC René-Cassin), ont signalé les conditions propices aux abus envers les aînés de certaines communautés que peut créer la situation de dépendance économique de ceux-ci vis-à-vis leur famille. Il ressort de ces témoignages que, entre autres, le programme de parrainage d'un membre âgé de la famille par un résident du Québec peut donner lieu à des abus intrafamiliaux.

L'association haïtienne Entraide bénévole Kouzin Kouzin' a fait observer que malgré l'objectif humanitaire qu'il vise, de par sa nature, le parrainage établit le plus souvent une relation de cohabitation et de dépendance de la personne âgée parrainée vis-à-vis de sa famille²⁹, et que cette situation est porteuse de risques.

²⁷ COMMISSION DU DROIT DU CANADA (2000) Sommaire, p. 2, cité par Emerson DOUYON (2000), p. 7.

²⁸ DOUYON, Emerson, 2000.

²⁹ Voir DOUYON, Emerson, 2000.

Selon Kouzin Kouzin', les conditions d'isolement culturel qui accompagnent l'immigration de certaines personnes âgées parrainées, les conditions économiques difficiles dans lesquelles peuvent se trouver les parents qui la parrainent, les diverses difficultés que vit la famille restée dans le pays d'origine si la communauté fait partie d'une diaspora politique ou économique, bref, un ensemble de facteurs inexistant pour les personnes intégrées à la société majoritaire, font en sorte que les risques liés à la dépendance sont amplifiés et surtout, qu'ils acquièrent une spécificité mettant en question les méthodes de prévention des abus et d'intervention habituelles (Entraide bénévole Kouzin Kouzin').

Mentionnons aussi que les risques d'abus provenant de l'intérieur des communautés renforcent sérieusement ceux provenant du contact avec la société et les institutions majoritaires :

« Adults who have migrated later in life have been identified as higher risk, especially those who are financially dependant on their sponsors. They have lost their social networks in their countries of origin, especially relationships with families and other significant persons, which leaves them socially isolated. They are in an unfamiliar, sometimes even hostile new environment where they need to adapt to a whole new society, including adjusting to a new system of health and social services which reflects the host culture rather than their culture. Poverty may also be an important risk factor, especially for those who are immigrant women of colour. » (IUGSQ/CLSC René-Cassin)

Pour conclure ce chapitre sur les facteurs de risque décelés par les participants à la Consultation, rappelons que le premier de ces facteurs, sûrement le plus insidieux puisqu'il sert de justification à beaucoup d'abus, est l'âgisme. La société doit entreprendre une réflexion à l'égard de la façon dont les personnes âgées sont perçues et réfléchir sur les causes de ces perceptions ainsi que sur leurs effets.

Hormis l'âgisme, des facteurs endogènes et des facteurs exogènes entraînent des risques d'exploitation pour les personnes âgées.

Les premiers découlent des carences et des déficiences incapacitantes liées à l'âge. Les déficiences cognitives seraient une des sources de vulnérabilité les plus importantes. Les seconds proviennent de l'environnement de la personnes âgée. Chaque milieu de vie de cette dernière est porteur de facteurs de risque spécifiques.

Nous verrons maintenant comment ces risques s'incarnent dans les abus et les comportements d'exploitation dénoncés par les participants à la Consultation.

3. LES ABUS DÉNONCÉS PAR LES PARTICIPANTS À LA CONSULTATION

Nous avons examiné certains des principaux facteurs qui favorisent ou provoquent les comportements abusifs envers les personnes âgées.

Nous examinerons maintenant les atteintes aux droits des personnes âgées produites par ces comportements telles qu'elles nous ont été transmises lors de la Consultation.

Tout effet négatif sur les avoirs, sur la vie et l'intégrité, sur la dignité, la liberté ou la vie privée d'une personne âgée, ou tout traitement qui lui porte préjudice ou qui a pour effet de compromettre son droit à l'égalité, constitue une atteinte à ses droits, en autant que cet effet lui soit imposé.

Comme nous examinons des situations concrètes sous l'angle de leur contexte de survenance, ce ne sont pas les atteintes au sens abstrait du terme qui nous intéressent ici mais bien les comportements qui les causent et les contextes dans lesquels ils se produisent. Ce sont donc ces comportements que nous examinerons à l'intérieur de chaque catégorie d'atteinte en tenant compte des circonstances et du contexte qui les encadrent.

42 Par ailleurs, un comportement particulier peut avoir comme résultat plusieurs types d'atteintes, tout comme une même atteinte peut être causée par des actes différents. Le lien de causalité entre l'acte et l'atteinte n'est donc pas univoque. Cela peut nous amener à examiner une même atteinte sous l'angle de comportements différents et vice versa. Nous tenterons toutefois d'éviter les répétitions en réintégrant les faits dénoncés dans des problématiques type, telles que permettent de les dégager les principales situations à risque.

3.1 L'EXPLOITATION MATÉRIELLE OU FINANCIÈRE

Les atteintes aux avoirs de la personne âgée sont produites par divers comportements visant en général l'appropriation par leur auteur des biens de la personne, dans l'immédiat ou à moyen terme. La presque totalité des mémoires dénoncent des abus de ce type, considérés unanimement comme de l'exploitation financière ou matérielle.

Tel que le soulignent les experts, les témoignages reçus portent à croire que la plupart des comportements d'exploitation financière se produisent en premier lieu dans des contextes de relations directes entre une personne âgée et une autre. Des intervenants sociaux ou communautaires soulignent pour leur part que pour exploiter matériellement une personne âgée, les « méthodes douces » sont les plus répandues. La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, par exemple, affirme : « *par expérience professionnelle, nous pouvons dire qu'une telle manœuvre s'exerce en premier lieu par la manipulation* ». Cela n'exclut pas cependant qu'y soient associés des abus de nature physique ou psychologique, lesquels se produisent en particulier lorsque des personnes en perte d'autonomie cognitive sont victimes d'exploitation financière (Le Curateur public).

Les auteurs habituels de ces atteintes seraient le plus souvent des proches de la personne âgée, mais il peut également s'agir de pourvoyeurs de services, rémunérés ou non. Elles impliquent parfois des tiers comme lors de certaines donations abusives. Dans d'autres cas enfin, elles sont associées à des utilisations abusives de mandats. Nous regrouperons les atteintes décrites selon ces quatre contextes particuliers.

3.1.1 L'exploitation au quotidien

Les témoignages reçus par la Commission montrent que les abus financiers se produisent pour toutes sortes de raisons dont sans doute la simple cupidité des exploiters. Souvent, ils sont liés à la dynamique familiale ou à celle qui s'établit entre une personne âgée et un de ses proches : petit-enfant, neveu ou nièce, frère ou sœur. Mais ils peuvent aussi provenir d'une

connaissance, d'un voisin, d'un soignant, d'un bénévole, ou d'un inconnu. Ils sont grandement facilités par des situations à risque typiques, dont en particulier la pauvreté ou les problèmes de toxicomanie, ainsi que l'isolement, qui favorisent la dépendance psychologique de la personne âgée et engendrent chez elle la peur de parler. Les personnes âgées les plus vulnérables étant celles qui souffrent d'une déficience incapacitante, les abus qu'elles subissent dans ce contexte seraient particulièrement élevés. Enfin, comme nous l'ont signalé les participants, celles qui se trouvent dans un état mental limite mais non détecté sont les plus à risque (Société Alzheimer de la Mauricie - Maison Carpe Diem, Curateur public, Commissaire aux plaintes).

A) L'exploitation par des proches

Pour un oui ou pour un non, prenant tous les prétextes et utilisant tous les moyens de manipulation à sa portée, comme la contrainte (Sûreté municipale de Ste-Foy) et les menaces, entre autres, de placement (Les Petits frères des Pauvres), l'exploiteur domestique s'approprie petites ou grosses sommes d'argent, le résidu du chèque de pension destiné en principe aux menues dépenses de la personne âgée, la totalité du chèque dans certains cas, ou des objets appartenant à la personne âgée (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière). En bref, ce type d'exploiteur matériel peut « dépouiller » complètement une personne âgée de ses avoirs, n'hésitant pas à la laisser dans le besoin. Parfois, c'est contre une promesse d'hébergement et de soins jusqu'à la fin des jours de leur parent âgé, que des enfants dépouillent celui-ci. Promesse évidemment non tenue (RRSSS de Lanaudière). Dans cet ordre d'idées, l'Association des centres d'accueil privés autofinancés nous signale :

« que certaines personnes âgées, ont vécu chez des membres de leur famille qui avaient besoin d'un revenu d'appoint. Lorsque ces personnes âgées entrent dans (leur) établissement, elles ont un grand besoin de soins et de services mais elles n'ont plus d'argent, aucun avoir, ni de propriété. Est-ce de plein gré que les personnes âgées ont cédé leurs biens? On ne saurait le dire. » (ACAPA)

Un autre cas de figure de ce genre de situation se présente quand, tel que le constate un intervenant des services à domicile dans la région de Beauharnois (Yvon Boucher, CLSC Seigneurie de Beauharnois) :

« les familles dégarnissent le compte en banque de la personne âgée en prévision d'un hébergement en centre d'accueil public à plus ou moins court terme. L'objectif de cette manœuvre est souvent de réduire les coûts de l'hébergement pour la personne âgée subventionnée en partie par l'État. Il demeure cependant que la personne âgée voit son argent disparaître au profit des enfants. »

Le comportement des proches détermine souvent le sort de la personne qu'ils exploitent, puisque, comme nous venons de le voir, une fois qu'ils se sont appropriés ses biens, celle-ci n'a plus d'autre choix que de demander à être placée, quand ce ne sont ses exploiters qui l'obligent à le faire.

Dans d'autres cas, pour disposer d'une part plus importante de l'héritage laissé par un parent âgé en perte d'autonomie, ses héritiers « placent » celui-ci dans la résidence la moins chère qu'ils trouvent, où il ne recevra pas les services requis par son état (RRSSS de Lanaudière;

Association des résidences pour retraités du Québec; Association des CLSC et des CHSLD du Québec). Cette modalité d'exploitation financière des personnes âgées aura aussi pour effet de compromettre leur santé et leur sécurité.

Une fois « placées », certaines personnes âgées continuent d'être victimes d'exploitation de la part de proches. Les témoignages à cet effet sont nombreux. Le personnel et les bénévoles qui œuvrent auprès de personnes âgées nous ont dit constater la régularité de la coïncidence entre les visites de proches et l'arrivée des chèques de pension de vieillesse. Les Petits frères des Pauvres, témoins privilégiés du quotidien des personnes très âgées vivant isolées, relatent que pour bon nombre d'entre elles, autrement délaissées par leurs proches, ce sont là les seules visites du mois. Certaines personnes âgées ainsi délestées de leurs faibles ressources personnelles avouent confidentiellement aux Petits frères des Pauvres que c'est là le prix à payer pour avoir un contact avec les leurs. Ces visites sont assorties de toutes sortes de manipulations et de menaces, dont celle de cesser les visites ou de priver un parent âgé de ses petits-enfants. L'Association des résidences pour retraités du Québec, déplorant ces actes de cruauté, ajoute que *« le personnel des ressources d'hébergement privées est témoin d'une certaine tristesse chez ces personnes pendant les jours suivant ces visites. »*

Une autre forme d'exploitation matérielle consiste à imposer du travail par la force, la manipulation ou la menace à une personne âgée. Bien que les Petits frères des Pauvres nous signalent l'existence de cette situation, elle a été spécifiquement associée à des contextes familiaux traditionnels par Femmes autochtones du Québec, et par l'association haïtienne Entraide Bénévole Kouzin Kouzin'. Ces deux témoignages montrent qu'il existe dans les communautés concernées des situations d'exploitation du travail des personnes âgées. S'agissant de communautés dites culturelles, nous en traiterons plus loin.

Il faut souligner enfin qu'une autre forme d'exploitation financière se présente lorsque, comme nous le signale par exemple la Table des personnes âgées du Haut St-François, les biens de la personne âgée ne sont pas nécessairement subtilisés ou détournés au profit de l'exploiteur, mais ce dernier en prend le contrôle en vue d'assujettir son parent âgé à son pouvoir.

La fréquence de l'exploitation matérielle n'est pas connue, mais il est très probable qu'il s'agisse d'un phénomène très répandu qui demeure « secret » comme le remarquent beaucoup de participants. Les raisons de ce secret sont en bonne partie dues à la situation à risque qui favorise l'apparition de ce type d'abus : l'isolement produit chez la personne âgée par un état de détresse mis à profit par un « manipulateur relationnel ». Parfois, dans le but de mieux la contrôler, ce dernier isole lui-même la personne âgée en limitant ses contacts avec l'extérieur, en refusant les services du CLSC, en écoutant ses conversations téléphoniques, en refusant de lui parler, de la transporter, ou carrément en la séquestrant (RRSS de Lanaudière).

Puisque la plupart restent secrets, ces agissements passent inaperçus et ne peuvent par conséquent être corrigés. Nous examinerons dans la prochaine partie les méthodes de détection des abus utilisées par certains CLSC.

Hormis la manipulation relationnelle et les menaces de placement (entre autres), signalés par la plupart des participants, certains exploitateurs vont jusqu'à imposer à leurs victimes des

sérvices physiques et psychologiques graves, comme nous le verrons aux deux sections suivantes.

B) L'exploitation par des non proches

Les proches ne sont pas les seuls dont les comportements peuvent être abusifs envers une personne âgée.

L'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie et la Sûreté municipale de Ste-Foy rapportent que l'atteinte aux biens de la personne âgée peut être le fait de vendeurs par téléphone ou itinérants. Comme le remarque Georges-Émile Otis pour l'Association d'aide et défense des aînés de Baie-Comeau, des « colporteurs peu scrupuleux » profitent de la naïveté ou de la détresse de certaines personnes âgées pour les tromper sur la marchandise qu'ils leur « vendent », si tant est qu'elles finissent par voir la couleur de la marchandise en question. Cette situation serait particulièrement susceptible de se produire lorsque les personnes âgées vivent dans des endroits isolés.

Par ailleurs, COMACO rapporte que des chauffeurs de taxi exigent des pourboires des personnes âgées, les sachant captives de cette forme de transport.

Les Petits frères des Pauvres font observer l'existence de deux situations typiques d'abus par des non proches. L'une d'elles concerne un voisin ou un ami qui, profitant de la solitude affective et de l'isolement social d'une personne âgée :

« sous prétexte de rendre service, finit par abuser carrément, surtout sur le plan financier. Une personne âgée très lucide, en perte d'autonomie physique, qui a peur de se retrouver en centre d'accueil est non seulement une proie potentielle, elle acceptera souvent même de vivre cette forme de dépendance, manquera totalement de vigilance, et se rendra compte, parfois trop tard, qu'elle n'a plus le contrôle de ses affaires. » (Petits frères des Pauvres)

L'autre situation d'exploitation typique concerne les propriétaires de logement qui augmentent le prix du loyer de personnes âgées de façon tout à fait injustifiée, en jouant sur la peur de celles-ci d'être évincées (Les Petits frères des Pauvres, COMACO). Ces propriétaires sans scrupules exploitent leurs locataires âgés sur la base de la situation captive dans laquelle elles se trouvent. Soulignons que pour beaucoup de personnes très âgées, l'accès à la Régie du logement peut s'avérer très difficile : les formalités à remplir, les appels téléphoniques répétés qui fournissent des instructions par codes numériques, constituent à cet effet des facteurs qui expliquent indirectement la présence de ce type d'abus. Les moyens utilisés par les propriétaires qui veulent se débarrasser d'un locataire âgé en vue de tirer un meilleur profit du logement incluent aussi le harcèlement.

L'exploiteur qui convoite les biens d'une personne âgée fait souvent en sorte que des moyens plus formels lui permettent de puiser lui-même directement et exclusivement dans les avoirs de cette personne. Entre autres, les donations et les mandats lui fournissent ces moyens.

3.1.2 L'exploitation associée aux donations

Certaines personnes âgées sont amenées, par calcul, par manipulation ou par force, à faire une donation de leur vivant, se retrouvant dans une mauvaise position pour choisir un lieu

d'hébergement (Commission des services juridiques). Cette situation pourrait s'avérer assez courante, et elle peut prendre plusieurs formes :

« On sait aussi que dans plusieurs milieux, on estime qu'il est préférable de se donner à ses enfants, comme on dit, afin de se rendre éligible au programme de supplément du revenu. Ce qu'il y a de plus regrettable dans cette histoire, c'est que lorsqu'il y a des besoins non comblés par le système public de soins et services à domicile, les personnes âgées n'ont pas les sommes d'argent disponibles pour pouvoir assumer le coût de ces services. L'argent des biens immobiliers ou autres n'est plus là. »
(Association des retraités et pré-retraités du Québec)

46 Lorsque la personne âgée est inapte, la même situation peut s'avérer encore plus dramatique. Des exemples de ce type ont été souvent rapportés lors de la Consultation sur les personnes âgées. Le Curateur public, entre autres, en fait état :

« Par exemple, un homme qui héberge sa mère obtient d'elle, sous ce motif, qu'elle lui cède sa maison de son vivant puis, la transaction faite, place aussitôt sa mère en hébergement de longue durée. » (Curateur public)

Des intervenants dans les institutions, des voisins ou amis se feraient également léguer les biens d'une personne âgée en utilisant toutes sortes de moyens, de la manipulation psychologique aux menaces (Les Petits frères des Pauvres, RRSSS de Lanaudière).

3.1.3 L'exploitation associée à la détention d'un mandat

De nombreuses mentions ont été faites au cas semble-t-il assez courant d'un proche ou même d'un voisin qui, prétextant les difficultés motrices de la personne âgée, ses difficultés à contrôler le processus des guichets automatiques, sa surdité, ou autre handicap, amène cette personne à lui donner l'usage d'une carte guichet ou à lui signer une procuration dont il abuse, allant parfois jusqu'à vider le compte de celle-ci. Ces abus de confiance sont dénoncés, entre autres, par la Sûreté municipale de Ste-Foy et la Table d'information - concertation 3e âge de la MRC Deux-Montagnes. Dans les situations les moins graves, il peut arriver que l'exploiteur grappille dans le compte à chaque course à la banque, mais le résultat final reste le même. (Groupe privilégié d'intervention La Source).

Ces situations peuvent être facilitées par des difficultés familiales comme la pauvreté de l'exploiteur, son besoin d'argent pour se procurer de l'alcool ou de la drogue, pour se procurer un superflu quelconque, ou encore par des dynamiques interpersonnelles qui datent de l'enfance ou de la jeunesse de l'exploiteur qui peut alors agir par simple vengeance ou désir de contrôler son parent (Société pour la prévention des abus envers les Aînés du Québec; le Réseau d'ami(e)s de Sherbrooke et des environs; Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec; Agir ensemble dans d'Autray).

Certains détenteurs d'un mandat d'incapacité « gèrent » à leur propre profit les biens de la personne âgée dont ils sont tuteurs (Association québécoise des droits des retraités Québec; CAVAC-MV - Table de concertation et Association québécoise des droits des retraités de Jonquière; Yvon Boucher Association québécoise des droits des retraités Beauharnois). Ainsi par exemple le Curateur public nous apprend que des représentants privés ou des

mandataires omettent fréquemment de payer l'hébergement et gardent les fonds pour leur propre usage. Certains mandats sont obtenus par ailleurs par des méthodes inadmissibles, voire criminelles.

3.1.4 L'exploitation associée aux contrats de services

Tout fournisseur de services qui établit un contrat avec une personne âgée, et qui profite de la vulnérabilité de celle-ci pour ne pas donner suite aux termes du contrat, exploite cette personne âgée. Ces situations se produisent la plupart du temps au domicile des personnes âgées et les facteurs qui en facilitent la survenance sont la bonne foi naïve de beaucoup d'entre elles (RRSS de Lanaudière), leur isolement et leur ignorance des règles de prudence à suivre dans de pareils cas, de même que des recours qui peuvent être à leur disposition en cas de fraude ou de non satisfaction du travail accompli.

Toutefois, les résultats de la Consultation portent à croire que les comportements abusifs de ce type dont les répercussions sur les personnes âgées sont les plus graves de conséquences sont imputables aux propriétaires d'établissements d'hébergement, en particulier sinon exclusivement, des résidences privées dites « indésirables ».

Il arrive en effet que des propriétaires de résidences privées, s'étant engagés à fournir certains services à leurs résidents âgés, ne remplissent pas leurs obligations envers ceux-ci et les menacent même de ne plus les garder s'ils se plaignent ou s'ils sont trop exigeants (Marietta H. Lubelsky, Les Petits frères des Pauvres). Ces propriétaires auraient de la difficulté à résister à « l'attraction du profit » (Regroupement des CHSLD de Montréal, Commission des services juridiques). C'est pourquoi, selon les observations faites, ils coupent sans retenue dans les services même essentiels qu'ils doivent à leur clientèle. Certains observateurs déplorent les conditions physiques d'hébergement frauduleuses par rapport aux engagements pris dans certaines résidences privées (Table de concertation contre la violence aux personnes âgées de l'Estrie, Groupe privilégié d'intervention La Source, Table des aîné(e)s Ville de La Baie).

Cette forme d'exploitation a aussi comme résultat de porter atteinte à l'intégrité et à la dignité des personnes âgées.

L'évaluation des établissements d'hébergement par le Curateur public établit que certains de ces établissements, notamment parmi les résidences privées « indésirables » abusent particulièrement des personnes sous régime de protection. Lors de visites d'inspection, le Curateur a pu constater que des frais avaient été faussement crédités, notamment des frais de déplacement qui n'avaient pas été effectués ou dont le coût avait été partagé; que des articles pour l'achat desquels des sommes avaient été versées aux établissements disparaissaient; et ainsi de suite. En somme, avance le Curateur en audience, toutes ces malversations et façons de faire « appauvrissent les plus pauvres ». À cela s'ajoute la peur du personnel et des autres résidents de signaler ce genre d'abus, apparemment courant en milieu d'hébergement.

Pour se donner des arguments qui justifient les abus dont ils se rendent coupables, les propriétaires frauduleux utilisent des tarifications dont les contenus sont assez flous pour les avantager (FADOQ). Une autre pratique dénoncée consiste à imposer des tarifs exorbitants

pour les services rendus (Le réseau des ami(e)s de Sherbrooke et des environs; Table de concertation contre la violence aux personnes aînées de l'Estrie).

D'autres propriétaires « gèrent » l'argent de leurs résidants âgés (Madeleine Fréchette pour le Comité des usagers du CHSLD Mont-Royal) et essaient par là de les influencer dans leurs décisions (Les Petits frères des Pauvres). En établissement, les prestataires de l'aide sociale ont droit à garder une part de 151 \$ de leur chèque mensuel pour leurs menues dépenses (cigarettes, coiffeur, etc.), mais la disposition de cette somme par la personne âgée est parfois soumise à une condition de « bonne conduite » (Curateur public). Parfois aussi, la somme est subtilisée entièrement ou en partie.

48] D'autres encore s'appuient sur la confusion de certains pensionnaires, sur leur naïveté ou leur peur d'être évincés :

« [...] un propriétaire demande, par exemple, à une personne âgée de lui verser une avance sur sa pension et de lui réclamer le montant entier au début du mois suivant, en espérant qu'elle aura [...] oublié. » (Les Petits frères des Pauvres)

3.2 L'EXPLOITATION COMME ATTEINTE À LA PERSONNE

Tel que nous l'avons vu au chapitre 1, les atteintes à la personne sont causées par tout acte ou omission qui a pour effet de compromettre la vie, la sûreté, l'intégrité, la liberté, ou la dignité d'une personne.

Bien que la Charte établisse une distinction entre les atteintes à l'intégrité et les atteintes à la dignité, les deux peuvent être simultanées dans la réalité, comme l'illustrent abondamment les exemples qui suivent. Toutefois, les solutions à l'une et l'autre atteinte pouvant différer selon le contexte, il nous faut les distinguer.

Alors que les atteintes financières sont surtout associées à des contextes relationnels, les atteintes à la personne sont autant le fait des institutions que des individus. Nous les distinguerons donc selon ces deux contextes.

3.2.1 Les atteintes à l'intégrité et à la sûreté

Les atteintes à l'intégrité de la personne âgée incluent les actes suivants, que nous énonçons à titre d'exemples et dont la liste n'est pas exhaustive :

- tout acte de violence physique : bousculades, coups, blessures, contention physique ou chimique;
- tout acte de négligence d'une personne âgée dont l'état exige des soins par la personne qui la néglige : abus de médication ou omission de fournir les médicaments ou les soins prescrits, négligence dans la qualité de l'alimentation, omission ou refus de fournir les stimuli nécessaires pour maintenir la personne âgée en bonne santé et autonome, etc.;
- tout acte de violence psychologique qui a des répercussions sur la santé physique ou mentale de la personne âgée : menaces, injures, dérision, etc.
- toute omission d'intervenir pour interrompre une situation qui met la vie ou la sûreté de la personne âgée en danger.

Nous donnerons quelques exemples d'atteintes à l'intégrité dénoncées par les participants à la Consultation, en les distinguant selon que les actes qui les produisent sont associés à un contexte relationnel ou à un contexte institutionnel.

A) Dans un contexte relationnel

Certaines de ces atteintes sont le résultat sur la personne âgée des moyens utilisés par un exploitateur pour en tirer un profit financier ou matériel (RRSS de Lanaudière). D'autres sont produites par des actes qui ne poursuivent aucun profit matériel. Mais quelles que soient les visées de l'abuseur, le résultat sur la personne âgée est le même.

Bien que selon les témoignages reçus la manipulation « douce » soit la plus couramment utilisée dans un contexte d'exploitation financière, il arrive aussi que les exploitateurs utilisent des méthodes qui portent atteinte à l'intégrité de la personne âgée. Le témoignage de la RRSS de Lanaudière, entre autres, est à cet effet éloquent. Selon ce dernier, il arrive qu'une personne âgée soit laissée sans soins, négligée, en vue de la faire mourir le plus rapidement possible de « mort naturelle ». Ce moyen de s'approprier l'héritage de la personne âgée constitue évidemment une atteinte à la vie et à la sûreté de celle-ci.

Une autre version de cette situation consiste à utiliser des moyens psychologiques ou chimiques qui rendent la personne âgée confuse en vue de se faire désigner curateur privé ou mandataire

« après avoir prétendu que la personne âgée est confuse; en obtenant du médecin traitant une surmédicalisation après avoir exagéré les comportements de celle-ci, ses pertes de mémoire. » (RSS de Lanaudière)

La préservation de l'héritage peut passer bien avant le bien-être et la santé d'un vieux parent, puisque selon le témoignage de la RRSS de Lanaudière, certaines personnes âgées sont placées par leurs héritiers dans une

« résidence privée d'hébergement illicite et bon marché, inadéquate pour donner les soins et les services appropriés » (p. 3), et cela pour « éviter de payer en CHSLD public le montant maximum (1 307 \$ pour une chambre privée et 1 092 \$ pour une chambre double) ou de devoir produire les relevés bancaires exigés comme preuve de revenu de la personne âgée. » (RSS de Lanaudière)

Dans son témoignage, le Curateur public évoque une situation de négligence et de maltraitance difficile à imaginer de nos jours mais qui a néanmoins été mentionnée à quelques reprises par d'autres intervenants :

« Une personne de 89 ans est exploitée financièrement par sa nièce et le mari de sa nièce. Tout son chèque de prestations va au couple qui l'héberge. Mal nourrie, elle couche sur un matelas et des coussins empilés, posés à terre dans une chambre à débarras, et elle est laissée régulièrement dans ses urines. Le CLSC, qui lui procurait un bain par semaine, a demandé son transfert en établissement ainsi qu'un régime de protection. » (Curateur public)

De nombreux participants à la Consultation, entre autres, des experts en nutrition, en soins des personnes âgées en perte d'autonomie et en soins infirmiers, sont venus témoigner de

la gravité, pour l'intégrité physique et psychologique, de la malnutrition, du manque d'hygiène et de la contention, dont sont victimes certaines personnes âgées exploitées, dans tous les milieux (Syndicat professionnel des diététistes; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec - section de Montréal; Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec).

Dans certaines résidences privées, la liste est longue des comportements abusifs qui découlent de l'exploitation financière des personnes âgées et qui portent atteinte à leur intégrité.

L'alimentation

50 La nourriture est parfois réduite au strict minimum ou ne rencontre souvent pas les exigences d'une alimentation de base. Le Curateur public a constaté des cas où dans certaines résidences privées, ses pupilles ne recevaient qu'une soupe et une tranche de pain beurrée le midi, et aucune collation (Curateur public).

On ne tient pas compte des diètes individuelles (Marietta H. Lubelsky).

De très nombreux mémoires font état de nourriture insuffisante et de mauvaise qualité (Le Réseau d'ami(e)s de Sherbrooke et des environs; Groupe de prévention et d'intervention CLSC Orléans).

Par ailleurs, les personnes âgées qui ont besoin d'aide pour se nourrir, souvent ne mangent pas (Marietta H. Lubelsky).

L'hygiène et les soins

L'hygiène laisse à désirer, et souvent de façon spectaculaire (Table de concertation Agir ensemble dans d'Autray, Les Petits frères des Pauvres).

Parmi les nombreux témoignages qui mentionnent le manque d'hygiène et de soins, celui de Marietta H. Lubelsky relève ces observations :

- on laisse les personnes âgées trop longtemps dans la même position, ce qui occasionne des plaies de lit et des infections, et on les laisse longtemps dans des couches souillées;
- on administre des médicaments inappropriés qui rendent les personnes âgées confuses, « semi-comateuses » ou très agitées;
- on utilise à mauvais escient ou de façon inappropriée les chaises de contention, ce qui entraîne, entre autres, des risques d'étranglement par les courroies;
- le CLSC ne semble pas être au courant de ces résidences;
- il n'y a pas de médecin disponible « sur appel »;
- les médicaments « traînent » sur les comptoirs où tous les résidents peuvent y avoir accès;
- il n'y a pas de plan de soins de base pour les cas d'urgence.

D'autres participants, nombreux, témoignent dans le même sens. Ainsi par exemple, le NDG Senior Citizen's Council; L'AQDR de Québec, le Groupe privilégié d'intervention Orléans et le Groupe privilégié La Source nous ont fait part de cas d'embauche de personnel non

qualifié pour donner les soins médicaux. L'OIIQ et l'OIIAQ déplorent la même situation, dont il résulte les erreurs signalées dans l'extrait précédent.

Le gain matériel n'est pas nécessairement le motif de la maltraitance d'une personne âgée. Des proches violents qui abusent d'alcool ou qui consomment de la drogue peuvent s'en prendre à elle.

Mais dans bien des cas selon les dires des personnes qui ont témoigné de maltraitance, les personnes âgées en perte d'autonomie sont négligées par des proches psychologiquement ou physiquement épuisés (Commissaire aux plaintes) ou incompetents (IUGS/CLSC René-Cassin).

B) Dans un contexte institutionnel

Comme déjà noté au chapitre 1, certaines fonctions sociales sont remplies par des « personnes morales » qui ont reçu ou se sont donné une mission à cet effet.

Parmi les personnes morales potentiellement impliquées dans les situations abusives à l'encontre de personnes âgées, on compte en premier lieu l'État et ses institutions, ainsi que les milieux d'hébergement privés conventionnés. Le Curateur public, le Protecteur du citoyen, les ordres professionnels, voire les syndicats d'employés, entre autres, peuvent également être impliqués en tant que personnes morales. C'est également le cas de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, en tant que détentrice de responsabilités spécifiques par rapport à la protection des personnes âgées contre l'exploitation.

Certains témoignages soulèvent des questions quant à la suffisance de la surveillance des droits des personnes placées sous la garde du Curateur public (Association pour la défense des personnes et des biens sous curatelle publique, CHSLD Horace-Boivin).

Les abus dont les témoignages font état n'incriminent pas les ordres professionnels ni les associations syndicales. Cependant, ceux-ci sont impliqués de façon évidente dans certaines situations d'abus. Entre autres, les notaires et les médecins peuvent être trompés par des proches au sujet de l'état mental d'un parent âgé (RRSSS de Lanaudière). L'obligation de confidentialité inhérente aux codes de déontologie des professionnels entrave la possibilité d'intervention des individus en vue de faire cesser une situation d'exploitation. Dans les cas complexes ou dont l'issue est incertaine, les intervenants invoquent parfois cette obligation pour s'abstenir d'agir (Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec). Enfin, l'observation zélée ou dogmatique des conventions collectives ou des consignes de la direction par des employés peut nuire aux résidents d'un CHSLD (IUGS/CLSC René-Cassin).

Par ailleurs, les institutions nous intéressent particulièrement, car de la façon dont elles s'acquittent de leur rôle dépendent le bien-être, la santé et la sécurité des personnes âgées. Parmi les institutions gérées directement ou non par l'État, encadrées par une loi ou un règlement, celles qui forment le système de soins de santé et des services sociaux offerts à la population sont assurément les plus directement impliquées dans les soins requis par certaines formes de vulnérabilité chez les personnes âgées.

De nombreuses situations dont les effets sur la sécurité, l'intégrité et la dignité des personnes âgées ne peuvent être que négatifs, ont été dénoncées presque systématiquement dans les

mémoires reçus. Des organismes et des ordres professionnels, entre autres, se basant sur des observations systématiques ou statistiques, nous ont fait part de situations qui compromettent le droit à l'intégrité des personnes âgées vivant en hébergement public de soins de longue durée.

Le Curateur public est particulièrement préoccupé par deux situations typiquement associées aux établissements publics : la contention physique et l'absence de consentement aux soins.

Comme en ont également témoigné la Commissaire aux plaintes, l'OIIQ, et les autres participants, ces deux mesures sont de plus en plus appliquées aux personnes âgées en perte d'autonomie, et cela de façon injustifiée. Le Curateur public évoque les deux mesures de façon éloquente :

La contention physique

Un rapport de décembre 1998 sur la mission du Curateur public sonnait déjà l'alarme à ce sujet :

« L'atteinte aux droits, à la dignité, à l'intégrité et à la liberté des personnes inaptes revêt une acuité particulière avec le phénomène de la contention physique [...]

Qualifiée par certains intervenants rencontrés (dont différents experts médicaux) de véritable "fléau dans les institutions", la contention constitue en fait chez nous, à la différence d'autres sociétés, davantage une pratique courante qu'une mesure d'exception. Une étude menée auprès de 29 CHSLD de la région de Québec a en effet démontré qu'en 1996, 33 % des résidents ont fait l'objet d'au moins une contention par jour, d'une durée moyenne de 11,5 heures. À titre comparatif, ce taux se situe plutôt autour de 4 % dans des pays comme la Grande-Bretagne, le Danemark et la Suède, et le nombre de chutes ou de fractures y demeure moins élevé qu'ici. »
(Curateur public)

L'absence de consentement aux soins

À cet égard, le Curateur public rappelle que, en dépit de la reconnaissance légale de la capacité à consentir des personnes inaptes, différents obstacles institutionnels se présentent dans la réalité :

« La capacité du patient à consentir est peu vérifiée et son consentement guère recherché. Plus encore, le consentement substitué du Curateur public n'est pas trop souvent ni demandé ni inscrit au dossier du patient. Les citoyens affectés de troubles mentaux sont particulièrement vulnérables à cet égard, leurs droits étant implicitement niés ou ignorés : un refus de traitement sera invariablement imputé à leur état mental. » (Curateur public)

Les carences dans les soins d'hygiène et la qualité de vie

La Commissaire aux plaintes observe dans son mémoire que les soins de base, dont l'hygiène et l'alimentation, relèvent des « situations critiques » dues à la limitation des ressources en CHSLD. Elle cite le rapport du Vérificateur général pour l'année 1993, lequel conserve toute son actualité selon les plaintes reçues et selon les observations faites. Entre autres choses, le Vérificateur déplorait :

- la limitation à un seul bain par semaine;

- le port de culottes d'incontinence « parce qu'on ne peut plus les conduire aux toilettes ».

Ces deux caractéristiques semblent symboliser à elles seules la détérioration constante des soins en CHSLD. D'autres maux, non moins caractéristiques selon les témoignages reçus, les accompagnent.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) dénonce l'insuffisance des soins dans les CHSLD. Cette insuffisance recouvre, selon l'Ordre, certaines réalités dont la première est la privation structurelle de soins nécessaires à la santé et au bien-être des personnes âgées. Cette déficience se manifeste selon l'Ordre, par :

« un manque de mesures de prévention des lésions de pression, pour ne mentionner que ces exemples. Des statistiques de l'OIIQ portant sur un échantillon de 20 CHSLD visités en 1995-1996 sont éloquentes à cet égard. En effet, 4,5 % des personnes hébergées ont présenté des lésions de pression au cours de l'année et le taux d'accident causant des blessures était de 39 %. Ces accidents ont même nécessité l'hospitalisation de 52 personnes. Ces situations doivent être assimilées à des actes de violence » (OIIQ).

53

Une autre manifestation de la privation de soins dénoncée par l'Ordre des infirmières est l'usage immodéré des contentions physiques³⁰. Mais l'Ordre fait également référence aux contentions chimiques :

« N'est-il pas tentant, en situation de manque de personnel, de recourir également à des "contentions chimiques", capables de réduire, grâce à une simple petite pilule, l'agitation de personnes qui ne traduit souvent que des besoins non comblés? » (OIIQ)

Or, comme l'observent de nombreux participants, les personnes âgées privées d'exercer leur mobilité physique et leur capacité de réaction psychologique entrent dans un processus accéléré de perte d'autonomie et de dépendance (OIIQ; Association des médecins gériatres du Québec; Dr Mark Yaffe).

Enfin, des participants à la Consultation mentionnent que les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires, soit les personnes les plus susceptibles d'apporter un contact humain minimal aux personnes âgées confinées à un lit ou à une chambre, ne sont pas en mesure de le faire, faute de temps, ce qui compromet la santé psychologique et émotionnelle des personnes privées de tout contact avec l'extérieur (OIIAQ).

Le gavage

De nombreux participants nous ont signalé que dans bien des CHSLD, faute de temps ou de personnel, les personnes âgées qui ont de la difficulté à manger sont gavées :

« Le personnel dispose d'une moyenne de 10 minutes pour alimenter chaque patient, ce qui entraîne des troubles de digestion, des nausées ou encore des vomissements chez certains patients; les repas sont servis en purée, tous éléments confondus, et on en profite pour y incorporer les médicaments prescrits, ce qui permet d'accélérer l'alimentation des bénéficiaires; les repas sont servis à l'aide d'une seringue ou d'une tasse avec bec verseur. » (Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec -OIIAQ)

³⁰ Qui selon l'ASSOCIATION DES CLSC ET CHSLD DU QUÉBEC (1999) seraient imposées à 3 personnes sur 10 vivant dans un CHSLD.

3.2.2 Les atteintes à la dignité, à la liberté et à la vie privée

Selon les participants, les atteintes à la dignité découlent de comportements, de paroles ou d'attitudes blessantes qui atteignent la personne âgée dans son identité en niant, explicitement ou implicitement, sa valeur en tant que personne, qui lui imposent de façon non justifiée des conditions qui ont pour effet de compromettre sa liberté, qui lui dénie la vie privée et l'intimité (Dr Mark Yaffe; Table d'information - concertation de la MRC Deux-Montagnes).

Certaines de ces atteintes sont intimement liées aux atteintes à l'intégrité physique ou psychologique de la personne âgée.

54 | Par exemple, négliger les soins d'hygiène d'une personne âgée démunie et affaiblie par une déficience porte autant atteinte à sa dignité qu'à son intégrité. En particulier mais non seulement, nous faisons ici référence aux couches souillées non changées, à l'usage forcé de culottes d'incontinence, et à la contention lorsqu'elle est évitable. Les injures, insultes, la dérision et autres comportements violents mais non physiques, qui portent atteinte à l'intégrité psychologique d'une personne âgée, portent également atteinte à sa dignité.

Toutefois, certaines atteintes à la dignité sont spécifiques et passent par les paroles et les attitudes. Il s'agit, entre autres, des humiliations verbales, de l'infantilisation, de la dépersonnalisation, et du refus de donner les soins intimes par une personne de même sexe que la personne âgée lorsque celle-ci le demande ou le souhaite.

A) Les humiliations verbales et l'infantilisation

Autant des proches que des soignants ont tendance à parler « bébé » aux personnes âgées, et à adopter envers elles une attitude impliquant qu'elles sont « séniles », alors même que ces personnes sont en pleine possession de leurs capacités mentales (Table d'information - concertation Deux-Montagnes). De là sans doute la tendance à négliger de les consulter au sujet des décisions qui les concernent, le fils, la fille, le soignant adoptant l'attitude de celui ou de celle qui sait ce qui convient le mieux à la personne (Marie Beaulieu, le Conseil des Aînés, Daphne Nahmiash). On entr'aperçoit ici le lien avec tous les abus dont il a déjà été question plus haut. On peut aussi y voir un lien évident avec les préjugés négatifs envers le vieillissement (âgisme). Cette façon de faire humilie la personne âgée et elle est le prélude à sa dépersonnalisation.

Les Petits frères des Pauvres, les associations de personnes âgées, les tables de concertation, l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers, l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires, la Table d'information - concertation de la MRC Deux-Montagnes, et de multiples autres participants, déplorent un manque de respect envers les personnes âgées. Les plus démunies, et en particulier, celles que les familles délaissent, sont les plus susceptibles de se faire bousculer verbalement dans les institutions, tant privées que publiques (Les Petits frères des Pauvres).

B) La dépersonnalisation

Le phénomène de la dépersonnalisation est par ailleurs typiquement institutionnel. De très nombreux témoignages en font foi : minuter le temps de chaque acte posé envers une

personne, quels que soient ses besoins individuels, lui imposer un régime de vie standard, avec lever et coucher à des heures déterminées, habituellement très tôt pour le coucher, et encore une fois quels que soient les besoins et le souhait de la personne hébergée, ne peuvent que porter atteinte à sa dignité en tant que personne.

C) Les soins intimes

Ne pas respecter le souhait d'une personne âgée en perte d'autonomie de recevoir des soins intimes par une personne de même sexe qu'elle-même constitue une atteinte à la dignité et à l'intégrité psychologique de cette personne (Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie). À cet égard, l'organisation du travail dans un contexte de manque chronique de ressources rend difficile à suivre, sinon illusoire, la consigne donnée par la Commission et le Tribunal des droits de la personne à l'effet que l'obligation de « déssexualiser » les postes affectés aux soins intimes s'accompagne d'une obligation d'accommodement de la personne âgée si celle-ci le demande. L'Ordre des infirmières et infirmiers - section de Montréal déplore cette réalité qu'il associe à la détérioration générale des soins dans les établissements. La RRSSS de la Montérégie considère que de ne pas répondre à ce besoin d'une personne âgée constitue un abus, puisque la personne âgée est ici « captive » et ne peut se plaindre. La Fédération de l'Âge d'Or du Québec avance pour sa part que « *le droit de recevoir des soins intimes par une personne de son sexe* » devrait figurer parmi les normes de vie décente imposées par l'État aux établissements.

Les exemples d'atteintes à la dignité de la personne ne manquent pas. Nombre de ces atteintes sont le fait de proches impatientés, épuisés, ou souffrant eux-mêmes d'une déficience qui les rend inaptes à prendre soin d'une personne âgée en perte d'autonomie (Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec), ou encore qui utilisent ces moyens pour détruire la confiance en soi de la personne âgée en vue de lui extorquer de l'argent (RRSSS de Lanaudière). Mais on comprend mal que de telles situations, réprouvées de tous, se produisent en milieu institutionnel. Les Petits frères des Pauvres, qui visitent régulièrement un demi-millier de personnes très âgées et délaissées, résumant ainsi la situation de certaines d'entre elles :

« En milieu institutionnel, [...] le manque de respect de la personne âgée dans les situations de la vie quotidienne est tellement devenu monnaie courante qu'on est en train de s'imaginer que c'est un comportement normal. Quoi dire de l'infantilisation, le tutoiement, le gavage, le bain par semaine, les nuits entières dans un lit mouillé, la contention physique, la surmédication? » (Les Petits frères des Pauvres)

3.3 LES ABUS POUVANT COMPORTER UNE ATTEINTE AU DROIT À L'ÉGALITÉ DES PERSONNES ÂGÉES

Parmi les atteintes signalées, certaines constituent de la discrimination au sens de la Charte. Dans ce cas, comme nous l'avons signalé au chapitre 1, contrairement aux atteintes qui impliquent de l'exploitation de personnes âgées, la condition de vulnérabilité n'est pas requise. En effet, l'âge en soi est un motif de discrimination interdit (sauf dans la mesure prévue par la loi) par la Charte à son article 10.

3.3.1 La discrimination dans la vie quotidienne

La Commission des services juridiques rapporte que plusieurs personnes âgées se font « carrément rouler par un fournisseur de service quelconque (menuisier, plombier, constructeur, etc...) leur ayant exigé des honoraires deux à trois fois plus élevés que le prix régulièrement exigé pour de tels services. » (Commission des services juridiques)

Certains propriétaires, voulant se débarrasser d'un locataire âgé en vue de tirer un plus grand profit du logement loué depuis de nombreuses années à ce dernier, le harcèlent pour l'obliger à partir :

« là, tous les moyens sont bons pour arriver à leurs fins : appels téléphoniques de menaces, et ce, à répétition; diminution des services (dénéigement, diminution de l'espace de rangement, etc.); visite impromptue du propriétaire qui force le locataire à signer des documents importants, tels une augmentation de loyer abusive, sans laisser le temps de réfléchir; gestes pouvant laisser penser à la personne âgée qu'elle commence à avoir des problèmes de mémoire; envoi d'un avis de reprise du logement sans y avoir droit, [...] » (Les Petits frères des Pauvres)

Refuser un logement à une personne en raison de son âge, la forcer à quitter son logement ou la harceler pour la faire partir peuvent constituer des comportements discriminatoires fondés sur l'âge.

3.3.2 La discrimination dans l'accès à certains soins

Ces situations discriminatoires se produisent dans le contexte de la santé et des services sociaux.

Plusieurs ont dénoncé la pratique qui tiendrait compte de l'âge d'une personne pour lui fournir des soins spécialisés ou procéder à des interventions chirurgicales majeures (Âge d'Or St-Fabien). Pour un représentant de la Sûreté du Québec œuvrant dans la Ville de Sherbrooke, « *poser la question de la justification d'une opération sur une personne de 90 ans est déjà une forme d'abus envers les aînés qui les prive de la quiétude à laquelle [ils] ont droit* ». La même réalité, qui ne manque pas d'être troublante, est évoquée par le Conseil des Aînés : « *Que penser des décideurs et des professionnels de la santé d'instances publiques du Québec qui se questionnent sur la pertinence d'offrir ou non un traitement à une personne, selon le seul critère de l'âge? On peut s'inquiéter de l'absence d'éthique clinique en situation de pénurie dans ces milieux!* ».

L'Association des résidences pour retraités du Québec déplore le refus ou l'omission d'adapter les services ou les soins aux besoins spécifiques des personnes âgées, ce qui prive celles-ci de soins appropriés à leurs besoins :

« Les personnes âgées vivant en résidences spécialisées ne sont pas assurées de recevoir les services à domicile, tout dépend du territoire où elles habitent, des budgets disponibles et de l'attitude des intervenants sociaux. »

La discrimination dans les soins et dans le système de santé nous ramène à « l'âgisme » évoqué plus haut comme facteur de risque général et englobant, dont le danger serait d'autant plus grand qu'il s'agirait d'une véritable idéologie.

3.4 L'EXPLOITATION SYSTÉMIQUE

Dès qu'elles commencent à manifester des signes de perte d'autonomie ou de vieillissement prononcé, les personnes âgées forment une clientèle captive du système de santé et des services sociaux (Association des CLSC et des CHSLD du Québec; Commissaire aux plaintes; Curateur public; Protecteur du citoyen). De nombreux témoignages reçus évoquent de « l'exploitation systématique ». Compte tenu du monopole détenu par le système de santé et de services sociaux - et de son obligation éthique et légale d'assurer les soins et les services requis pour maintenir la population âgée (entre autres) en santé physique et psychologique, les effets dévastateurs sur cette population des déficiences signalées constitueraient de « l'exploitation étatique », définie par le Service DIRA comme l'ensemble des « *décisions gouvernementales qui favorisent une exploitation non consciente des personnes âgées* ».

57

Nous avons déjà signalé que les failles dans l'organisation du système, dans la complémentarité de ses éléments ou dans leur intégration, entraînent des risques pour la santé et le bien-être des personnes âgées. Ces risques se vérifient par l'ensemble des faits énoncés plus haut.

Beaucoup d'intervenants (Institut universitaire de gérontologie sociale du Québec/CLSC René-Cassin; Fédération de la santé et des services sociaux - CSN; et autres) imputent aux politiques fiscales et aux restrictions budgétaires imposées par les gouvernements les difficultés d'accès aux ressources pour personnes âgées. Nous ne nous attarderons pas aux causes de ces situations mais aux atteintes qu'elles dévoilent.

Le Curateur public, parmi d'autres, signale, en se basant sur des observations empiriques, que :

« Les listes d'attente dans le réseau public et le déversement des usagers vers les résidences privées sans permis, qui prolifèrent, créent pour les personnes âgées en perte d'autonomie un sérieux problème d'hébergement. » (Curateur public)

Nous avons vu précédemment ce que ces situations signifient concrètement pour les personnes âgées en perte d'autonomie : soins inexistantes ou non appropriés, personnel non formé ou insuffisant, ignorance des problématiques particulières reliées à certains déficits fonctionnels ou cognitifs, et ce, sans parler des cas d'exploitation déjà examinés.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, comme bien d'autres, décrit la situation de la façon suivante :

« Il arrive que la santé d'une personne âgée se détériore et qu'aucune place ne soit libre pour l'accueillir dans un CHSLD, ces derniers n'admettant, le plus souvent, que des personnes qui nécessitent plus de 2,5 ou même 3 heures-soins par jour. Parfois, des personnes âgées dont les besoins se rapprochent de cette norme, sans toutefois l'atteindre, doivent continuer de vivre dans des résidences privées qui n'ont aucunement les ressources nécessaires. Certains CLSC, limités par des ressources insuffisantes, doivent restreindre les services aux personnes qui habitent en résidences pour personnes âgées, privilégiant les interventions aux domiciles privés. [...] Il arrive que des personnes dont la maladie d'Alzheimer en est à sa phase terminale vivent dans des résidences où le personnel n'a aucune formation pour intervenir en pareil cas. » (OIIQ)

Par ailleurs, les soins à domicile apparaissent insuffisants (Commissaire aux plaintes).

Le Protecteur du citoyen, comme d'autres intervenants, évoque la possibilité « d'exploitation systémique » dans le réseau des soins de santé et de services sociaux :

« Traduit au quotidien, le déficit de services peut très bien signifier la contention ou la surmédication plutôt que l'attention; la plaie de lit s'installe; de moins en moins d'exercices de mobilisation; des vêtements souillés plus souvent ou le recours plus fréquent aux culottes d'incontinence; des repas qui attendent ou sont mangés trop vite et parfois froids. Le Protecteur du citoyen craint qu'il ne s'agisse là d'une forme d'exploitation systémique. » (Le Protecteur du citoyen)

58

3.5 LES ABUS DANS DES CONTEXTES PARTICULIERS

Nous avons vu précédemment que des personnes âgées se trouvent dans des situations particulières à certains groupes de personnes, dont celles qui sont handicapées, celles qui vivent dans une région rurale ou éloignée, celles qui appartiennent à une communauté autochtone ou à un groupe culturellement minoritaire. Les atteintes subies par ces personnes âgées sont les mêmes que celles déjà examinées. Néanmoins, les contextes étant différents, ils constituent des obstacles spécifiques à la détection et à l'intervention, et bien entendu à la prévention de ces abus.

3.5.1 Les abus envers les personnes âgées handicapées

L'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) dénonce comme atteinte à la personne âgée handicapée diverses situations qui privent celle-ci des services auxquels elle aurait droit en vertu de son intégrité ou de sa sécurité d'une part, et en vertu du droit à l'égalité d'autre part. L'Office note que ces abus contreviennent au principe de la politique *À part... égale* « d'assurer aux personnes handicapées la compensation des coûts reliés directement à leurs déficiences et à leurs incapacités ».

Parmi les abus dénoncés par l'Office figurent en premier lieu les carences dans la disponibilité des services de maintien à domicile. Nous avons vu plus haut que ces carences compromettent l'autonomie et par conséquent l'intégrité des personnes âgées pour lesquelles ils s'avèrent essentiels, ce qui est certainement le cas de celles qui souffrent d'un handicap.

En outre, selon l'Office, l'équité financière en matière d'accessibilité aux services est compromise :

« dans quelques régions du Québec, des personnes handicapées sont refusées pour les services de maintien à domicile sous prétexte qu'elles ont des revenus suffisants et qu'elles peuvent bénéficier d'une exonération d'impôt qui ne rembourse qu'environ 25 % de la dépense réelle. »

Les personnes âgées handicapées souffrent également de difficultés d'accès aux services de réadaptation en déficience physique. Ces personnes ne figurent pas toujours parmi les clientèles prioritaires, ce qui entraîne comme conséquence :

« qu'elles reçoivent peu ou pas de services, qu'elles doivent se rendre dans d'autres régions pour les obtenir, ou tout simplement payer pour des services privés. » (OPHQ)

Selon l'Office, le même phénomène d'exclusion relative se produit dans le transport adapté. Le travail, l'école et les traitements médicaux étant souvent utilisés pour établir les priorités, cela « *laisse peu de place au transport des personnes âgées handicapées* ».

Enfin, il semble que la politique du transport adapté manque de transparence ou que ses règles de fonctionnement soient boiteuses si, comme le déclare l'Office, « *des personnes handicapées sont exclues sous prétexte que leurs difficultés à se déplacer sont reliées au vieillissement* ».

3.5.2 Les abus envers les personnes âgées en région rurale ou éloignée

Selon, entre autres, l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie, l'isolement social typique des personnes âgées en région non urbanisée profite avant tout aux exploiters familiaux et aux vendeurs itinérants (ou par téléphone) qui recherchent des victimes faciles pour leurs agissements criminels ou abusifs.

Quand l'exploiteur est un proche de la personne âgée, il utilise la persuasion, le chantage aux sentiments ou la menace d'abandon. Il devient ainsi « la personne de confiance » de la personne âgée, et obtient que celle-ci lui laisse le contrôle de ses biens et de son argent (Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Côte-Nord). Lorsque les personnes âgées ne sont plus autonomes, elles sont alors aux prises avec des proches et des héritiers avides, exploiters et harceleurs, dont les visées et activités restent d'autant plus secrètes que les services sont éloignés et non disponibles. L'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie rapporte que des enfants privent parfois un parent âgé de l'essentiel : médicaments, prothèses, nourriture de bonne qualité, qu'ils les privent de toute intimité et qu'ils les empêchent de communiquer avec l'extérieur.

Quand l'exploiteur est un étranger à la famille, il abuse de la crédulité des personnes âgées et de la confiance que celles-ci ont tendance à faire aux autres. Certains vendeurs itinérants recherchent les personnes isolées en campagne, car ils connaissent le pouvoir que cet isolement leur confère sur elles. Ils leur vendent surtout des services d'entretien de la maison à des prix usuraires ou ils se font payer pour du travail jamais effectué ou mal fait. D'autres fois encore, sur la base d'une information mensongère, ils vendent à ces personnes âgées des produits inutiles ou inefficaces, non vendables ailleurs. Enfin, les personnes âgées se font exploiter par les vendeurs de « pré-arrangements » ou par des vendeurs de « rêve », qui leur font miroiter des façons de sortir de leur isolement (Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie).

3.5.3 Les abus en milieu autochtone et dans les communautés ethnoculturelles

Malgré la grande diversité des cultures et du nombre de groupes qui les portent, les mémoires fournissant des exemples d'abus dans les communautés minoritaires sont très peu nombreux. Il n'y a guère que Femmes autochtones du Québec qui peut nous servir de référence concrète dans certains milieux autochtones du Québec, exclusion faite des communautés inuites. En ce qui regarde les communautés ethnoculturelles, l'association haïtienne Entraide bénévole Kouzin Kouzin', ainsi que l'étude de Emerson Douyon, nous fournissent des exemples d'abus

envers les aînés de la communauté haïtienne. Nous illustrerons donc les abus typiques qui surviennent dans chacune de ces deux communautés.

A) Les abus envers les aînés autochtones

Femmes autochtones du Québec mentionne que les abus les plus fréquents envers les personnes âgées autochtones par les membres de leur famille se rapportent aux activités domestiques usuelles, lesquelles sont imposées abusivement à des personnes très âgées et fatiguées, tel les demandes de gardiennage ou de travail sans compensation.

Le refus d'héberger ou de prendre soin de parents âgés et malades, ou encore habiter la maison des parents âgés sans participer aux frais et aux dépenses sont également des pratiques abusives dénoncées.

Toutefois, c'est la violence des enfants envers leurs parents âgées qui semble constituer l'abus le plus préoccupant.

La motivation immédiate de ces abus est souvent financière, nous informe Femmes autochtones, et la perte de contrôle par l'adulte de son comportement envers son parent, la plupart du temps sa mère, est due à l'abus d'alcool. On peut soupçonner l'anxiété de certaines femmes âgées, dès lors qu'on connaît le degré de souffrance qui transparaît à travers cette violence :

« Les personnes âgées ne se sentent pas en sécurité lorsqu'elles savent que leur enfant adulte est allé boire. Elles ont peur qu'il revienne les terroriser durant la nuit ou pour leur demander de l'argent. Parfois elles fuient le village les fins de semaine juste pour avoir la paix. » (Femmes autochtones du Québec)

B) Les abus envers les aînés haïtiens

Les abus envers certaines personnes âgées de la communauté haïtienne, dénoncés par les intervenants consultés, illustrent bien les situations auxquelles sont exposées les personnes âgées dépendantes de leur famille dans les communautés qui vivent repliées sur elles-mêmes et dans un isolement relatif sur le plan culturel.

La communauté haïtienne de Montréal n'est certainement pas une communauté homogène. Alors que certains de ses membres disposent de ressources humaines et financières enviables, qu'ils sont intégrés à la société ou en voie de l'être, une partie importante de la communauté est démunie, vit en vase clos, formant des « quartiers ethniques », en particulier dans le Nord et à l'Est de l'île.

Les personnes âgées de la communauté comptent pour 5,6 % de la population haïtienne à Montréal³¹. Peu ou pas instruites, comprenant mal la langue d'usage de la société d'accueil, démunies au sein de familles démunies qui vivent elles-mêmes plus ou moins en marge de la société générale, ces personnes âgées, qui cumulent bon nombre des facteurs de risque dont nous avons fait état, subissent effectivement des abus. Selon les participants entendus, ces abus peuvent être considérés comme les plus courants dans les communautés qui présentent des risques semblables à ceux de la communauté haïtienne.

Comme dans d'autres communautés immigrées dans les mêmes conditions, la personne âgée haïtienne est venue pour donner un coup de main à la famille en échange du bien-être que

celle-ci pourrait lui procurer selon ce qui avait été projeté par la personne elle-même ou promis par le fils ou la fille qui l'a parrainée.

Toutefois, le plus souvent, la désillusion suit son arrivée :

« Le climat, les pratiques vestimentaires, les traditions culinaires, l'intensité de la circulation, la difficulté de s'orienter et de transiger avec les autres dans un environnement urbain complexe, créent chez elle anxiété et désarroi. »³²

C'est alors que le glissement vers une situation abusive débute. La famille réagit en effet parfois très négativement aux récriminations de la personne âgée, et lui fait sentir qu'elle est « de trop ». Ayant perdu la considération liée au statut de personne âgée dans son milieu d'origine, la personne âgée :

« souffre en silence, s'enferme dans la solitude au sous-sol, avec la télévision. Privée de soins physiques et psychologiques de son réseau, elle n'a plus personne avec qui communiquer. » (Entraide bénévole Kouzin Kouzin')

Il arrive fréquemment que la personne âgée soit analphabète ou illettrée. La question de la pension et tout ce qui y est relié de près ou de loin devient dès lors pour elle incompréhensible. Elle ignore même si elle en reçoit une ou non, et en ignore également le montant.

Lorsque la famille retire abusivement le montant de la pension à son bénéficiaire, le scénario est toujours à peu près le même selon l'étude d'Emerson Douyon :

« elle subit des pressions continues de la part de l'entourage qui anticipe le moment de réception du chèque. Le montant une fois reçu est divisé en deux parties, l'une pour les parents demeurés en Haïti, l'autre pour ceux d'ici, comme contribution aux dépenses de la maisonnée. Il y a parfois des circonstances où la totalité de la pension est détournée ou récupérée au profit d'un membre de la famille. La personne âgée se retrouve alors complètement démunie, privée de soins de base, abandonnée à elle-même, menacée de finir sa vie dans la rue. »³³

La règle du silence et la peur des représailles de la famille, présentes dans beaucoup de communautés ethniques isolées, trouvent ici une illustration tragique. En effet, même dans l'éventualité où la personne âgée a pu exprimer sa détresse à l'église ou à un intervenant communautaire, pour remédier à la situation, il lui faudra recourir à l'aide juridique, au tribunal et à l'aide sociale. Or la personne âgée éprouve d'énormes difficultés pour entreprendre de telles démarches. En effet, celles-ci risquent « *de compromettre la santé économique du foyer, la rupture avec la famille risque d'être consommée et l'isolement de la personne âgée en milieu étranger, renforcée* »³⁴.

Lorsque le placement est incontournable, il risque à son tour d'aggraver l'isolement de la personne aînée. Selon le témoignage de Kouzin Kouzin' repris dans l'étude de E. Douyon :

« Dans ce nouvel environnement, celle-ci maîtrise mal la langue d'usage. Elle boude la nourriture non haïtienne et se retrouve sous-alimentée. Elle se sent humiliée à cause de soins physiques inadéquats. Comme le personnel ne sait pas comment coiffer ses cheveux crépus, la personne âgée affiche un air malpropre et négligé. En l'absence de la famille, le processus de dépersonnalisation achève de miner son sens de l'identité personnelle. »³⁵

32 DOUYON, Emerson, 2000.

33 DOUYON, Emerson, 2000, se rapportant au témoignage de Entraide bénévole Kouzin Kouzin'.

34 DOUYON, Emerson, 2000.

35 DOUYON, Emerson, 2000.

3.6 POUR CONCLURE SUR LES ABUS

En conclusion de ce chapitre sur les abus dénoncés, retenons qu'ils sont de trois ordres généraux, qui se greffent à trois grands types d'atteintes aux droits de la personne âgée, et qu'il faut toujours considérer dans le cadre de leur contexte particulier.

Il s'agit en premier lieu de l'exploitation financière ou matérielle, laquelle survient la plupart du temps dans un contexte relationnel impliquant surtout, soit des proches de la personne âgée, soit des soignants ou des pourvoyeurs de services comme les résidences privées sans permis.

En deuxième lieu, il s'agit des atteintes à la personne. Celles-ci atteignent la personne âgée dans son intégrité et dans sa liberté, dans sa dignité ou dans sa vie privée. Elles peuvent être ou non associées à de l'exploitation matérielle, constituant alors un moyen d'atteindre un profit de cet ordre. Mais elle peuvent aussi être associées à un facteur de risque qui engendre de la violence, tels par exemple le désir de vengeance, l'épuisement d'un soignant, l'alcoolisme ou la toxicomanie, et bien d'autres encore. Enfin, elles peuvent être aussi associées à un contexte institutionnel qui ne répond pas aux besoins d'intégrité et autres de la personne âgée hébergée. Des atteintes à la dignité, voire à l'intégrité physique des personnes âgées en institution d'hébergement semblent courantes et seraient dues à un manque d'intégration et de continuité dans les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, aux carences dans le maintien à domicile de ces personnes et au manque de places en CHSLD, qui a comme conséquence directe que beaucoup de personnes en perte d'autonomie se retrouvent en hébergement privé sans permis où elles ne reçoivent pas toujours les soins requis. Des participants parlent dans ce contexte d'exploitation systémique.

Enfin, il s'agit d'atteintes au droit à l'égalité des personnes âgées. Ce type d'atteintes concerne particulièrement les domaines du logement et de l'accès aux services, notamment aux soins de santé et aux services sociaux.

Toutes les personnes âgées risquent de telles atteintes dès qu'elles deviennent vulnérables. Toutefois, certaines d'entre elles sont placées dans des situations particulières qui les rendent plus vulnérables encore à l'exploitation matérielle, à la négligence et aux mauvais traitements en général. Il s'agit, entre autres, des personnes âgées handicapées, de celles qui vivent à l'extérieur des zones urbanisées, et de celles qui font partie d'une communauté de culture différente.

Il faut toutefois mentionner que, pour dramatiques qu'elles soient, les situations d'exploitation, dont on ne connaît pas la fréquence, seraient quand-même l'exception et non la règle (Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec).

4. CONCLUSION

La problématique que nous avons choisi de considérer dans le cadre de ce rapport couvre toute la gamme des abus qui portent atteinte à un droit des personnes âgées. Ce choix nous permet non seulement de rendre justice aux nombreux témoignages reçus, mais d'élargir au maximum l'éventail des situations sur lesquelles la Commission, et la société dans son ensemble, devrait réfléchir.

Pour être en mesure d'exposer de façon claire et logique les différentes situations d'abus décrites ainsi que les facteurs qui les facilitent, nous nous fondons sur les paramètres de base qu'implique la notion d'exploitation selon la Commission et le Tribunal des droits de la personne. Ces paramètres sont centrés sur la vulnérabilité de la personne âgée, sur la mise à profit de cette vulnérabilité par une autre personne et sur l'atteinte à la personne âgée victime de cette mise à profit.

Alors que la condition de vulnérabilité est nécessaire pour conclure à la présence d'exploitation selon la Charte, les atteintes aux droits fondamentaux et au droit à l'égalité peuvent se produire sans que les abus soient fondés sur la vulnérabilité de la personne âgée. Dans ce cas, on ne peut plus parler d'exploitation mais d'atteintes aux droits en général.

Sur la base des témoignages reçus, nous avons examiné dans les pages qui précèdent, outre les atteintes au droit des personnes âgées à la protection contre l'exploitation, les atteintes à leurs droits fondamentaux et à leur droit à l'égalité.

Les témoignages font également amplement référence aux éléments contextuels, dits « facteurs de risque », qui facilitent et même parfois provoquent les comportements qui portent atteinte aux droits des personnes âgées. Nous avons rendu compte de ces facteurs, lesquels en quelque sorte, expliquent indirectement que les atteintes puissent se produire.

Nous établissons maintenant le relevé de l'essentiel de la première partie de notre rapport.

Les principaux facteurs de risque repérés par les participants à la Consultation

Plusieurs mémoires reçus par la Commission avancent que le principal facteur de risque d'abus envers les personnes âgées est porté par l'ensemble de la société, qui non seulement permet la présence des abus, mais peut même la provoquer en émettant et en propageant des images stéréotypées et négatives au sujet des personnes âgées et du vieillissement. Selon ces participants, la société diffuse des messages ambigus dont il est permis de croire qu'ils nuisent profondément aux personnes âgées, autant objectivement par la façon dont elles sont traitées, que subjectivement, puisqu'elles intériorisent elles-mêmes ces stéréotypes, qui servent à justifier le rejet qu'ils suscitent dans un premier temps. Les stéréotypes les plus courants, émanant de nombreux canaux, impliquent ou affirment explicitement que les personnes âgées sont non productives, qu'elles coûtent cher, et que pourtant, elles ont de l'argent. Les médias sont particulièrement impliqués dans la production et la reproduction de ces discours. Il est clair que les représentations associées à ces stéréotypes peuvent produire l'exclusion des personnes âgées.

Les stéréotypes négatifs envers les personnes âgées seraient particulièrement néfastes à celles d'entre elles qui sont aux prises avec une perte d'autonomie ou une situation de dépendance. La dépendance peut bien entendu être physique ou mentale, mais elle peut tout aussi bien, pour représenter un risque d'exploitation, être de nature moins observable ou mesurable de prime abord : les dépendances affectives, psychologiques, entre autres, mettent la personne âgée dans une position de vulnérabilité parfois très forte vis-à-vis d'un exploiteur éventuel.

Les dépendances placent en effet la personne âgée dans un rapport de « pourvoyance » vis-à-vis une autre, rapport qui, dans certains contextes, peut glisser vers une relation de domination. Les risques d'abus inhérents à cette situation se concrétisent alors à la faveur de la présence de certains facteurs. Parmi ceux-ci on compte la pauvreté du milieu, la consommation de drogues ou l'alcoolisme, et l'épuisement physique et psychologique de proches qui manquent d'aide pour prendre soin d'une personne âgée en perte d'autonomie physique ou cognitive.

Le rôle de l'environnement communautaire et social consiste dans ce contexte à soutenir la personne âgée en perte d'autonomie, soit directement en lui fournissant les soins de santé et les services qu'elle requiert, soit indirectement en apportant aide et soutien aux proches qui en assument la charge. C'est dire que, aux déficiences de certaines composantes de l'environnement sont associés de nouveaux risques.

64

Il y a lieu entre autres, de considérer comme des risques d'atteinte aux droits fondamentaux et au droit à l'égalité d'accès aux services de santé, les anomalies suivantes, dénoncées par des participants à partir de faits documentés :

- le manque de places dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ainsi que dans les ressources intermédiaires et dans les résidences d'accueil;
- le manque de ressources et les défaillances organisationnelles dans ces mêmes milieux;
- le manque de ressources pour assurer les soins à domicile et le soutien nécessaire aux aidants naturels par les CLSC;
- le manque de formation en gérontologie du personnel du système de santé et de services sociaux, et cela à tous les niveaux d'intervention : du médecin au préposé aux bénéficiaires;
- les résidences privées dans lesquelles des personnes âgées en perte d'autonomie se retrouvent, notamment en raison du manque de place dans le réseau d'hébergement public, ne sont pas soumises aux normes du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le manque de formation des préposés paraît être particulièrement préoccupant puisque leurs contacts avec les personnes âgées sont constants et ont un impact direct sur la qualité de vie de celles-ci.

Compte tenu que les diverses composantes du système de santé et des services sociaux québécois sont interreliées, il est clair que nous sommes devant un ensemble de facteurs de risque d'ordre « systémique », dont font partie les résidences privées non soumises aux normes du ministère et qui hébergent des personnes en perte d'autonomie qu'elles n'ont ni le mandat ni les moyens d'héberger.

Enfin, lorsque des abus se produisent et que les victimes ont la possibilité objective de les signaler, par exemple en déposant une plainte, celles d'entre elles qui sont isolées socialement en sont habituellement empêchées par la peur qu'elles éprouvent de subir des représailles.

L'isolement social apparaît en effet constituer un risque par-dessus les autres car il offre toutes les garanties d'impunité à un exploiteur éventuel.

Parmi les facteurs qui produisent l'isolement des personnes âgées on compte, par exemple, la solitude associée au grand âge, la pauvreté, l'analphabétisme fonctionnel, certaines déficiences physiques et enfin les pertes cognitives non repérées.

L'isolement se manifeste, entre autres, sous forme de « peur de parler », de honte de soi et d'un besoin désespéré de contact humain qui font de la personne âgée une « proie facile » pour un exploiteur.

Enfin, les témoignages reçus montrent clairement que les personnes âgées vivant à l'extérieur des zones urbanisées, les personnes âgées handicapées et les personnes âgées qui appartiennent à certains milieux différenciés, étant soumises à des situations de vie particulières, encourrent des risques accentués, voire même des risques spécifiques. Les participants ont évoqué trois de ces situations.

En région, les facteurs de risque se cristallisent autour de la culture de pauvreté et de l'isolement géographique et, dans un contexte de rareté des ressources, contribuent à accroître les risques pour les personnes âgées.

Pour les personnes âgées handicapées, les risques de négligence et d'isolement sont accrus.

Quant aux personnes âgées qui appartiennent à des milieux culturels plus ou moins isolés ou marginalisés socialement, elles encourrent des risques par rapport à la société générale, ainsi que des risques accrus par rapport à leur propre famille si celle-ci en a la charge économique. En particulier, les participants évoquent les difficultés de communication qui découlent des problèmes de langue et de codes culturels différents en ce qui regarde les risques par rapport à la société générale, et les situations de dépendance économique en ce qui a trait aux risques familiaux.

Bien qu'aucun témoignage ne lui soit parvenu à cet égard à l'occasion de la Consultation, la Commission se préoccupe des communautés gaies et lesbiennes dont on ne parle pas beaucoup encore en termes de vieillissement. Des intervenants consultés sur le sujet³⁶ nous rappellent que, bien que l'homosexualité ait toujours existé et ait été admise par d'autres civilisations, la civilisation occidentale n'en n'a reconnu la légitimité qu'au cours des deux ou trois dernières décennies. Par conséquent les communautés gaie et lesbienne sont exposées à des risques associés à deux situations historiques et idéologiques qui se superposent.

Les aînés gais et lesbiennes actuels, qui ont « caché » leur homosexualité à leurs proches et qui ont intériorisé les stéréotypes à ce sujet, craignant les moqueries, les repréailles ou la négligence de la part des soignants, continuent à cacher leur sexualité lorsqu'ils sont hébergés dans une résidence ou dans un CHSLD. Ils s'y retrouvent alors privés de contacts significatifs pour eux. Quant aux aînés gais et lesbiennes des années à venir, ils risquent, faute de descendants directs, l'absence de relations significatives lorsqu'ils seront très âgés. Là encore, ils risquent un surcroît d'isolement et de vulnérabilité.

Les abus dénoncés par les participants à la Consultation

Nous regrouperons les abus signalés selon qu'ils portent atteinte aux biens de la personne ou qu'ils portent atteinte à la personne elle-même ou encore à son droit à l'égalité. Il va

36 Laurent MCCUTCHEON, Président, Gai-Écoute; Pierre VALOIS, Président, Table de concertation des lesbiennes et des gais du Québec.

sans dire que, dans la réalité, il est souvent impossible de distinguer les choses aussi clairement.

Les atteintes aux biens de la personne âgée

Il s'agit d'exploitation matérielle ou financière, soit « le nerf de la guerre », comme disent certains participants. Les témoignages indiquent qu'il y a entre autres deux formes courantes et typiques d'exploitation matérielle.

La première implique des aspects relationnels directs, le plus souvent chargés d'affects puisque les exploiters sont la plupart du temps des proches manipulateurs. Ainsi par exemple, les exploiters peuvent abuser de leur position de mandataire pour extorquer les biens d'une personne âgée. Ils peuvent également amener la personne âgée à « se donner » et ne pas respecter par la suite les obligations prises envers elle.

Mais les exploiters ne sont pas nécessairement des proches. Il faut souligner par exemple la situation particulière des personnes âgées aux prises avec un propriétaire de logement qui profite d'elles pour augmenter le loyer de façon injustifiée ou qui les harcèle pour les forcer à partir. Il existe aussi des profiteurs et exploiters de tout acabit, qui, sous de fausses promesses ou de fausses représentations, extorquent de l'argent aux personnes âgées en leur vendant un produit ou un service à prix exorbitant.

Une deuxième forme d'exploitation matérielle courante est celle pratiquée par les propriétaires de foyers « indésirables » qui exploitent les affects et la vulnérabilité particulière des personnes âgées pour non seulement s'abstenir de remplir leurs engagements envers elles, mais pour leur soutirer parfois de l'argent et des biens personnels.

Tous les cas d'exploitation examinés, dans quelque contexte que ce soit, se fondent sur une vulnérabilité de la victime. Toutefois, l'exploitation s'avère plus facile à survenir et a des résultats plus dramatiques lorsque les victimes sont en perte d'autonomie, principalement lorsqu'elles sont inaptes.

Dans un contexte d'intervention, l'exploitation matérielle ou financière présente un avantage par rapport aux atteintes à la personne : elle implique un « profit » observable et mesurable. Par ailleurs, un obstacle se présente souvent qui rend l'intervention difficile : la manipulation de la personne âgée par son exploiteur, ou pire, la contrainte physique ou psychologique utilisée par certains en vue de rendre la personne âgée incapable de parler ou même de confirmer une dénonciation faite par une tierce personne, car elles ont tendance à protéger leur exploiteur, entre autres, pour éviter les représailles. Dans des circonstances familiales, la victime se trouve la plupart du temps dans de grandes difficultés émotives et mentales pour dénoncer son exploiteur, car elle se sent coupable des agissements d'un conjoint ou d'un enfant abusif, par exemple.

Les autres atteintes aux droits de la personne âgée

Il est clair que, d'un côté, l'exploitation financière des personnes âgées se produit à partir de moyens dont beaucoup, voire la grande majorité, lui portent atteinte en tant que personne.

Des atteintes à la personne dont la vulnérabilité est mise à profit pour d'autres raisons que des raisons financières existent aussi, selon les observations des participants. Ce type d'exploiteur recherche alors la vengeance, le déversement d'un trop plein d'agressivité, d'un épuisement physique ou psychologique sur un vieux parent ou une personne âgée dont il a la charge ou dont il prend soin. L'épuisement des aidants naturels, qui peut avoir de répercussions dramatiques non seulement sur la personne âgée, mais également sur l'aidant épuisé, pourrait être facilement évité si l'État accordait à ce problème l'attention qu'il mérite.

Par ailleurs, l'exploitation peut prendre la forme de discrimination. Il y a alors une mise à profit de la vulnérabilité des personnes âgées pour les traiter moins bien que les autres personnes, les écarter, les marginaliser ou leur refuser des services autrement fournis. Mais il existe également des pratiques simplement discriminatoires à l'endroit des personnes âgées, c'est-à-dire des pratiques non fondées sur la vulnérabilité de celles-ci. Là encore, la réalité ne permet pas de trancher aussi distinctement les types de droits atteints. Dans la plupart des cas, nous avons affaire en effet à des problématiques complexes dont il est très difficile de connaître toutes les dimensions.

Reprenons, pour illustrer les différents types d'atteintes à la personne, l'essentiel des témoignages.

Les atteintes à l'intégrité physique ou psychologique, à la dignité et à la liberté des personnes âgées se produisent dans tous les milieux de vie de celles-ci, c'est-à-dire à domicile, dans les résidences privées et en hébergement conventionné, public ou privé. Nous les avons toutefois regroupées selon qu'elles se produisent surtout dans les milieux privés, où les relations personnelles prédominent, ou surtout, voire exclusivement, en milieux institutionnels, où les relations sont impersonnelles et concernent les personnes âgées en tant que clientèle captive.

En milieu privé

En milieu privé (à domicile et dans les résidences privées dites « indésirables ») ces atteintes comprennent en premier lieu la négligence, passive ou active. Les personnes âgées sont laissées sans soins, on les sous-alimente ou on leur fournit de la nourriture de mauvaise qualité ou contre-indiquée.

Lorsqu'elles sont à domicile, dans les cas extrêmes, en vue de les faire mourir plus vite ou de se faire nommer mandataire, on ne leur fournit pas les médicaments prescrits, ou, au contraire, on leur administre de trop fortes doses de médicaments. Ces proches criminels utilisent les services d'un médecin ou d'un notaire non avertis pour parvenir à leurs fins. D'autres abus courants consistent à menacer la personne âgée d'être placée, de ne plus voir ses petits enfants, de ne plus avoir de visite, etc. Ces actes de cruauté relèvent du chantage utilisé en vue de s'approprier des biens de la personne âgée, ne consistant parfois qu'en un chèque de pension. Il a également été signalé que des héritiers placent un parent âgé dans une résidence « illicite », peu chère, de façon à ce qu'il leur revienne une plus grande part d'héritage. Enfin, des coups, des bousculades et de la violence physique en général peuvent accompagner les actes précédents.

En résidence privée comme à domicile, les abus les plus courants restent cependant la négligence dans les soins et dans l'alimentation, cette négligence étant due souvent à l'ignorance des personnes qui prennent soin de la personne âgée, à un épuisement psychologique ou physique, à la rareté des ressources de répit, etc. En résidence privée, des propriétaires ou du personnel mal formé et non compétent pour donner les soins requis est le diagnostic courant fourni par les participants pour expliquer cet état de choses. En particulier, il résulte des carences de certaines résidences privées des pratiques non appropriées, dont, par exemple, de la contention physique ou chimique injustifiée. Jointes à l'usage non approprié de couches d'incontinence, ces pratiques ont un impact direct sur la perte accentuée et prématurée d'autonomie de la personne âgée, et elles constituent des atteintes à son intégrité, à sa liberté et à sa dignité.

68

Par ailleurs, en résidence privée comme à domicile, en plus d'être physiquement négligées, les personnes âgées sont laissées seules, sans contact humain. Parfois même, en vue de les empêcher d'avoir des contacts avec des voisins qui pourraient parler ou avec le CLSC, les personnes âgées négligées ou maltraitées sont séquestrées.

En milieu institutionnel

La plupart des pratiques relevées en milieu privé peuvent aussi se produire en milieu institutionnel, car même dans ce type d'hébergement, les personnes âgées ne sont pas à l'abri des agissements des proches à leur égard. Il arrive également que des membres du personnel abusent de leur pouvoir sur les personnes âgées dont ils s'occupent. Mais nous mettrons l'accent ici sur ce qui relève typiquement du système de soins de santé et de services sociaux.

Rappelons qu'il s'agit d'un système dont les personnes âgées sont captives et qui a pour mandat de leur fournir les soins qui leur sont nécessaires dans le lieu où elles vivent. Or les participants à la Consultation rappellent que les places disponibles dans le système d'hébergement public n'étant pas suffisantes pour répondre à la demande, les résidences privées, mal outillées pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, récoltent le surplus de clientèle refusé par les Centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD). Ce problème ainsi que les coupures de personnel dans tout le réseau et une organisation caduque du système, auraient comme résultat, selon les participants, l'implantation de pratiques qui contreviennent aux droits fondamentaux, ainsi qu'un épuisement physique et mental généralisé du personnel. En CHSLD et même à domicile et en résidence privée, les personnes âgées font les frais de ces pratiques institutionnelles.

Parmi les atteintes enregistrées en institution, certaines découlent de mesures qui entraînent une détérioration rapide de l'état de santé physique et mentale ainsi que de l'autonomie des personnes âgées si elles leur sont appliquées de façon non justifiée. Il s'agit des mesures de contention, physique et chimique, du port de culottes d'incontinence et du gavage. L'absence de consentement aux soins qu'elles reçoivent est également une pratique courante imposée aux personnes âgées, surtout si elles se trouvent sous un régime de protection. Cette pratique porte atteinte à leur liberté et à leur dignité.

Dans les institutions publiques, il existe aussi des carences dans les soins d'hygiène et dans

la qualité de vie des personnes âgées. À ces carences sont dues par exemple des plaies de lit, des chutes, des blessures qui souvent exigent une hospitalisation. Autant d'atteintes à l'intégrité et à la sécurité des personnes âgées qui en sont victimes.

Les atteintes à la dignité de la personne âgée seraient monnaie courante dans les CHSLD. Lieux exigus, promiscuité et envahissement indu de l'espace vital de la personne par d'autres pensionnaires ou par des préposés sont incompatibles avec le respect de la vie privée et de la dignité. Les soins intimes sont dispensés sans égard à la pudeur de la personne âgée. Des participants ont affirmé que le « parler bébé », la dépersonnalisation et le manque de respect dans les attitudes du personnel étaient courants en hébergement public.

D'autres atteintes à la liberté de la personne ont été évoquées. Les personnes hébergées, pour lesquelles l'hébergement en CHSLD devrait être un milieu de vie, sont bousculées, organisées, levées et couchées aux heures qui conviennent au personnel et à l'administration de l'établissement sans égard à leurs besoins réels.

Enfin, rappelons les accusations de discrimination envers les personnes âgées dans l'accès aux soins. Ces accusations sont d'autant plus graves qu'il n'existe pas pour le moment de réflexion sociale sérieuse sur le vieillissement.

Pour conclure, il se dégage des témoignages reçus trois grands problèmes spécifiques sur lesquels la Commission et les autres intervenants concernés doivent se pencher.

Le premier est celui des abus impliquant de l'exploitation financière ou matérielle, à laquelle sont souvent associées des atteintes à la personne. Il s'agit d'une problématique complexe, dont les paramètres peuvent varier selon de nombreux facteurs d'ordre juridique, social, familial, et dont la solution exige souvent beaucoup de clairvoyance et de doigté.

Le deuxième problème majeur découle du système de santé et des services sociaux dans le contexte actuel de vieillissement de la population et des coûts croissants liés aux technologies de pointe dans les soins. Des atteintes à la personne, dont certaines ont lieu dans les résidences privées vers lesquelles le manque de place en CHSLD a dirigé des personnes âgées ayant besoin de soins que ces résidences ne sont pas en mesure de donner, semblent assez systématiques et assez inhérentes aux nécessités organisationnelles pour que l'on se pose de sérieuses questions quant à l'existence d'un déficit éthique et social important découlant de l'organisation actuelle de ce système. À cela s'ajoute l'insuffisance de ressources et d'information à tous les niveaux. Des participants évoquent l'existence « d'exploitation systémique ».

Enfin, le troisième problème découle de l'absence de normes de qualité des soins concernant les résidences privées, dont certaines mettent à profit la vulnérabilité des personnes qu'elles hébergent pour les exploiter financièrement et autrement, en plus de compromettre leur intégrité et leur dignité.

Les trois volets précédents méritent une réflexion approfondie à deux niveaux : celui de la prévention, et celui de l'intervention pour faire cesser les abus qui se produisent. Plus globalement, les facteurs de risque constatés et les abus dénoncés par les participants

mettent en évidence la nécessité d'entamer une sérieuse réflexion sociale sur le vieillissement et sur la façon dont il est perçu et traité dans notre société.

Le Document de consultation sur l'exploitation des personnes âgées ne se limitait cependant pas à poser des questions sur les facteurs de risque d'exploitation des personnes âgées et sur les abus subis par celles-ci. Dans l'objectif d'améliorer les moyens de contrer l'exploitation, il demandait aux personnes consultées les obstacles qui s'opposent à une prévention et à une intervention efficaces, ainsi que les moyens d'améliorer l'intervention.

Or, il s'avère que les obstacles décrits par les participants se situent à différents niveaux organisationnels et législatifs.

70

Dans ce contexte, la Commission croit utile de consacrer la deuxième partie de son rapport à faire le point sur l'ensemble des dispositifs législatifs, réglementaires, sociaux et communautaires qui ont pour objectif de protéger les personnes âgées dans la plupart des situations dénoncées, et contre beaucoup de risques auxquels elles sont exposées. Ce faisant, la Commission signalera les lacunes de ce filet de protection, ainsi que les observations et recommandations émises par certains participants à cet égard.

DEUXIÈME PARTIE

LES MESURES DE PROTECTION ACTUELLES ET LEURS LACUNES

Après avoir établi la portée des droits et libertés garantis par la Charte des droits et libertés de la personne dont peut se prévaloir la personne âgée, il sera utile de cerner les principaux champs d'activités dans lesquels ceux-ci se concrétisent par des lois et des pratiques. Cette analyse nous permettra de constater qu'un certain nombre de moyens sont déjà en place dans la société québécoise pour prévenir et lutter contre les abus perpétrés contre les personnes âgées.

Un tel examen sera aussi l'occasion de reconnaître les acteurs qui exercent, à des degrés variables, des responsabilités face au respect des droits des personnes âgées. Suivant leur mission, ceux-ci agissent par la voie de l'établissement de normes, par la mise en œuvre de ces normes, par la surveillance du respect de celles-ci ou encore, par la sanction de l'inobservation des normes.

Toutefois, les témoignages reçus pendant la Consultation ont révélé les lacunes qui font que le filet de protection est parfois insuffisant.

I. LA PERSONNE ÂGÉE TITULAIRE DE DROITS ET DE LIBERTÉS

I.1 LES LIBERTÉS ET DROITS FONDAMENTAUX

Les personnes âgées sont tout d'abord titulaires des libertés et droits fondamentaux que la *Charte des droits et libertés de la personne* confère à toute personne. Elles ont notamment droit à la vie, à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de leur personne, au respect de leur personnalité juridique, au secours quand leur vie est en péril, à la sauvegarde de leur dignité, au respect de leur vie privée, à la jouissance paisible et à la libre disposition de leurs biens, à l'inviolabilité de leur demeure, ainsi qu'au respect du secret professionnel (art. 1 à 9).

Le respect du droit à l'intégrité est le principe directeur qui fonde les dispositions du Code civil en matière de consentement aux soins¹. Celles-ci reconnaissent à toute personne le droit de consentir à des soins ou de les refuser. Tant qu'une personne est apte à donner un consentement libre et éclairé, nul ne peut l'obliger à suivre des traitements, même un tribunal². Si la personne est inapte à prendre cette décision, elle revient à son représentant légal, à défaut à son conjoint ou subsidiairement, à un proche parent ou une personne démontrant pour la personne un intérêt particulier. Ce consentement substitué est néanmoins insuffisant lorsque la personne inapte refuse catégoriquement les soins; l'autorisation du

La référence complète des sources auxquelles renvoient les notes se trouve dans la bibliographie présentée en annexe.

- 1 *Code civil du Québec*, art. 10 et suivants.
- 2 *Carrefour de la santé et des services sociaux de la S... c. C...*
Dans une décision exceptionnelle, le tribunal ordonne cependant l'examen médical d'une personne âgée qui n'a pas été déclarée inapte car la domination et l'influence que son fils exerce sur elle l'empêche de donner un consentement valable : *Servais c. G. (M.)*.

tribunal est alors nécessaire. La notion de soins englobe les traitements, examens et prélèvements et comprend, selon la jurisprudence, l'hébergement dans un établissement de soins de santé³.

Dans un arrêt portant sur les droits des bénéficiaires d'un hôpital pour personnes ayant une déficience mentale, la Cour suprême a défini dans les termes suivants les concepts d'intégrité et de dignité, tels qu'il faut les entendre au sens de la Charte :

« Le sens courant du mot "intégrité" laisse sous-entendre que l'atteinte à ce droit doit laisser des marques, des séquelles qui, sans nécessairement être physiques ou permanentes, dépassent un certain seuil. L'atteinte doit affecter de façon plus que fugace l'équilibre physique, psychologique ou émotif de la victime. D'ailleurs, l'objectif de l'art. 1, tel que formulé, le rapproche plutôt d'une garantie d'inviolabilité de la personne et, par conséquent, d'une protection à l'endroit des conséquences définitives de la violation.

[...]

[L]art. 4 de la *Charte* [lequel protège le droit à la sauvegarde de la dignité] vise les atteintes aux attributs fondamentaux de l'être humain qui contreviennent au respect auquel toute personne a droit du seul fait qu'elle est un être humain et au respect qu'elle se doit à elle-même.

Par ailleurs, contrairement au concept d'intégrité, à mon avis, le droit à la dignité de la personne, en raison de sa notion sous-jacente de respect, n'exige pas l'existence de conséquences définitives pour conclure qu'il y a eu violation. Ainsi, une atteinte même temporaire à une dimension fondamentale de l'être humain violerait l'art. 4 de la Charte. »⁴

D'autre part, le droit au respect de la vie privée englobe la protection des renseignements confidentiels ou personnels⁵, aussi bien que le droit de prendre des décisions se rapportant à des « choix de nature fondamentalement privée ou intrinsèquement personnelle »⁶.

Dans une affaire relative à la sexualisation des postes dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, le Tribunal des droits de la personne illustre éloquemment comment les droits à l'intégrité, à la dignité et à la vie privée constituent les fondements du traitement de la personne recevant des services de santé ou des services sociaux, en particulier lorsqu'elle est hébergée :

« La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* [...] doit être interprétée à la lumière des prescriptions de la Charte. Toute personne, et ici spécifiquement la personne âgée en centre d'hébergement de longue durée, doit être traitée avec dignité, doit être traitée avec déférence, parce qu'elle est un être unique. Voilà les éléments qui sont compris dans l'expression "dignité". L'intégrité de la personne nous commande de plus que les choix, qui pour une personne sont importants, qui touchent à ses racines mêmes, soient respectés. Enfin, le respect de la vie privée, de l'intimité, nous indique qu'il faut respecter la sphère de privauté de la personne âgée, lui porter le respect dû à sa qualité de personne en respectant ce qui fait partie de sa vie intime, de son cercle personnel irréductible à l'abri des indiscretions. »⁷

³ *Centre hospitalier universitaire de Québec (Pavillon Hôtel-Dieu de Québec) c. R. (L.) (C.A.)*; *Curateur public du Québec c. R. (É.)*; *Brown c. Jargaille*; *Centre hospitalier de Chandler c. C.C.*. Une décision conclut toutefois, au nom du droit à l'intégrité de la personne, que l'hébergement ne peut être forcé que lorsqu'il constitue un acte préalable aux soins : *Centre hospitalier universitaire de Québec (Pavillon Hôtel-Dieu de Québec) c. R. (L.) (C.S.)*.

⁴ *Québec (Curateur public) c. Syndicat national des employés de l'hôpital St-Ferdinand*, para. 97, 105 et 106 de l'arrêt.

⁵ Voir notamment les articles 36 et suivants du *Code civil du Québec*, ainsi que la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* et la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*.

⁶ *Godbout c. Ville de Longueuil*, para. 98 de l'arrêt.

⁷ *Commission des droits de la personne du Québec c. Centre d'accueil Villa Plaisance*, p. 533.

La Charte protège également le droit au secret professionnel, en interdisant à toute personne tenue au secret professionnel, ainsi qu'à tout prêtre et autre ministre du culte, de divulguer, même en justice, les renseignements confidentiels qu'une personne lui a révélés, à moins d'y être autorisée par celle-ci. Mais, contrairement à la plupart des dispositions protégeant les droits fondamentaux⁸, l'article 9 comporte une limitation intrinsèque par laquelle le législateur peut restreindre le droit au secret professionnel par une disposition expresse de la loi.

Aucun des droits fondamentaux n'est pour autant absolu puisqu'ils doivent s'exercer dans le respect des valeurs démocratiques, de l'ordre public et du bien-être général; à cet égard, ces droits peuvent être limités par une loi, à condition qu'elle respecte des critères de rationalité et de proportionnalité entre l'atteinte à un droit et le moyen choisi pour réaliser un objectif fondé sur le respect des valeurs démocratiques, l'ordre public ou le bien-être général (art. 9.1).

73

1.2 LE DROIT À L'ÉGALITÉ

Les personnes âgées ont également droit à l'égalité dans la reconnaissance et l'exercice de leurs droits, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur un des motifs énumérés à l'article 10 de la Charte, lesquels comprennent entre autres la race, la couleur, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap et le moyen de pallier un handicap.

Depuis 1982, l'âge est aussi un motif de discrimination interdit par la Charte. Contrairement aux lois anti-discriminatoires adoptées par d'autres provinces, la Charte québécoise ne limite pas la portée de la protection à certaines catégories d'âge. En revanche, à la différence de tous les autres motifs, l'âge n'est pas un motif de discrimination interdit lorsque la restriction émane d'une disposition législative.

Pour qu'il y ait discrimination interdite par la Charte québécoise, il faut la présence de trois éléments : i) une distinction, exclusion ou préférence; ii) laquelle est fondée sur l'un des motifs énumérés; iii) et qui a pour effet de détruire ou de priver le droit d'une personne ou d'un groupe de personnes à la pleine égalité dans la reconnaissance ou l'exercice d'un droit ou d'une liberté de la personne. L'ensemble des droits garantis par la Charte fait l'objet de cette protection, y compris les droits fondamentaux énoncés plus haut. Plusieurs dispositions interdisent en outre la discrimination dans des champs d'activité définis : l'affichage public, les biens ou les services ordinairement offerts au public, le logement, l'accès aux moyens de transport et aux lieux publics, ainsi que l'emploi (art. 11 à 19).

De plus, la Charte interdit le harcèlement fondé sur l'un des motifs illicites de distinction, y compris le harcèlement fondé sur l'âge (art. 10.1). Constitue du harcèlement une conduite qui se traduit notamment par des paroles, des actes ou des gestes répétés à caractère vexatoire ou méprisant.

1.3 LES DROITS JUDICIAIRES

Au chapitre des droits judiciaires, toute personne a le droit à une audition publique et impartiale de sa cause par un tribunal indépendant et qui ne soit pas préjugé, ainsi que le droit de ne pas être privée arbitrairement de sa liberté ou de ses droits (art. 23 et 24).

8 L'article 6 de la Charte, qui consacre le droit à la jouissance paisible et à la libre disposition de ses biens, prévoit également une limitation interne.

Elle a aussi le droit de se faire représenter par avocat ou d'en être assistée devant tout tribunal (art. 34).

1.4 LES DROITS ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX

Au chapitre des droits économiques et sociaux, toute personne a droit à l'information, dans la mesure prévue par la loi, alors que toute personne dans le besoin a droit à des mesures d'assistance financière et à des mesures sociales prévues par la loi et susceptibles de lui assurer un niveau de vie décent (art. 44 et 45).

En outre, dès 1975, le législateur québécois a reconnu qu'au-delà des droits garantis à toute personne, les personnes âgées ainsi que les personnes handicapées devaient bénéficier de droits spécifiques, propres à leur situation. Ce sont respectivement le droit à la protection contre l'exploitation et le droit à la protection et à la sécurité que doivent leur apporter leur famille ou ses substituts :

« Art. 48 Toute personne âgée ou toute personne handicapée a droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation.

Telle personne a aussi droit à la protection et à la sécurité que doivent lui apporter sa famille ou les personnes qui en tiennent lieu. »

Nous reviendrons plus longuement sur le droit à la protection contre l'exploitation. Quant au droit à la protection et à la sécurité, il emporte l'obligation pour la famille d'assurer un rôle de protection et de sauvegarde de la sécurité. Cette obligation s'étend aux intervenants des institutions publiques, telles que le réseau de la santé et des services sociaux et le Curateur public, lorsqu'ils agissent en remplacement de la famille⁹. Par exemple, les tribunaux ont conclu qu'un centre d'accueil hébergeant des personnes présentant une déficience intellectuelle avait failli à son obligation par les pratiques suivantes : le recrutement de personnel non qualifié; la tenue vestimentaire inadéquate des bénéficiaires; le langage méprisant du personnel à l'endroit des bénéficiaires; l'infantilisation des bénéficiaires; le non-respect de leur intimité; l'utilisation d'un système de punitions à leur endroit¹⁰. Soulignons que ces pratiques ont au demeurant porté atteinte aux droits des bénéficiaires à la liberté, à l'intégrité, à la dignité, à l'honneur, à la réputation et à la vie privée¹¹.

Précisons enfin qu'une atteinte prohibée à un droit reconnu par la Charte confère à la victime le droit d'obtenir la cessation de cette atteinte et la réparation du préjudice moral ou matériel qui en résulte (art. 49).

1.5 LES DROITS DE LA PERSONNE ÂGÉE EN DROIT INTERNATIONAL

Il importe de lire les droits garantis par la Charte québécoise à la lumière des principes de droit international qui visent particulièrement les personnes âgées.

Tout d'abord, la *Déclaration universelle des droits de l'homme* reconnaît le droit de toute personne à la sécurité notamment en cas de maladie, d'invalidité, de veuvage et de vieillesse¹².

Plus récemment, l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies adoptait les

74

⁹ *Commission des droits de la personne du Québec c. Brzozowski*, p. 1473.

¹⁰ *Commission des droits de la personne du Québec c. Coutu*, pp. 1641-1645 (T.D.P.Q.), infirmé en partie sur un autre point par la Cour d'appel.

¹¹ *Commission des droits de la personne du Québec c. Coutu*, pp. 1645 et 1652 (T.D.P.Q.).

¹² *Déclaration universelle des droits de l'homme*, art. 25.

Principes des Nations Unies pour les personnes âgées. Sont particulièrement pertinents les principes qui suivent :

- « 1. Les personnes âgées devraient avoir accès, en suffisance, aux vivres, à l'eau, au logement, aux vêtements et aux soins de santé grâce à leur revenu, au soutien des familles et de la communauté, et à l'auto-assistance.
5. Les personnes âgées devraient pouvoir vivre dans des environnements sûrs qui puissent s'adapter à leurs préférences personnelles et à la modification de leurs capacités.
6. Les personnes âgées devraient pouvoir vivre au foyer aussi longtemps que possible.
7. Les personnes âgées devraient rester intégrées dans la société, devraient participer activement à la définition et à l'application des politiques qui touchent directement leur bien-être, et devraient partager leurs connaissances et leur savoir-faire avec les jeunes générations.
10. Les personnes âgées devraient bénéficier des soins et de la protection des familles et de la collectivité dans le respect du système de valeurs culturelles de chaque société.
11. Les personnes âgées devraient avoir accès à des soins de santé qui les aident à conserver ou à retrouver un niveau de bien-être physique, mental et émotionnel optimal et qui serve à prévenir ou à retarder l'arrivée de la maladie.
12. Les personnes âgées devraient avoir accès à des services sociaux et juridiques capables de renforcer leur capacité d'autonomie, ainsi que la protection et les soins dont elles disposent.
13. Les personnes âgées devraient avoir accès à des services hospitaliers capables d'assurer leur protection, leur réadaptation et leur stimulation sociale et mentale dans un environnement humain et sûr.
14. Les personnes âgées devraient pouvoir jouir des droits de l'homme et des libertés fondamentales lorsqu'elles sont en résidence dans un foyer ou dans un établissement de soins ou de traitement; il convient en particulier de respecter pleinement leur dignité, leurs croyances, leurs besoins et leur droit à la vie privée et celui de prendre des décisions en matière de soins et à propos de la qualité de leur vie.
17. Les personnes âgées devraient avoir la possibilité de vivre dans la dignité et la sécurité sans être exploitées ni soumises à des sévices physiques ou mentaux.
18. Les personnes âgées devraient être traitées avec justice quels que soient leur âge, leur sexe, leur race ou leur origine ethnique, leurs handicaps ou autres caractéristiques, et être appréciées indépendamment de leur contribution économique. »

2. LA PERSONNE ÂGÉE ET SA FAMILLE

Si le réseau de services de santé et de services sociaux se substitue à la famille lorsque celle-ci ne peut accorder à ses proches âgés les soins que requiert leur état de santé, la famille n'en demeure pas moins le support de base pour les aînés. Par exemple, selon une étude publiée en 1996, alors que plus de 80 % des personnes âgées de 65 ans et plus interrogées avaient rendu service à leurs enfants, ces derniers s'étaient impliqués auprès de leurs parents dans une proportion de 73,2 %¹³. Plus généralement, 70 à 80 % des services et soins dispensés

¹³ ROY, Jacques (1996), p. 43.

aux personnes âgées seraient donnés par la famille¹⁴, ce qui fait dire aux chercheurs que « l'abandon des personnes âgées par leur famille est un mythe »¹⁵.

Consacrant la valeur de solidarité familiale, le *Code civil du Québec* impose l'obligation de pourvoir à la subsistance de sa mère et de son père, s'ils se trouvent dans le besoin¹⁶. Issue de la codification du droit civil en 1865, cette obligation a longtemps pesé sur certains membres de la famille liés par le mariage (beau-père ou belle-mère et gendre ou belle-fille)¹⁷ et, jusqu'à récemment, sur les grands-parents ou arrière-grands-parents et petits-enfants ou arrière-petits-enfants¹⁸. L'obligation alimentaire entre parents en ligne directe a été limitée aux parents au premier degré en 1996¹⁹.

76 Bien qu'elle s'appelle obligation « alimentaire », la responsabilité légale de satisfaire les besoins essentiels comprend, outre la nourriture, les besoins matériels de base tels les vêtements, le logement, le chauffage et les frais médicaux.

Lorsqu'elle est sanctionnée par un tribunal civil, l'obligation s'exécute généralement par le versement d'un paiement, qui prend le plus souvent la forme d'une pension²⁰. Son montant est calculé en fonction des besoins et des facultés des parties, ainsi que des circonstances dans lesquelles elles se trouvent²¹. L'enfant peut cependant s'acquitter de son devoir en hébergeant chez lui son parent²².

Par ailleurs, le non-respect de l'obligation alimentaire peut constituer une infraction criminelle si l'omission de fournir les soins nécessaires met en danger la vie du parent ou cause ou risque de causer un tort permanent à sa santé²³.

Nombre de personnes s'acquittent toutefois de leur responsabilité envers leur parent sans qu'il soit nécessaire de recourir aux tribunaux, étendant parfois cette prise en charge à d'autres membres de la famille.

Sans doute pour soutenir ou encourager de tels actes de solidarité familiale, l'État québécois donne droit, depuis 1993, à un *crédit d'impôt remboursable à l'adulte qui héberge un parent* (défini comme étant son père, sa mère, son grand-père, sa grand-mère ou tout autre ascendant en ligne directe) ou le parent de son conjoint. Le parent hébergé doit être âgé de 70 ans ou plus, ou de 60 ans ou plus s'il a une déficience mentale ou physique grave et prolongée. Le montant du crédit, qui est actuellement de 550 \$ pour chaque parent hébergé, ne tient pas compte du revenu de ce dernier²⁴.

Néanmoins, plusieurs participants à la Consultation ont souligné que l'absence ou l'insuffisance de support, qu'il soit d'ordre matériel ou moral, des aidants dits naturels²⁵ contribue aux risques d'exploitation. Ils ont ainsi affirmé que ceux-ci seraient atténués si les proches bénéficiaient de conditions favorables pour aider ou soigner leur aîné, par exemple d'une aide financière plus importante, de l'aménagement de conditions de travail adaptées, notamment par l'octroi de congés sociaux, ainsi que de moyens pour combattre l'isolement qu'ils peuvent vivre (CLSC-CHSLD de la Vallée du Richelieu; Daphne Nahmiash). On a également déploré le manque d'information de certains aidants, tant en ce qui a trait aux besoins de la personne âgée qu'aux services d'aide qui peuvent être fournis (CLSC Hochelaga-Maisonneuve).

13 ROY, Jacques (1996), p. 43.

14 GARANT, Louise et Mario BOLDUC (1990), p. 15.

15 GARANT, Louise et Mario BOLDUC (1990), p. 12. Voir aussi dans ce sens PAQUET, Mario (1999), p. 41.

16 *Code civil du Québec*, art. 585 et 587.

17 *Code civil du Bas Canada*, art. 167-168. Cette obligation fondée sur l'alliance a été abrogée au Québec en 1981 : *Loi instituant un nouveau Code civil et portant réforme du droit de la famille*.

18 *Code civil du Bas Canada*, art. 166 et 168 ; *Code civil du Québec* (1980), art. 633.

19 *Loi modifiant le Code civil en matière d'obligation alimentaire*.

20 *Code civil du Québec*, art. 589.

21 *Code civil du Québec*, art. 587.

22 *Code civil du Québec*, art. 592.

23 *Code criminel*, art. 215.

24 *Loi sur les impôts*, art. 1029.8.54-1029.8.61.

25 Étant donné que le terme « aidant naturel » est dorénavant consacré dans la société québécoise, nous le retiendrons, bien que nous soyons sensibles aux critiques formulées à l'égard de ce terme, notamment qu'il « véhicule l'idée que le soutien va de soi et est donc par nature "naturel", ce qui n'est pas le cas. » PAQUET, Mario (1999), p. 34, note 4.

3. LA PERSONNE ÂGÉE ET SON LOGEMENT

Le logement est un des aspects essentiels qui contribue au bien-être et à la préservation de l'autonomie de la personne âgée, comme le mettent en évidence les *Principes des Nations Unies pour les personnes âgées* :

« 5. Les personnes âgées devraient pouvoir vivre dans des environnements sûrs qui puissent s'adapter à leurs préférences personnelles et à la modification de leurs capacités.

6. Les personnes âgées devraient pouvoir vivre au foyer aussi longtemps que possible. »

La grande majorité des personnes âgées ne vivant pas en milieu d'hébergement, il convient d'esquisser les règles qui encadrent leur situation, selon qu'elles résident dans leur propre domicile ou dans une résidence privée. Les règles relatives à l'hébergement des personnes en perte d'autonomie seront présentées dans la prochaine section puisque cette forme d'hébergement relève directement du régime de santé et de services sociaux.

77

3.1 LES PROGRAMMES D'AIDE À L'HABITATION

Le gouvernement intervient de diverses façons en matière d'habitation des personnes âgées.

Certains programmes financent les coûts de l'adaptation du logement. Par exemple, les personnes âgées peuvent bénéficier du *Programme d'adaptation de domicile*, lequel fournit une aide financière à une personne handicapée pour réaliser les travaux nécessaires pour rendre accessible et adapter le logement qu'elle habite. Les personnes âgées de 65 ans et plus qui sont en perte d'autonomie peuvent aussi profiter du *Programme de logements adaptés pour aînés autonomes*. Celui-ci fournit une aide financière aux personnes âgées éprouvant, suite à la perte de capacités, des difficultés à accomplir certaines activités dans leur vie quotidienne (par exemple rentrer et sortir de son domicile, y circuler à l'intérieur, utiliser la cuisine, la salle de bains ou les placards), en vue de favoriser le maintien de leur autonomie à domicile. Cette subvention doit alors servir à effectuer ou faire effectuer des travaux d'adaptations mineures pour qu'elles puissent demeurer plus longtemps et de façon sécuritaire dans leur maison ou dans leur logement²⁶.

Outre l'adaptation du logement lui-même, un des moyens de prévenir ou d'enrayer l'exploitation est de s'assurer que la personne en perte d'autonomie a accès aux services d'aide dont elle a besoin. Nous verrons plus bas le rôle que jouent à cet égard notamment les programmes de services à domicile. Un autre moyen de prévenir l'exploitation consiste à favoriser l'accès à un logement adéquat pour les personnes âgées à faible revenu.

Tout d'abord, tenant compte des difficultés financières qui entravent l'accès à un logement, le gouvernement prévoit une *allocation-logement* destinée spécifiquement aux personnes âgées de 55 ans et plus, dont le loyer ou les frais de logement²⁷ excèdent 30 % de son revenu²⁸. L'allocation-logement est égale à 66 2/3 % de la partie du loyer qui excède 30 % du revenu et ne peut dépasser actuellement 960 \$ par année²⁹.

D'autre part, les personnes âgées de 65 ans ou plus à faible revenu peuvent avoir droit à un *logement à loyer modique*³⁰. Cette limite d'âge peut être abaissée jusqu'à 50 ans par règlement du locateur.

²⁶ SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT ET SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (1998). Ce programme est financé à 75 % par le gouvernement fédéral et à 25 % par le gouvernement du Québec; il est administré par la Société d'habitation du Québec, l'organisme responsable des politiques et des programmes d'habitation.

²⁷ Le demandeur d'une allocation-logement peut en effet être propriétaire du logement. *Décret 1187-99 du 20 octobre 1999 concernant des modifications aux conditions et cadre administratif du programme Allocation-logement en faveur des personnes âgées et des familles*, art. 13.

²⁸ *Décret 1187-99 du 20 octobre 1999 concernant des modifications aux conditions et cadre administratif du programme Allocation-logement en faveur des personnes âgées et des familles*, art. 4 et 6.

²⁹ *Décret 1187-99 du 20 octobre 1999 concernant des modifications aux conditions et cadre administratif du programme Allocation-logement en faveur des personnes âgées et des familles*, art. 11.

³⁰ *Règlement sur les conditions d'attribution des logements à loyer modique*.

En outre, quelques projets de logements sociaux avec services pour personnes âgées commencent à se développer. Ainsi, le *programme AccèsLogis*³¹, créé en 1997 dans la foulée du Sommet sur l'économie et l'emploi, prévoit entre autres la création de logements permanents avec services pour des personnes âgées de plus de 75 ans ou des personnes âgées en légère perte d'autonomie³². Administré par la Société d'habitation du Québec, le programme accorde une subvention couvrant la moitié des coûts de réalisation des logements, une subvention sous forme d'aide au loyer pour les locataires à faible revenu³³, ainsi que des garanties de prêts. Les projets de logements doivent être initiés et administrés par des organismes sans but lucratif ou par des coopératives d'habitation locative. Conformément aux orientations du Sommet, ils doivent obligatoirement s'appuyer sur la contribution du milieu, laquelle peut provenir de la municipalité, d'un organisme charitable, d'une entreprise privée ou d'une levée de fonds organisée auprès des citoyens d'un quartier ou de la municipalité. On incite notamment les organismes qui présentent les projets pour personnes âgées à collaborer avec les représentants d'organismes locaux, communautaires ou institutionnels œuvrant auprès des aînés.

Les logements doivent répondre à des normes de qualité et de sécurité et doivent être conçus en fonction des besoins de la clientèle, tout en favorisant le maintien de leur autonomie. Les services doivent également viser le maintien de l'autonomie, ainsi que le maintien de la privauté et de la dignité.

Le coût des services offerts, qui peuvent être des services de soutien ou de surveillance, n'est pas couvert par les subventions, mais le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est engagé à verser, par l'entremise des régies régionales, un montant de 1 000 \$ par année par unité de logement, pour cinq ans, pour la gestion des services ou pour l'achat d'équipements spécifiques. Quant au reste des services, ils sont fournis par l'organisme qui pilote le projet ou par des organismes du milieu ou encore, les coûts en sont assumés directement par la clientèle, auquel cas ils doivent alors respecter la capacité de payer des locataires.

3.2 LA PERSONNE ÂGÉE LOCATAIRE

Comme toute autre personne qui loue un logement, la personne âgée locataire jouit de droits et est assujettie à des obligations définis par le *Code civil du Québec*. Elle a notamment droit au maintien dans les lieux³⁴ et elle est protégée contre le harcèlement exercé dans le but de restreindre son droit à la jouissance paisible des lieux ou d'obtenir qu'elle quitte son logement³⁵. Le locataire ainsi atteint dans ses droits a droit de réclamer des dommages-intérêts punitifs³⁶.

La protection contre le harcèlement a été ajoutée au Code civil en 1991 pour « améliorer la situation des locataires et [...] décourager le locateur ou ses représentants de faire indûment pression sur les locataires pour que ceux-ci quittent leur logement. »³⁷ Il est intéressant de noter que de tels actes de harcèlement posés pour forcer des locataires âgés à quitter leur logement ont été sanctionnés auparavant par les tribunaux sur la base du droit à la protection contre l'exploitation³⁸.

Une seule disposition du Code civil en matière de bail de logement vise spécifiquement les personnes âgées. Elle permet à la personne âgée de résilier le bail en cours lorsqu'elle est admise de façon permanente dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou

³¹ Ce programme a été lancé par le Fonds québécois d'habitation communautaire, lequel a été créé en 1997 en réponse à une recommandation du Groupe de travail sur l'économie sociale proposée lors du Sommet sur l'économie et l'emploi : GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ÉCONOMIE SOCIALE (1996), p. 20. Les informations qui suivent dans le texte sont tirées des documents suivants : QUÉBEC, SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC ET FONDS QUÉBÉCOIS D'HABITATION COMMUNAUTAIRE (2000a); QUÉBEC, SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC ET FONDS QUÉBÉCOIS D'HABITATION COMMUNAUTAIRE (2000b), ainsi que d'une rencontre ayant eu lieu le 11 décembre 2000 avec M. Pierre Baril, Chef du Service de la gestion du Fonds québécois d'habitation communautaire, à la Société d'habitation du Québec.

³² Cette catégorie de logements est visée par le volet II du Programme Accès-Logis. Le volet I prévoit quant à lui la création de logements permanents pour des ménages à revenu à revenu faible ou modeste, y compris pour des personnes âgées autonomes. Le volet III vise la création de logements temporaires ou permanents pour des clientèles ayant des besoins particuliers (par ex. refuge pour femmes victimes de violence, maisons de transition).

³³ Au moins 20 % et au plus 50 % des unités créées recevront le Supplément au loyer. Les personnes qui bénéficient du Supplément au loyer peuvent ainsi ne consacrer que 25 % de leur revenu à leur loyer. Le reste est assumé à 90 % par la SHQ et à 10 % par la municipalité.

³⁴ *Code civil du Québec*, art. 1936 et suivants.

³⁵ *Code civil du Québec*, art. 1902.

³⁶ *Code civil du Québec*, art. 1902 et 1968.

³⁷ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA JUSTICE (1993), t. II, p. 1195, art. 1902.

³⁸ Voir les décisions *Chicheportiche c. Brûlé-Duval* et *Veilleux c. Roy*.

dans un foyer d'hébergement³⁹. Elle peut d'ailleurs invoquer cette disposition lorsqu'elle réside dans un centre ou un foyer d'hébergement et qu'elle change d'établissement.

La notion de foyer d'hébergement n'est pas définie dans le Code civil et elle ne figure pas dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. L'ancienne disposition du Code civil qui formulait déjà cette règle référerait au « centre d'accueil visé dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* » (soit actuellement le centre d'hébergement et de soins de longue durée) et au « foyer d'hébergement pour personnes âgées administré par une corporation sans but lucratif »⁴⁰. La règle a donc été élargie pour inclure, selon les commentaires du ministre de la Justice sur le Code civil, tous les types de foyers d'hébergement où le locataire âgé est admis⁴¹. Ces foyers incluent-ils les résidences privées pour personnes âgées?

La Cour du Québec s'est montrée partagée sur l'interprétation qu'il faut donner à cette règle : tantôt elle l'a appliquée en faveur de locataires qui avaient été admis dans un centre pour personnes âgées autonomes⁴²; tantôt elle a adopté une interprétation plus restrictive⁴³. L'une de ces décisions propose la distinction suivante :

« Le Tribunal considère qu'une résidence sera un foyer d'hébergement si elle loge uniquement des personnes auxquelles elle donne des services d'assistance, de soutien et de surveillance devenus nécessaires en raison de leur état causé par le vieillissement ou une santé défaillante.

Chaque situation devra être examinée attentivement puisque toute résidence n'est pas nécessairement un foyer. Il faudra vérifier la vocation de la résidence, la clientèle logée, s'assurer que les services donnés visent à combler des besoins de soutien, d'assistance et de surveillance engendrés par le vieillissement ou une santé défaillante et sont inclus dans le coût du loyer, que la clientèle décide de loger à cet endroit précisément parce qu'on y comble ces besoins. »⁴⁴

Il faut également noter que dans sa version anglaise, la disposition réfère au '*foster home*', un terme qui désigne dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, les centres d'accueil pour personnes adultes ou personnes âgées, ce qui peut aussi entraîner une certaine confusion dans la mise en œuvre de cette règle.

3.3 LA PERSONNE ÂGÉE HABITANT EN RÉSIDENCE PRIVÉE POUR PERSONNES ÂGÉES

Les résidences privées constituent une catégorie particulière de logement. On désigne sous ce vocable (ou sous d'autres tel que celui de ressource d'habitation privée) les résidences qui hébergent des personnes âgées sans détenir à cette fin de permis émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux. La taille de la résidence et les services offerts varient d'une résidence à l'autre. Certaines, de type plus familial, logent neuf personnes ou moins alors que d'autres accueillent plus de cent personnes. Selon un inventaire préparé par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 1994, les résidences logeant moins de dix personnes accueillent 9 % de la clientèle, alors que celles de cent personnes et plus en accueillent 50 %⁴⁵. Environ 75 % d'entre elles offraient des soins et des services d'assistance 24h/24, des services de sécurité, des services d'alimentation ainsi que des services de soins infirmiers ou la visite d'un médecin⁴⁶.

³⁹ Code civil du Québec, art. 1974.

⁴⁰ Code civil du Bas Canada, art. 1661.

⁴¹ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA JUSTICE (1993), t. II, p. 1241, art. 1974.

⁴² *Résidences de Longpré inc. c. Fortier; Gougeon c. Bousquet*.

⁴³ *Desjardins c. Gianchetti*.

⁴⁴ *Résidences de Longpré inc. c. Fortier*, p. 3309.

⁴⁵ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994), p. 9.

⁴⁶ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994), p. 9.

Légalement, les résidences privées ne peuvent accueillir que des personnes âgées autonomes ou des personnes qui tout en présentant des limitations peuvent demeurer dans leur milieu de vie naturel avec des services à domicile, lesquels peuvent d'ailleurs être dispensés par les CLSC⁴⁷. En effet, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* exige que les structures qui exercent les activités qui relèvent de la mission des centres d'hébergement et de soins de longue durée détiennent un permis émis par le ministre de la Santé et des Services sociaux⁴⁸. Or nous verrons que les centres d'hébergement et de soins de longue durée ont pour mission d'héberger et d'offrir des services aux personnes âgées dont le niveau de perte d'autonomie est tel qu'elles ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel malgré le soutien de leur entourage⁴⁹. L'exploitation sans un tel permis peut entraîner l'évacuation et la relocalisation dans une ressource appropriée des personnes hébergées requérant ce niveau de services⁵⁰, ainsi qu'une sanction pénale sous forme d'amende⁵¹. Afin de vérifier que les résidences respectent l'exigence de ne pas offrir sans permis des services à des personnes en perte d'autonomie, un pouvoir d'inspection est confié au ministère, qui en a délégué l'exercice aux régies régionales⁵².

La réalité présente un visage différent. Selon des données recueillies dans l'Estrie portant sur des résidences sélectionnées, 64 % des personnes hébergées par celles qui n'avaient pas de permis étaient en perte d'autonomie⁵³. Tout en n'étant pas en mesure d'extrapoler ces chiffres à l'ensemble du Québec, il faut reconnaître qu'en raison notamment de la politique de désinstitutionnalisation, toutes les personnes en perte d'autonomie n'ont en effet plus accès à un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Ainsi, dans certaines régions, une personne âgée doit requérir actuellement plus de 3,5 heures/soins par jour pour y être admissible⁵⁴ et les délais d'attente peuvent être longs. Parallèlement, les besoins de services ont augmenté, mais les places dans des ressources intermédiaires ou de type familial ne sont pas suffisantes⁵⁵ et les CLSC n'arrivent pas à répondre aux demandes de services de maintien à domicile alors qu'ils en ont le mandat. Les ressources privées sont venues rapidement remplir ce vide⁵⁶. D'ailleurs, les CLSC et autres ressources du réseau de la santé orientent eux-mêmes les personnes âgées en perte légère ou modérée d'autonomie vers les résidences privées⁵⁷.

Comme les résidences privées ne sont pas soumises aux dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, mis à part le respect de l'exigence portant sur la clientèle en perte d'autonomie, les normes définies par cette loi ne peuvent être invoquées à l'encontre des propriétaires de résidences privées. Cette liberté n'entraîne pas nécessairement que les services offerts soient de mauvaise qualité si l'on en juge par une étude réalisée en Estrie qui conclut que les cotes globales de qualité sont relativement bonnes et comparables à celles des ressources d'hébergement avec permis⁵⁸. La même étude précise toutefois que 28 % des résidences sélectionnées offrent à certains de leurs résidents des soins jugés inadéquats⁵⁹.

En revanche, les propriétaires de résidences privées doivent respecter les dispositions du Code civil applicables en matière de logement, ainsi que les règles provinciales et municipales applicables en matière de sécurité et de salubrité.

Les règles en matière de bail de logement s'appliquent aux résidences privées pour personnes âgées comme à tout autre logement, qu'il s'agisse de la location d'un appartement avec ou sans services, d'une chambre, d'un logement à loyer modique ou d'un logement dans une

47 Les personnes résidant dans une résidence privée sont éligibles à recevoir des services à domicile pour les services non couverts par le bail ou le contrat liant la personne âgée et le propriétaire ou promoteur de la résidence. QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994b), p. 10.

48 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 437.

49 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 83.

50 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 452.

51 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 531.

52 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 489 et 489.1.

53 BRAVO, Gina, Michèle CHARPENTIER, Marie-France DUBOIS, Philippe DEWALS et Aline ÉMOND (1997), p. 23.

54 CONSEIL DES AÎNÉS (2000), pp. 10-11.

55 VAILLANCOURT, Yves (1997), p. 165. Par exemple, il y avait 4 ressources intermédiaires et 43 résidences d'accueil sur le territoire de Montréal-Centre en 2000, selon les informations fournies au Comité de consultation par la Régie.

56 Sur les facteurs expliquant l'essor des résidences privées, voir RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1998), pp. 5-6; CHARPENTIER, Michèle (1999), pp. 9-13.

57 RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1995b), pp. 2-3; CHARPENTIER, Michèle (1999), p. 40.

58 BRAVO, Gina, Michèle CHARPENTIER, Marie-France DUBOIS, Philippe DEWALS et Aline ÉMOND (1997), pp. 32-34.

59 BRAVO, Gina, Michèle CHARPENTIER, Marie-France DUBOIS, Philippe DEWALS et Aline ÉMOND (1997), p. 47.

coopérative d'habitation. La réglementation en matière de logement prévoit de plus des modalités particulières lorsqu'un locateur (sauf si c'est un logement à loyer modique) offre des services au locataire en raison de sa condition personnelle, entre autres si c'est une personne âgée ou handicapée. Dans ce cas, le locateur doit obligatoirement ajouter au bail écrit une annexe décrivant de manière détaillée les accessoires offerts (ex. barres d'appui, accessibilité aux fauteuils roulants) et les services offerts (ex. service de buanderie, service d'entretien ménager, service de sécurité, services reliés aux médicaments, services alimentaires, services de soins infirmiers et personnels, service d'accompagnement), ainsi que le tarif des services et les modalités de paiement⁶⁰. Les tarifs pour ces services sont fixés par le propriétaire mais peuvent faire l'objet d'une contestation devant la Régie du logement⁶¹. Le choix de la personne de résider dans telle ou telle résidence dépend alors tant de ses besoins que de sa capacité de payer.

Les résidences privées sont régies par des normes provinciales et municipales qui visent la sécurité et la salubrité des bâtiments, ainsi que les incendies. Si elles offrent des services d'alimentation, elles doivent également respecter des normes relatives à la salubrité et l'hygiène des aliments⁶². La surveillance de ces règles repose sur un système d'inspection et, dans certains cas, d'obtention de permis. Les règles en matière de sécurité et de salubrité des bâtiments diffèrent selon le nombre de personnes qu'accueille la résidence et selon la réglementation adoptée par la municipalité dans laquelle elle est située. Par exemple, les normes de sécurité établies par la *Loi sur la sécurité des édifices publics* et les règlements qui en découlent sont applicables aux maisons de logement si elles ont dix chambres ou plus, ainsi qu'aux foyers, refuges et lieux de convalescence s'ils accueillent plus de neuf personnes⁶³.

Rappelons que la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse est intervenue à plusieurs reprises relativement à la surveillance des résidences privées non agréées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Elle avait notamment demandé au Tribunal des droits de la personne, dans l'affaire *Brzozowski*, de constater que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* offrait une protection incomplète aux personnes âgées et handicapées qui ont recours aux services des résidences privées à but lucratif non titulaires de permis. Le Tribunal a toutefois considéré que les lacunes ne résultaient pas des textes de loi, mais plutôt de la mise en œuvre, par les autorités concernées, des pouvoirs qui leur sont dévolus⁶⁴.

Ce constat a été réitéré récemment par la Commission de la culture qui avait pour mandat d'étudier le *Rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le Conseil des aînés* : « En cas de difficultés, plusieurs instances pourraient intervenir : les municipalités qui octroient des permis, la Régie du bâtiment, les régies régionales par le biais des CLSC, l'Ordre des infirmières, etc., mais chacun se renvoie la balle avec, en bout de ligne, peu de résultat. »⁶⁵

Des études confirment que la surveillance exercée par les régies régionales n'est pas très efficace essentiellement parce qu'elle repose sur une procédure de plaintes⁶⁶. Le système est peu utilisé, probablement parce qu'il est peu connu des usagers et de leur entourage⁶⁷.

Ceci dit, les plaintes que les régies régionales reçoivent peuvent contribuer à l'amélioration des conditions de vie de cette clientèle, par exemple en incitant la régie à augmenter l'accessibilité des services à domicile pour les personnes en perte d'autonomie⁶⁸.

60 *Règlement sur les formulaires de bail obligatoires et sur les mentions de l'avis au nouveau locataire*, art. 1, 2 et annexe 6.

61 *Code civil du Québec*, art. 1949, 1950 et 1953. La Régie du logement a compétence sur les demandes relatives au bail du logement, sauf si la valeur en jeu excède 30 000 \$, et sur les autres matières reliées aux droits et obligations du locataire ou du locateur du logement, dont la fixation du loyer : *Loi sur la Régie du logement*, art. 28; *Code de procédure civile*, art. 34.

62 *Loi sur les produits agricoles, les produits marins et les aliments*.

63 *Loi sur la sécurité des édifices publics*, art. 2; *Règlement sur la sécurité des édifices publics*, art. 6(4).

64 *Commission des droits de la personne du Québec c. Brzozowski*, p. 1480.

65 ASSEMBLÉE NATIONALE, COMMISSION DE LA CULTURE (2000), p. 12.

66 CHARPENTIER, Michèle (1999), p. 31.

67 BRAVO, Gina, Michèle CHARPENTIER, Marie-France DUBOIS, Philippe DEWALS et Aline ÉMOND (1997), p. 4; CHARPENTIER, Michèle (1999), p. 44.

68 RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (2000b), p. 135.

Cependant, la seule mesure corrective que peut imposer la Régie est de procéder à l'évacuation et la relocalisation des personnes hébergées dans la résidence, si elles sont en perte d'autonomie. Cette mesure pénalise principalement la personne âgée qui, bien souvent, ne souhaite pas quitter la résidence. La Commission des affaires sociales, qui avait le mandat de réviser ces décisions lorsqu'elles étaient contestées⁶⁹, a d'ailleurs souligné les « *conséquences possiblement néfastes chez les personnes de cet âge [...], personnes qui sont en fait les seules à être véritablement touchées et affectées par la décision du ministre* »⁷⁰. Il faut toutefois savoir que la personne en perte d'autonomie peut refuser de faire l'objet d'une évaluation pour déterminer son degré de perte d'autonomie ou à sa relocalisation⁷¹. Lorsque le refus est exprimé par un majeur inapte à donner son consentement ou par la personne qui a le pouvoir de consentir à sa place⁷², ces interventions peuvent cependant être autorisées par le tribunal⁷³.

82

Face à l'absence de mécanisme de surveillance particulièrement quant aux soins et à la tarification, des initiatives ont été développées dans plusieurs régions pour tout au moins mieux orienter les personnes âgées et leur entourage, aussi bien qu'inciter les propriétaires de résidences à fournir des services de qualité.

C'est d'abord la Fédération de l'âge d'or du Québec qui a institué un programme d'appréciation volontaire appelé « Rose d'or » suivant lequel les résidences d'un territoire sont évaluées, tous les deux ans, à partir d'une grille d'évaluation et se voient attribuer une ou deux Roses d'or, selon la cote obtenue. Les résultats de cette évaluation sont publiés dans un bottin régional de référence afin de permettre aux personnes âgées ou à leur entourage de faire un choix plus éclairé. Le programme a également pour objectif « *de sensibiliser les propriétaires de résidences quant à leur obligation envers la clientèle qu'ils desservent.* » Certains ont reproché à ce programme de ne pas tenir compte des besoins des résidents en perte d'autonomie, mais comme le soulignent d'autres, cette association n'a sans doute pas la compétence pour procéder à cette évaluation⁷⁴.

C'est pourquoi il est intéressant que certaines régies régionales aient embrayé le pas. Par exemple, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière produit depuis 1996 un répertoire des résidences privées qu'elle recommande aux personnes qui recherchent une résidence, lorsque ces résidences appliquent des « *standards de qualité susceptibles de contribuer au maintien de l'autonomie, de la santé physique et mentale et du bien-être de leurs résidents et résidentes.* »⁷⁵ Une résidence est recommandée si elle respecte minimalement les standards de qualité suivants que retient la Régie :

« Un milieu de vie stimulant et agréable, dans une résidence sécuritaire et confortable, comprenant des espaces collectifs à l'intérieur comme à l'extérieur, intégré dans la communauté et ouvert aux organismes, dont les propriétaires, responsables du bien-être de leur clientèle, offrent des services appropriés à ses besoins dans le respect de ses goûts, de ses attentes et de sa vie privée, en facilitant les relations familiales et amicales, et en conformité avec les orientations, les normes et les lois établies par divers ministères et municipalités, s'il y a lieu. »

Les résidences répondant au-delà des critères se voient attribuer la mention d'une, deux ou trois étoiles. Comme c'est encore ici une démarche volontaire, la Régie invite les résidences à

69 Cette compétence est maintenant attribuée au Tribunal administratif du Québec : *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 453.

70 *Services de santé et services sociaux-7*, [1994] p. 335.

71 *Code civil du Québec*, art. 11; *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 9 et 12.

72 Ces personnes sont soit le représentant légal de la personne (mandataire, tuteur ou curateur), soit quand elle n'est pas ainsi représentée, son conjoint, ou à défaut un proche parent ou une personne qui démontre pour elle un intérêt particulier : *Code civil du Québec*, art. 15.

73 *Code civil du Québec*, art. 16.

74 CHARPENTIER, Michèle (1999), p. 53.

75 RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (1998), p. 6.

s'inscrire à une démarche d'amélioration continue de la qualité des services, qui se fonde sur des visites d'évaluation annuelles et des rencontres d'information et de formation. D'ailleurs, la Régie lors de son témoignage note que les lacunes résultent le plus souvent de l'ignorance des propriétaires de résidences.

Agissant dans le même sens, la Régie régionale de Montréal-Centre a défini un cadre de référence concernant les résidences privées pour personnes âgées⁷⁶, suite auquel elle a constitué un répertoire des résidences qui satisfont aux cinq critères suivants : i) détenir un permis municipal; ii) détenir un enregistrement; iii) posséder un affichage public; iv) posséder un plan d'urgence et d'évacuation; v) posséder une assurance responsabilité civile⁷⁷. De plus, la Régie incite fortement aux résidences privées à être accréditées par un des organismes accréditeurs qu'elle recommande.

Ailleurs, cet exercice de contrôle est parfois assumé par les CLSC. Ainsi, le CLSC Longueuil-Ouest a constitué une liste des résidences privées qu'il a évaluées conjointement avec la Ville et qui s'engagent à respecter les normes.

Il existe d'autres formes de collaboration entre les ressources du réseau de la santé et des services sociaux et les municipalités. D'après le témoignage de l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées de Granby, la Ville de Granby et le CLSC intervenant dans ce territoire, le CLSC de la Haute-Yamaska, ont établi un protocole en vertu duquel toute ressource privée hébergeant plus de deux personnes âgées doit obtenir un permis de la Ville et fait l'objet d'une visite annuelle d'un inspecteur municipal, lequel est accompagné d'un intervenant du CLSC.

Finalement, il existe également des organismes accréditeurs qui s'adressent aux résidences privées. Sans compter que certaines résidences se sont regroupées en associations telles que l'Association des centres d'accueil privés autofinancés et l'Association des résidences pour retraités du Québec, lesquelles exercent une certaine auto-réglementation sur leurs membres.

Malgré le caractère louable de ces initiatives, il n'en demeure pas moins qu'elles reposent sur une démarche volontaire de part et d'autre. Aussi, plusieurs participants à la Consultation ont recommandé que les ressources d'hébergement privées soient réglementées, principalement par un système d'accréditation ou d'obtention de permis d'opérer assorti d'un mécanisme de suivi (Association des résidences pour retraités du Québec; Comité des usagers du Carrefour de la santé et des services sociaux de la Saint-Maurice; Conseil des aînés; Cummings Jewish Centre for Seniors; Fédération des Clubs de l'âge d'or de l'Est du Québec; Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie; Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie; Table de concertation « Abus auprès des aînés » du Trois-Rivières métropolitain; Table des personnes âgées du Haut-St-François).

4. LA PERSONNE ÂGÉE USAGÈRE DE SERVICES DE SANTÉ OU DE SERVICES SOCIAUX

Le régime de santé et de services sociaux du Québec⁷⁸ a pour finalité « le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font

⁷⁶ RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1998).

⁷⁷ RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (2000a).

⁷⁸ Institué par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, ce régime est complété par la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, la *Loi sur l'assurance-maladie*, la *Loi sur l'assurance-médicaments* et la *Loi sur la protection de la santé publique*.

partie. »⁷⁹ Les moyens d'y parvenir reposent sur un vaste système qui couvre l'ensemble du territoire québécois. Il comprend, outre les établissements chargés de dispenser les services de santé et les services sociaux aux citoyens, dix-sept régions régionales et un conseil régional cri, lesquels chapeautent les établissements de la région délimitée par le gouvernement, et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les établissements offrant des services de santé et des services sociaux aux personnes âgées sont les centres locaux de services communautaires, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les centres hospitaliers et les centres de réadaptation⁸⁰. L'action du réseau est complétée par celle des cliniques médicales privées, du réseau d'hébergement privé agréé et des organismes communautaires. Nous rappellerons succinctement les mandats et responsabilités de chacun dans la mesure où il exerce des activités qui ont un impact sur la santé et le bien-être des personnes âgées.

84

4.1 LA PLANIFICATION ET L'ORGANISATION DES SERVICES

La loi oblige la région à assurer la participation des citoyens à la gestion du réseau public, notamment par la formation des comités d'usagers et leur représentation au conseil d'administration des établissements publics, et à assurer le respect du droit des usagers⁸¹. C'est en vertu de ces obligations que la région doit informer les usagers des services disponibles, de leurs droits, des recours dont ils disposent⁸² et qu'elle examine les plaintes qui lui sont adressées par les usagers⁸³.

Chargée de fournir une réponse adéquate et efficace aux besoins généraux et particuliers relatifs à la santé et au bien-être de la population sur son territoire, la région a le mandat d'élaborer les priorités de santé et de bien-être en fonction des besoins de la population de sa région⁸⁴. C'est à cette fin, par exemple, que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre s'est donné des priorités qui touchent directement les établissements. Ainsi, un plan échelonné sur quatre ans, et identifié comme prioritaire dans le rapport annuel 1998-1999, est prévu pour améliorer l'accès des usagers aux services qui leur sont dispensés par les établissements⁸⁵. En ce qui a trait aux services aux personnes âgées, la Régie de Montréal-Centre s'est donné comme priorité d'« améliorer la réponse aux besoins de services des personnes âgées en perte d'autonomie »⁸⁶.

Responsable de la coordination des services, la région régionale a le mandat de coordonner les activités des prestataires de services, soit les établissements, les organismes communautaires et les médecins⁸⁷. De plus, elle doit collaborer avec les autres organismes de la région notamment les municipalités, les directions régionales des ministères et des organismes gouvernementaux, les établissements du réseau de l'éducation et de l'enseignement supérieur et les organismes socio-économiques, aux activités susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population⁸⁸.

La région a la responsabilité d'adopter les règlements nécessaires à la conduite de ses affaires et à l'exercice de ses responsabilités⁸⁹, d'allouer les budgets destinés aux établissements et d'accorder les subventions aux organismes communautaires et aux ressources privées agréées⁹⁰.

79 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 1, al. 2.

80 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 79-88.

81 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 340, al. 2, 1^o et 343.

82 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 344.

83 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 42-53.1.

84 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 340, al. 2, 2^o et 346.

85 RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1998-1999), p. 12.

86 RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1998-1999), p. 21.

87 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 340, al. 2, 5^o et 352.

88 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 353.

89 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 342.1.

90 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 340, al. 2, 4^o et 350.

4.2 LA PRESTATION DES SERVICES

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* énonce des règles applicables soit à l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux, soit à des catégories spécifiques. Elle prévoit également que des normes peuvent être établies par règlement, notamment en ce qui concerne les conditions et les mesures d'hygiène et de sécurité⁹¹.

Les témoignages entendus au cours de la Consultation ont porté principalement sur deux catégories d'établissements qui assurent l'organisation et la prestation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie, soit les centres locaux de services communautaires et les centres d'hébergement et de soins de longue durée. Précisons cependant que les centres hospitaliers jouent également un rôle essentiel puisque leur mission consiste à offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation⁹².

85

4.2.1 Le centre local de services communautaires

Le centre local de services communautaires (CLSC) doit d'une part, offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et d'autre part, offrir à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, des services de réadaptation et des services de réinsertion⁹³. Pour réaliser cette mission, il a la responsabilité de s'assurer que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles sont rejointes, que leurs besoins sont évalués et que les services requis leur sont offerts soit dans ses installations, soit dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile. Si nécessaire, le CLSC doit s'assurer qu'elles sont dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide⁹⁴.

Quelques CLSC offrent des services spécifiques aux personnes âgées victimes d'abus et de négligence. Confrontés à une augmentation des mauvais traitements subis par leur clientèle âgée, certains d'entre eux ont d'ailleurs développé des modèles d'intervention.

Le CLSC René-Cassin, en particulier grâce à l'Institut universitaire en gérontologie sociale (IUGS) qui lui est rattaché, fait sans contredit figure de phare. Ce CLSC offre en effet des services de pointe aux victimes de mauvais traitements, d'abus et d'exploitation, dont il traite environ 100 nouveaux cas par année. De plus, il administre un service de consultation aux professionnels, portant sur les mesures de prévention et les possibilités d'intervention suivant le type de contexte et le type d'abus. Il a entrepris la sensibilisation et l'éducation des différents milieux sur les abus envers les aînés, en utilisant, entre autres moyens, la ligne inter-provinciale d'information sur les abus envers les aînés, qui répond à environ 1 200 appels par année. L'IUGS/CLSC René-Cassin a par ailleurs été un des premiers à initier un modèle de concertation, dont nous traiterons plus bas.

Le service de consultation aux professionnels issu de l'IUGS/CLSC René-Cassin constitue un complément et un appui aux professionnels du CLSC dans leurs fonctions relatives aux abus envers les aînés, dont l'exercice est balisé par un protocole et un guide d'intervention produit par le CLSC. Ce dernier instrument est un outil de dépistage et de validation, contenant les procédures et options d'intervention adaptées aux cas type rencontrés dans la pratique et

91 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 505 : « Le gouvernement peut par règlement : 5° déterminer les conditions et les mesures d'hygiène et de sécurité qui doivent être respectées ou prises, selon le cas, par un établissement; [...] »

92 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 81.

93 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 80, al. 1.

94 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 80, al. 2.

destiné à tout intervenant comme guide d'intervention. L'équipe de l'IUGS reçoit environ 130 demandes de consultation d'intervenants du CLSC par année, dont seulement une dizaine ne peuvent trouver de réponse satisfaisante et sont alors référées à l'équipe de consultation. La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse est appelée à faire partie de l'équipe lorsque requis. Le processus à suivre pour que les intervenants aient accès à l'équipe de consultation est décrit dans le protocole.

86 L'exploitation et les abus envers une personne âgée placent cette dernière dans une position parfois très inconfortable qui accroît sa vulnérabilité puisque l'abus lui confirme en quelque sorte son impuissance à se défendre. De plus, on a vu que des facteurs économiques, physiques et surtout affectifs, sans parler de la peur des représailles, paralysent souvent les personnes âgées lorsqu'elles subissent un abus, les empêchant de dévoiler leur situation à un tiers. De là le petit nombre de plaintes acheminées, entre autres, à la Commission. Les CLSC constituent par contre une porte d'entrée idéale pour la divulgation des mauvais traitements. L'intervention fondée sur le milieu de la personne favorise en effet le dépistage des abus qui pourraient être reliés à diverses situations pour lesquelles les personnes âgées requièrent les services du CLSC. Du moins est-ce là l'hypothèse à la base de la procédure de dépistage développée par le CLSC René-Cassin. Cette procédure consiste à administrer un questionnaire d'évaluation des facteurs de risque auxquels les requérants de 60 ans et plus sont exposés. La liste est longue, et les questions relatives à quelques-uns de ces facteurs constituent à la limite une invasion de la vie privée des personnes auxquelles elles sont administrées, selon, entre autres, Marie Beaulieu. C'est un problème que posent, par exemple, les questions clé sur les éventuels facteurs de dépendance ou de vulnérabilité économique, familiale ou affective, de même que sur les avoirs d'une personne. Néanmoins, cette procédure de dépistage semble porter fruit, encore qu'elle puisse biaiser la perception de la place qu'occupe la dépendance dans la dynamique des abus, comme nous l'a signalé Charmaine Spencer.

Parallèlement au protocole de l'IUGS/CLSC René-Cassin, le CLSC Notre-Dame-de-Grâce de Montréal a développé une philosophie et une pratique d'intervention qui se fondent sur les principes de la prévention des mauvais traitements, de "l'empowerment" et de la protection.

Les nombreuses études sur ces sujets montrent que la prévention est d'autant plus difficile à réaliser que l'interaction entre les principaux facteurs de risque sur lesquels devraient porter les efforts n'est pas connue (Daphne Nahmiash). Il serait donc très utile selon Daphne Nahmiash que des chercheurs entreprennent des études pouvant combler cette lacune, qui a des répercussions au niveau de la prévention et de l'intervention. Lorsque des facteurs de risque tels une relation de codépendance, l'isolement social, la toxicomanie, la promiscuité ou la cohabitation avec un abuseur, la dépression et la perte d'identité interagissent, leur effet se manifeste sous forme de sentiment d'impuissance chez la personne qui les subit sans être capable de les contrer. C'est pourquoi, "l'empowerment", en tant qu'intervention axée « *sur les moyens d'aider les gens à la dérive à se prendre en main suppose surtout l'interaction de la personne avec son milieu* » et comporte des éléments comme le développement du sentiment d'identité personnelle, de la connaissance et de la compréhension critique du tissu de réalités qui font partie de l'environnement, ainsi que le développement d'une plus

grande compétence fonctionnelle, en vue de l'atteinte d'objectifs personnels ou collectifs (Daphne Nahmiash). Munie de ces outils et de ces compétences, la personne pourra plus facilement résister aux entreprises abusives à son égard et s'adresser aux ressources disponibles pour en obtenir un support. Voilà en quoi "l'empowerment" constitue un outil de prévention plus que valable puisqu'il diminue l'impuissance ressentie par la personne âgée dans une situation à risque, lui fournissant des moyens d'autodéfense⁹⁵.

D'après Daphne Nahmiash, les outils d'intervention devraient être standardisés à l'initiative du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Suite à ces deux principaux modèles visant à contrer les abus, de nombreux CLSC et associations ont mis sur pied des tables de concertation.

Par ailleurs, le CLSC a la responsabilité d'assurer les *services à domicile*⁹⁶.

En 1994, le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaissait qu'il était prioritaire que les citoyens ayant besoin de services pour demeurer à domicile aient « accès à un ensemble de services diversifiés qui apportera une réponse adéquate à leurs besoins autant sur le plan quantitatif que qualitatif. »⁹⁷

Traditionnellement, les services à domicile ont été dispensés directement par les CLSC. Ils comportent des services de soins, de réadaptation, des services psychosociaux, des services d'aide ou des services de support aux proches. Les services d'aide comprennent les services d'assistance personnelle, les services d'aide domestique et le soutien civique. Les services de support aux proches comprennent les services de gardiennage, le répit et les mesures de dépannage.

De plus en plus, une partie des services d'aide sont plutôt dispensés indirectement par le CLSC dont le rôle se limite à évaluer les besoins de la personne et à lui donner *une allocation directe ou un chèque emploi-service* au moyen desquels elle devra obtenir elle-même les services dont elle a besoin⁹⁸. Cette réduction des services s'expliquerait par la croissance des besoins découlant du virage ambulatoire et par le sous-financement des services⁹⁹.

En sus de cette aide publique directe ou indirecte, toute personne de 70 ans ou plus bénéficie, depuis le 1^{er} janvier 2000, d'un *crédit d'impôt remboursable pour le maintien à domicile*¹⁰⁰. Le crédit d'impôt correspond à 23 % des dépenses admissibles, dont le montant est limité à un plafond annuel de 12 000 \$. Autrement dit, le crédit donne droit à un montant maximal de 2 760 \$ par année. Les deux conjoints d'un couple peuvent avoir droit au crédit d'impôt maximal de 2 760 \$ pour leurs dépenses respectives. Lorsque la mesure a été annoncée, elle visait uniquement les personnes âgées en perte d'autonomie désignées en tant que tel par un CLSC, mais cette condition a été retirée¹⁰¹.

Les services de soutien admissibles sont les services directs à la personne et les services domestiques. Les services directs comprennent l'assistance non professionnelle pour permettre d'accomplir une activité de la vie quotidienne, les services de préparation de repas, la surveillance non spécialisée et le soutien civique (par exemple de l'aide pour remplir des formulaires), alors que les services domestiques regroupent les services d'entretien ménager,

95 REIS, Myrna et Daphne NAHMIASH (1998).

96 Dès 1979, la politique ministérielle en matière de services à domicile privilégiait les CLSC comme dispensateurs de ces services tout en indiquant qu'ils devaient aussi faire appel aux ressources communautaires pour la distribution de services à caractère généraux. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES (1979), pp. 15-16.

97 QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994b), p. 19.

98 Sur les questions que soulève la privatisation des services à domicile, voir notamment VAILLANCOURT, Yves (1997).

99 OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC.

100 *Loi modifiant la Loi sur les impôts et d'autres dispositions législatives d'ordre fiscal*, art. 190.

101 QUÉBEC, MINISTÈRE DES FINANCES (1999).

d'entretien des vêtements et d'approvisionnement en nécessités courantes, ainsi que les travaux mineurs à l'extérieur du domicile. Depuis juin 2000, la personne peut se prévaloir de ce crédit d'impôt même si elle occupe un logement dans une maison de chambres, un établissement hôtelier ou une résidence privée¹⁰².

Il faut savoir également que dans l'objectif de « *favoriser la création et le développement d'entreprises d'aide domestique et [...] soutenir la demande de services en cette matière* »¹⁰³, le gouvernement a créé le *Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique*. Ce programme permet à trois clientèles désignées, soit les personnes de 65 ans et plus, les personnes de 18 à 64 ans dirigées par le CLSC en raison d'une incapacité et les ménages actifs, d'obtenir une aide financière lorsqu'elles recourent aux services d'aide domestique fournis par une entreprise d'économie sociale reconnue. Outre l'aide fixe de 4 \$ par heure, à laquelle a droit toute personne, les personnes de 65 ans et plus et les personnes dirigées par le CLSC peuvent bénéficier de l'aide variable, qui va de 0,20 \$ à 6 \$ par heure de service rendu. Les services visés sont l'entretien ménager, la préparation des repas et l'approvisionnement¹⁰⁴.

Ainsi que le signalent le Groupe privilégié d'intervention La Source et le Regroupement des aidantes et aidants naturels de Montréal, le transfert de la dispensation des services des CLSC aux entreprises privées et aux entreprises d'économie sociale entraîne entre autres conséquences que les services donnés ne sont pas assujettis aux normes et aux contrôles institués par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Le Groupe privilégié d'intervention La Source ajoute que non seulement « *certaines personnes préfèrent se passer de services plutôt que d'en acheter* », mais aussi que « *lorsqu'elles deviennent employeurs et engagent des travailleurs autonomes, elles peuvent être à risque d'abus de leur part. Quelques-unes ont eu de mauvaises expériences et elles ont peu de recours.* »

Comme le reconnaît le gouvernement dans le cadre d'application du crédit d'impôt remboursable pour le maintien à domicile, il est essentiel que la personne ait accès aux services d'aide dont elle a besoin, quel que soit le type de logement dans lequel elle réside. C'est dans cet objectif que le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère responsable de l'Habitation ont adopté un *Cadre de référence sur les services à dispenser aux personnes âgées en perte d'autonomie en habitation à loyer modique*. Ce cadre vise à « *assurer une meilleure continuité et une plus grande complémentarité dans la planification et la distribution des services offerts par [...] les centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) et les offices municipaux d'habitation (O.M.H.).* »¹⁰⁵ L'entente prévoit notamment la mise en place de ressources (un individu ou un couple) qui aurait pour fonction de dispenser à des personnes de 65 ans et plus résidant en H.L.M. et présentant une perte d'autonomie sévère, des services de surveillance, de préparation de repas, d'entretien ménager, de buanderie et d'animation.

Bien que la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse n'ait pas été en mesure d'évaluer les résultats de la mise en œuvre de cette entente, elle considère que ce type de mesures peut contribuer à pallier des facteurs de vulnérabilité. Ajoutons que cette initiative manifeste une volonté que les divers réseaux de services collaborent entre eux, ce qui peut constituer un moyen efficace de prévenir l'exploitation et les autres formes d'abus.

¹⁰² QUÉBEC, MINISTÈRE DES FINANCES (2000).

¹⁰³ ANCTIL, Hervé et Lucie BÉLANGER (2000), p. 4.

¹⁰⁴ RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (1998).

¹⁰⁵ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (1993), page préliminaire.

Par ailleurs, plusieurs témoignages ont déploré que l'accessibilité aux services à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie soit insuffisante et noté qu'elle varie non seulement d'une région à l'autre, mais d'un CLSC à un autre. Il faut dire que ces soins sont, de l'avis de plusieurs, sous-financés, notamment si on compare le niveau de financement dont ils bénéficient au Québec par rapport à celui d'autres provinces. Alors que la moyenne canadienne serait de 69 \$, le Québec verserait 38 \$ par capita en soins à domicile.

Les témoignages reçus nous ont alerté en particulier sur les lacunes dans l'intégration des services et le suivi des personnes âgées en perte d'autonomie. À cet égard, il faut saluer la publication récente du document sur les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*¹⁰⁶, dans lequel sont réaffirmés les visées de la Loi sur la santé et les services sociaux, dont la mise en œuvre devrait suivre les grands axes suivants : 1) l'intégration des services, 2) l'accessibilité à des services répondant aux besoins et 3) l'amélioration de la qualité des pratiques, de l'intervention et des milieux.

4.2.2 Les établissements d'hébergement publics et les établissements d'hébergement privés reconnus

Le centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) a pour mission d'« offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage. »¹⁰⁷ Il doit également voir à ce que les services requis par ses usagers soient offerts à l'intérieur de ses installations¹⁰⁸.

La Cour d'appel indiquait récemment dans un arrêt la portée de cette mission :

« La mission que le législateur confie aux CHSLD est donc plus qu'un objectif vague et général vers lequel ils doivent tendre; elle est ici synonyme d'obligations. Les CHSLD ont une tâche à accomplir, et cette tâche est décrite à l'article 83 de la Loi. La première des obligations liées à l'accomplissement de cette tâche, de cette mission, est celle d'offrir un milieu de vie substitut aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage. »¹⁰⁹

On constate donc que les services offerts en centre d'hébergement et de soins de longue durée sont réservés aux personnes en perte d'autonomie.

Il existe trois catégories de centres d'hébergement et de soins de longue durée, soit les CHSLD publics, les CHSLD privés conventionnés et les CHSLD privés non conventionnés. Mais quel que soit son statut, tout centre d'hébergement et de soins de longue durée a l'obligation d'obtenir un permis du ministère de la Santé et des services sociaux pour pouvoir opérer¹¹⁰, sous peine de sanction¹¹¹.

Dans les CHSLD publics et les CHSLD privés conventionnés¹¹², la personne âgée assume une partie des coûts des services et l'État en assume le reste. Les CHSLD privés non conventionnés doivent offrir les mêmes services que les CHSLD publics et les CHSLD privés conventionnés,

106 QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2001.

107 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 83, al. 1. Ils étaient anciennement appelés selon le cas centre d'accueil ou centre de longue durée.

108 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 83, al. 2.

109 *Québec (Procureur général) c. Vigi Santé Ltée*, p. 1001. La Cour d'appel conclut dans cette décision que « le lavage des vêtements est une composante inhérente du milieu de vie naturel de tout citoyen canadien, au Québec comme ailleurs, que l'on doit retrouver dans le milieu de vie substitut que les CHSLD ont pour mission d'offrir à leurs résidents et qu'ils se sont engagés à réaliser en retour du financement gouvernemental qu'ils reçoivent. » (pp. 1001-1002)

110 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 437.

111 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 531.

112 La distinction entre les établissements publics et les établissements privés conventionnés relève de leur statut juridique (existence ou non d'une personne morale, à but lucratif ou non, loi en vertu de laquelle l'établissement est constitué) : *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 98 et 99.

mais les coûts en sont entièrement assumés par la personne âgée, y compris les services de soins de santé, les soins d'assistance, les services de réadaptation, etc.¹¹³

La contribution de la personne hébergée dans un CHSLD public ou dans un CHSLD privé conventionné est fixée en fonction de sa capacité de payer, mais aussi de la catégorie de chambre occupée et de l'obligation de lui réserver une allocation mensuelle, qui est en ce moment de 151 \$, pour ses dépenses personnelles¹¹⁴. Cette contribution varierait actuellement entre 800 \$ et 1 300 \$ par mois. La capacité de payer est calculée à partir des revenus de la personne et de son conjoint et de sa situation familiale. La personne usagère peut être exonérée totalement ou partiellement de l'obligation de contribuer à son hébergement, suivant le montant de ses revenus et la valeur des biens et avoirs liquides qu'elle ou sa famille possède. On remarquera que si ce calcul tient compte des revenus du conjoint et de la valeur des biens familiaux, en revanche l'obligation alimentaire des enfants n'est pas prise en compte.

Afin de prévenir des manœuvres frauduleuses visant une exonération partielle ou totale de l'obligation de contribuer, la loi interdit à l'usager d'avoir renoncé à ses droits ou disposé d'un bien ou d'un avoir liquide sans juste considération ou encore de les avoir dilapidés et ce, dans les deux ans précédant l'hébergement. Afin de sanctionner cette interdiction, le ministre a le pouvoir d'intenter un recours en recouvrement de la valeur des droits, des biens ou des avoirs dont un tiers a profité¹¹⁵.

Les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent également être dirigées dans une ressource intermédiaire rattachée par un contrat à un CHSLD public ou à un centre hospitalier¹¹⁶. Ces ressources, dont plusieurs sont connues comme des pavillons, ont la responsabilité d'offrir des services d'hébergement et des services de soutien ou d'assistance devant permettre de maintenir ou d'intégrer la personne à la communauté¹¹⁷. Il ne semble pas que ces résidences soient soumises à l'obligation d'obtenir un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux¹¹⁸, mais elles sont tenues de respecter des critères de reconnaissance définis par la régie régionale et elles font l'objet d'un suivi professionnel de la part de l'établissement auquel elles sont rattachées¹¹⁹.

Les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent enfin être placées dans une résidence d'accueil¹²⁰, soit une résidence où une ou deux personnes accueillent chez elles au maximum neuf personnes âgées qui leur sont confiées par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel¹²¹. Là encore, ces types de résidence ne semblent pas devoir détenir un permis¹²², mais elles sont aussi soumises aux exigences de reconnaissance par la régie et de suivi professionnel¹²³.

Quoique la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* énonce certaines règles encadrant la prestation des services et prévoit que des règles peuvent également être établies par règlement, particulièrement en ce qui concerne les conditions et les mesures d'hygiène et de sécurité¹²⁴, en général, les dispositions régissant les CHSLD ne sont pas très élaborées, surtout lorsqu'on les compare à celles contenues dans des législations adoptées dans d'autres juridictions. Par exemple, en Saskatchewan, le règlement d'application de

¹¹³ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1995), p. 5.

¹¹⁴ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 512-520; *Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 358-377.1.

¹¹⁵ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 516.

¹¹⁶ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 301 et 302. Sur la contribution de l'usager, voir *Règlement sur la contribution des usagers pris en charge par les ressources intermédiaires* (Projet de règlement).

¹¹⁷ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 302, al. 1.

¹¹⁸ BAUDOUIN, Jean-Louis et Patrick A. MOLINARI (2000), pp. 338 et 352.

¹¹⁹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 304.

¹²⁰ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 310, al. 1, 311 et 312, al. 2.

¹²¹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 312, al. 2.

¹²² BAUDOUIN, Jean-Louis et Patrick A. MOLINARI (2000), pp. 338 et 352.

¹²³ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 314, qui renvoie notamment à l'article 304.

la loi régissant les résidences et foyers de soins spéciaux précise un ensemble de critères définissant les soins adéquats que doit recevoir une personne hébergée dans une résidence ou un foyer de soins spéciaux. Ces critères définissant les soins adéquats comprennent des éléments relatifs à l'hygiène personnelle et à la nutrition, ainsi que le fait que les soins soient rendus avec égard et considération ¹²⁵.

Au Québec, les établissements et les personnes qui y œuvrent sont cependant soumis à des normes définies par les plans d'organisation ¹²⁶ et les règlements ¹²⁷ dont doivent se doter les établissements. Comme nous le verrons plus bas, les professionnels sont aussi soumis à des normes de pratiques dont la surveillance incombe à leur ordre professionnel respectif.

Par ailleurs, un établissement peut se soumettre volontairement à une procédure d'agrément par laquelle la qualité des services à la clientèle est évaluée. Les CHSLD peuvent demander cet agrément à deux organismes externes, le Conseil québécois d'agrément des établissements de santé et de services sociaux ou le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé. Ces organismes indépendants et sans but lucratif effectuent une visite auprès de l'établissement au cours de laquelle l'application de normes de qualité est évaluée. L'organisme d'agrément transmet ensuite à l'établissement ses commentaires et recommandations.

De nombreux participants à la Consultation ont souligné que le sous-financement dont souffrent les établissements, en particulier les CHSLD publics, affectent directement leur capacité d'assurer le respect des droits et des besoins des usagers. Par exemple l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Côte-Nord signale que la personne qui vit en hébergement n'a plus accès aux services de réadaptation, tels que la physiothérapie.

4.2.3 Les organismes communautaires

Les organismes communautaires jouent un rôle essentiel à l'égard des personnes âgées, notamment pour celles qui vivent dans la communauté.

Certains offrent des services de maintien à domicile, par exemple l'aide à domicile, le gardiennage, la préparation de repas, les popotes roulantes, l'entretien ménager, le transport, l'accompagnement, les visites.

D'autres offrent des services d'information et de référence. Ainsi, la Commission a pu constater que l'ignorance par les victimes ou leur entourage de l'existence d'organismes responsables d'assurer des services, de donner des renseignements ou de recevoir des plaintes est parfois compensée par l'action d'organismes d'entraide. Ceux-ci agissent par exemple en dirigeant et en accompagnant les personnes vers les ressources appropriées (Les Aîné(e)s de Jonquière) ou en élaborant des outils d'information.

Plusieurs groupes communautaires participent à des projets de concertation avec des CLSC, des milieux d'hébergement privés ou publics, des Centres d'action communautaire. La Fédération des Clubs de l'âge d'or de l'Est du Québec a mis sur pied un tel projet, « *Échec à la violence faite aux aînés* », avec l'objectif de sensibiliser les intervenants, les parents et la population.

124. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 505 : « Le gouvernement peut par règlement : 5 déterminer les conditions et les mesures d'hygiène et de sécurité qui doivent être respectées ou prises, selon le cas, par un établissement; [...] »

125. *The Housing and Special-care Homes Regulations*, part II, art. 6. Voir aussi le règlement très détaillé de la Colombie-Britannique, le *Adult Care Regulations*.

126. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 105 et 183 à 187; *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, art. 78.1-84.13.

127. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 106; *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, art. 6-7.

Des groupes communautaires participent également à des programmes de rapprochement entre les générations, en collaborant notamment avec les commissions scolaires (par exemple le programme « *Bâtir des ponts avec les aînés* » créé par la Fédération des Clubs de l'âge d'or de l'Est du Québec) et des maisons de jeunes (Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées de Drummondville). Ces programmes cherchent entre autres à diminuer les préjugés à l'égard des personnes âgées et à favoriser la solidarité intergénérationnelle.

Il ne faut pas oublier les groupes communautaires regroupant les personnes âgées autour d'activités sociales ou de loisirs, ce qui contribue à combattre leur isolement social.

⁹² La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* reconnaît un statut juridique aux organismes communautaires qu'elle définit comme des personnes morales constituées à des fins non lucratives, dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert et dont les activités sont reliées au domaine de la santé et des services sociaux¹²⁸.

Ces organismes peuvent être subventionnés soit par une régie régionale, soit par le ministre. La régie peut subventionner les organismes qui offrent des services de prévention, d'aide et de soutien aux personnes de la région, y compris des services d'hébergement temporaire ou qui exercent, au niveau régional, des activités de promotion, de sensibilisation et de défense des droits et des intérêts des utilisateurs de ses services ou des usagers de services de santé ou de services sociaux de la région ou encore qui s'occupent de la promotion de la santé et du développement social au niveau régional¹²⁹. Le ministre peut subventionner des organismes communautaires qui s'occupent de la défense des droits ou de la promotion des intérêts des utilisateurs des services des organismes communautaires ou de ceux des usagers de services de santé ou de services sociaux, pour l'ensemble du Québec, des organismes communautaires qui s'occupent de la promotion du développement social, de l'amélioration des conditions de vie ou de la prévention ou de la promotion de la santé, pour l'ensemble du Québec, et des organismes communautaires qui exercent des activités répondant à des besoins nouveaux ou utilisant des approches nouvelles, ainsi que des regroupements provinciaux d'organismes communautaires¹³⁰.

De plus, la loi prévoit expressément que le mandat d'assister et d'accompagner les usagers qui désirent porter plainte auprès d'un établissement, de la régie régionale ou du commissaire aux plaintes doit être confié, dans chaque région, à un organisme communautaire agréé par le ministre¹³¹.

4.3 LES DROITS DES USAGERS

4.3.1 La reconnaissance des droits des usagers

La réforme législative du système de santé en 1990 avait pour objectif de replacer le citoyen au centre du système en assurant le respect de ses droits. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* lui reconnaît donc un ensemble de droits. Avant de les examiner, il est utile d'avoir en tête les lignes directrices auxquelles sont assujetties la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux :

¹²⁸ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 334.

¹²⁹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 336.

¹³⁰ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 337.

¹³¹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 54.

- 132** *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 3.
- 133** *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 5.
- 134** *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 100.
- 135** *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 6.
- 136** *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 14.
- 137** *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 13.
- 138** *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 100.
- 139** *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 7 et 101.
- 140** *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 15 et 348.
- 141** *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 15 et 348.
- 142** *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 508-511. Voir par exemple *Décret 848-99 concernant le Programme d'accès à des services de santé et à des services sociaux en langue anglaise pour des personnes d'expression anglaise de la région de Montréal-Centre*.
- 143** *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 349. Voir aussi art. 2, para. 78, art. 171, al. 3 et art. 355, al. 2.
- 144** *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 4 (droit d'être informé sur les services et ressources et les modalités d'accès) et 8 (droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître les options qui s'offrent à lui).
- 145** *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 10.
- 146** *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 9.
- 147** *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 10.
- 148** *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 102; *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, art. 35.
- 149** *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 102; *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, art. 48.

« 1^o la raison d'être des services est la personne qui les requiert;

2^o le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;

3^o l'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et

compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie et de ses besoins;

4^o l'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;

5^o l'utilisateur doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse. »¹³²

L'utilisateur a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée¹³³. C'est d'ailleurs la fonction des établissements que d'assurer la prestation de services de qualité, qui soient continus, accessibles et respectueux des droits des personnes¹³⁴. L'utilisateur a également le droit de choisir l'établissement et le professionnel desquels il veut recevoir les services que requiert son état¹³⁵. Le droit à la continuité se traduit notamment par le droit d'être hébergé par un établissement tant que son état le requiert¹³⁶.

L'exercice du droit aux services et du droit au libre choix peut être limité soit par des dispositions relatives à l'organisation et au fonctionnement des établissements, soit par l'état des ressources humaines, matérielles et financières dont l'établissement dispose¹³⁷. Toutefois, l'établissement a l'obligation de gérer avec efficacité et efficience ses ressources, avec l'objectif d'assurer la prestation de services de qualité, qui soient continus, accessibles et respectueux des droits des personnes¹³⁸.

Lorsque sa vie ou son intégrité est en danger, la personne a droit à des soins et tout établissement à qui demande en est faite a l'obligation de voir à ce que ces soins soient fournis¹³⁹. Cette obligation se fonde sur le droit au secours que garantit la *Charte des droits et libertés de la personne*.

Toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir les services dans sa langue, dans la mesure des ressources humaines, matérielles et financières des établissements¹⁴⁰. L'exercice de ce droit est assujéti à l'élaboration par la régie régionale, en collaboration avec les établissements, d'un programme d'accès aux services en langue anglaise¹⁴¹, ainsi qu'à la désignation, par le gouvernement, des établissements tenus de rendre accessibles les services de santé et les services sociaux en langue anglaise¹⁴². Par ailleurs, les régies régionales doivent favoriser l'accès aux services dans le respect des caractéristiques des communautés culturelles¹⁴³.

Étant donné l'objectif de la réforme, il était logique de garantir à l'utilisateur tant le droit d'être informé¹⁴⁴, que celui de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être¹⁴⁵. Non seulement, il a le droit de donner ou refuser son consentement¹⁴⁶, un droit qui découle du droit fondamental à l'intégrité, mais il a aussi le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention¹⁴⁷, lequel doit obligatoirement être établi lorsque l'utilisateur est inscrit dans un établissement offrant des soins de longue durée ou d'hébergement¹⁴⁸ ou lorsqu'il est pris en charge dans une famille d'accueil¹⁴⁹. Le plan

d'intervention comprend l'identification des besoins de l'utilisateur, les objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser, la durée prévisible des soins ou des services ainsi qu'une mention de sa révision aux 90 jours ¹⁵⁰.

Depuis 1998, l'utilisateur a le droit de ne pas subir de mesures de contrôle telles que la contention, l'isolement et d'autres mesures mécaniques ou chimiques, sauf dans des situations exceptionnelles définies et balisées par la Loi :

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

Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.

Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures. » ¹⁵¹

La reconnaissance de ce droit dans la Loi était plus que nécessaire, si l'on en croit plusieurs témoignages. Celui du Curateur public est éloquent à cet égard :

« Qualifiée par certains intervenants rencontrés (dont différents experts médicaux) de véritable "fléau dans les institutions", la contention constitue en fait chez nous, à la différence d'autres sociétés, davantage une pratique courante qu'une mesure d'exception. Une étude menée auprès de 29 CHSLD de la région de Québec a en effet démontré qu'en 1996, 33 % des résidents ont fait l'objet d'au moins une contention par jour, d'une durée moyenne de 11,5 heures. À titre comparatif, ce taux se situe plutôt autour de 4 % dans des pays comme la Grande-Bretagne, le Danemark et la Suède, et le nombre de chutes ou de fractures y demeure moins élevé qu'ici. »

Toutefois, ce nouveau droit ne peut être mis en application tant que le ministère de la Santé et des Services sociaux n'aura pas adopté les orientations qui doivent guider les établissements dans l'élaboration des protocoles d'application.

Dans ses orientations de 2001, le ministère reconnaît le problème et prévoit, entre autres, améliorer la formation à l'utilisation des mesures de contention. Il entend aussi « clarifier la question de l'efficacité de l'usage des contentions ¹⁵² ».

Tenant compte du milieu institutionnel qui accueille la personne usagère et de la vulnérabilité le plus souvent inhérente à sa situation puisqu'elle est en besoin de services de santé ou de services sociaux, la Loi lui reconnaît le droit d'être accompagnée et assistée d'une personne de son choix soit pour recevoir de l'information, soit pour entreprendre une démarche relative à un service ¹⁵³. Cette personne peut être un conjoint, un parent ou un proche, mais aussi un

¹⁵⁰ Loi sur les services de santé et les services sociaux, art. 102; Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, art. 35, al. 1 et 49.

¹⁵¹ Loi sur les services de santé et les services sociaux, art. 118.1. Cet article a son pendant à l'article 150.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris.

¹⁵² QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2001, p. 36.

¹⁵³ Loi sur les services de santé et les services sociaux, art. 11.

membre d'un comité des usagers¹⁵⁴ ou dans le cas d'une plainte, d'un organisme communautaire désigné¹⁵⁵.

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* reconnaît à l'usager le droit d'accès au dossier que constitue sur lui l'établissement¹⁵⁶ et à l'assistance professionnelle qualifiée pour l'aider à comprendre l'information¹⁵⁷.

Dans l'objectif de protéger le droit au respect de la vie privée de l'usager, celui-ci a également droit à la confidentialité de son dossier¹⁵⁸. L'accès au dossier peut toutefois être autorisé par l'usager ou par la personne pouvant donner une autorisation en son nom, telle que son représentant légal. Il peut également être autorisé sur l'ordre d'un tribunal ou d'un coroner ou dans d'autres cas prévus par la Loi¹⁵⁹, par exemple l'appréciation de la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques¹⁶⁰. En dehors de ces cas, toute personne ayant accès au dossier a l'obligation de préserver la confidentialité des informations qui y sont contenues et ne peut donc la divulguer.

Finalement, l'usager a le droit d'exercer des recours contre l'établissement ou une des personnes qui y œuvrent à titre d'administrateur, employé, préposé de l'établissement ou de professionnel¹⁶¹, ainsi que le droit de porter plainte sur les services qu'il a reçus ou aurait dû recevoir¹⁶².

4.3.2 L'exercice des droits de la personne usagère

La Loi établit des mécanismes pour assurer l'exercice de ses droits par la personne usagère : le code d'éthique et le comité des usagers.

A) Le code d'éthique

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit que tout établissement a l'obligation de se doter d'un code d'éthique¹⁶³. Cette obligation pèse sur les CHSLD, les CLSC et les ressources intermédiaires¹⁶⁴, mais non sur les résidences d'accueil. Le code d'éthique doit indiquer les droits des usagers et les pratiques et conduites attendues des employés et des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement, à l'endroit des usagers¹⁶⁵. Il est entendu qu'un établissement ne peut adopter un code qui irait à l'encontre des droits des usagers, notamment de ceux que leur reconnaît la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

La mise en œuvre des règles suppose que celles-ci sont connues par les personnes qui travaillent avec les personnes hébergées, tout comme par l'usager et son entourage. À cet égard, la loi prescrit que l'établissement ou la ressource intermédiaire doit remettre un exemplaire du code d'éthique à tout usager qu'il héberge ou qui lui en fait la demande¹⁶⁶.

Malgré ces obligations légales, plusieurs témoignages indiquent que les résidents des centres d'hébergement ne sont pas informés de leurs droits (Michel Cantin; Commissaire aux plaintes). Qui plus est, le Protecteur du citoyen signale que ces codes sont souvent « détournés pour devenir un énoncé des responsabilités des usagers et non plus des conduites attendues du personnel » et sont même utilisés pour punir les usagers, ce qui contrevient évidemment à l'esprit et au texte de la Loi. D'autre part, il dénonce le fait que des sanctions ne soient pas toujours imposées en cas de non-respect et propose que des sanctions soient expressément prévues dans les codes d'éthique.

¹⁵⁴ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 212, al. 2, para. 4^o.

¹⁵⁵ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 54.

¹⁵⁶ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 17 et 26. Le contenu des dossiers est défini par le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, art. 53-57.

¹⁵⁷ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 25.

¹⁵⁸ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 19.

¹⁵⁹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 19.

¹⁶⁰ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 214.

¹⁶¹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 16 et 309.

¹⁶² *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 31, 42 et 56.

¹⁶³ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 233.

¹⁶⁴ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 309.

¹⁶⁵ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 233.

¹⁶⁶ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 233.

B) Les comités des usagers

Afin de favoriser l'exercice des droits des usagers, la loi prévoit la constitution, dans chaque établissement, d'un comité des usagers d'au moins cinq membres élus par tous les usagers de l'établissement. La majorité des membres du comité doivent être des usagers; les membres qui ne sont pas usagers ne doivent pas avoir de lien professionnel avec l'établissement¹⁶⁷. La création d'un comité des usagers est obligatoire pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée de vingt lits ou plus¹⁶⁸. Dans un CHSLD de moins de vingt lits ou dans un CLSC, le comité des usagers peut être mis sur pied à la demande des usagers¹⁶⁹.

Les comités d'usagers sont constitués en vertu de la *Loi sur la santé et les services sociaux* pour assurer les fonctions suivantes :

- renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations;
- promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus dans l'établissement;
- défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande de l'utilisateur, ses droits et ses intérêts en tant qu'utilisateur auprès de l'établissement ou de toute autre autorité compétente;
- accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter une plainte conformément à la Loi¹⁷⁰.

Les témoignages ont illustré le rôle utile du comités des usagers dans la lutte contre les abus au sein d'un établissement. Il peut par exemple dénoncer des situations et mettre en confiance les personnes âgées (Comité des usagers du Centre de Santé et Services Sociaux Nicolet). Il peut jouer un rôle dans la surveillance en rencontrant sur une base mensuelle les représentants de l'établissement pour discuter des problèmes qui se posent (Comité des usagers du CHSLD de la MRC de Champlain). Il pourrait faire partie d'un comité de vigilance en matière d'exploitation, composé en outre d'un représentant du personnel clinique et d'un représentant du personnel de soutien et administratif et dont le mandat serait de faire des recommandations au directeur général de l'établissement (Association des établissements privés conventionnés).

Toutefois, plusieurs témoignages ont porté sur le manque d'influence de ces comités. Certains ont observé que les membres du personnel s'interposent entre le membre du comité et l'utilisateur, notamment en matière d'accompagnement dans une démarche de plainte : « *Ou bien ils ne connaissent pas le rôle du comité des résidents, ou bien ils ne l'acceptent pas. [...] Pourtant la loi est claire à ce sujet.* » (Michel Cantin).

4.3.3 Les mécanismes de surveillance et de sanction

A) Les mécanismes de surveillance et de sanction internes

Tout d'abord, le conseil d'administration a un rôle clé à jouer dans la surveillance du respect des règles puisqu'il a la responsabilité de s'assurer tant de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services, que du respect des droits des usagers et du traitement de leurs plaintes¹⁷¹. C'est également lui qui établit les priorités et orientations de l'établissement et

167 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 209.

168 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 209, al. 1.

169 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 209, al. 2.

170 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 212.

171 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 172, para. 1^o et 2^o.

qui doit voir à leur respect¹⁷². Ces priorités et orientations doivent faire l'objet d'une discussion avec le personnel lors d'une réunion annuelle¹⁷³.

Les actes posés par un médecin, un dentiste ou un pharmacien sont toutefois soumis au contrôle du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens que doit constituer chaque établissement de santé où exercent au moins cinq médecins, dentistes ou pharmaciens¹⁷⁴.

La direction de l'établissement exerce quant à elle son rôle, notamment en sanctionnant par des mesures disciplinaires des employés qui portent atteinte aux droits des usagers¹⁷⁵.

D'autre part, le ministre dispose d'un pouvoir d'inspection, qu'il peut exercer de sa propre initiative, et peut autoriser une personne à pénétrer dans toute installation maintenue par un établissement afin de constater si la loi et les règlements sont respectés¹⁷⁶. Le ministre en a délégué l'exercice aux régies régionales¹⁷⁷.

La Loi instaure en outre un régime des plaintes des usagers, qui s'articule sur deux ou trois paliers, selon la personne ou l'organisme visé par la plainte.

En premier lieu, tout établissement est tenu d'une part, d'établir une procédure d'examen des plaintes pour permettre à l'utilisateur de porter plainte sur les soins ou les services qu'il a reçus ou aurait dû recevoir, d'autre part, de désigner, parmi son personnel, un responsable chargé de son application¹⁷⁸. L'établissement a l'obligation de publier et diffuser la procédure de plainte, notamment en la remettant à tout usager hébergé¹⁷⁹. À ce premier stade, la plainte peut être orale ou écrite et l'utilisateur a le droit d'être assisté dans sa démarche¹⁸⁰.

La plainte peut viser l'établissement ou encore la ressource intermédiaire ou la résidence d'accueil à laquelle l'établissement recourt¹⁸¹. La procédure doit permettre à l'utilisateur et aux personnes ou organismes impliqués par la plainte de présenter leurs observations¹⁸² mais la Loi n'exige pas de procéder à une audition¹⁸³. En revanche, si le responsable convoque une rencontre, l'utilisateur et selon le cas, la ressource intermédiaire, la résidence d'accueil et tout membre du personnel de l'établissement assigné ont l'obligation d'y assister, sauf excuse valable¹⁸⁴.

Suivant les conclusions auxquelles il en arrive, le responsable de l'application de la procédure d'examen des plaintes adresse un rapport ou des recommandations au directeur général de l'établissement qui doit les transmettre au conseil d'administration¹⁸⁵.

Lorsque les conclusions proposent l'imposition de mesures disciplinaires à l'endroit d'un employé ou d'un professionnel œuvrant dans l'établissement, il revient au conseil d'administration de prononcer celles-ci¹⁸⁶. Si la plainte concerne un médecin, un dentiste ou un pharmacien, le conseil d'administration doit la transmettre au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement qui devra donner son avis sur les mesures disciplinaires à imposer¹⁸⁷. D'autre part, lorsque la mesure disciplinaire concerne le membre d'un ordre professionnel, le conseil d'administration a l'obligation d'en informer l'ordre professionnel duquel relève celui-ci¹⁸⁸. De plus, le conseil d'administration peut transmettre directement la plainte à l'ordre lorsqu'il juge que la gravité de celle-ci le justifie¹⁸⁹.

Chaque régie doit-elle aussi mettre en place une procédure d'examen des plaintes et désigner, parmi son personnel, un responsable chargé de son application. Peuvent recourir à cette

172 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 171.

173 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 232.

174 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 213 et 214, para. 1^o.

175 Par exemple dans *Diez c. Boisvert*, le tribunal confirme le congédiement d'une préposée aux bénéficiaires auprès de personnes âgées, aux motifs qu'elle avait agressé physiquement des bénéficiaires, qu'elle s'adressait aux bénéficiaires en criant et qu'il lui arrivait de faire manger les bénéficiaires à toute vitesse.

176 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 489.

177 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 489.1; RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1995b), p. 4.

178 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 29 et 31.

179 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 30.

180 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 11, 33 et 54.

181 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 31.

182 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 32.

183 BAUDOUIN, Jean-Louis et Patrick A. MOLINARI (2000), p. 76.

184 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 34.1.

185 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 40.

186 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 41, al. 2.

187 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 214, para. 5^o.

188 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 41, al. 2 et 249, al. 5.

189 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 41, al. 1.

procédure l'utilisateur qui est en désaccord avec la décision transmise par le responsable des plaintes d'un établissement¹⁹⁰, ainsi que l'utilisateur des services d'un organisme communautaire visé par la Loi¹⁹¹ et l'utilisateur qui veut se plaindre de l'exercice d'une fonction ou d'une activité de la régie qui l'affecte¹⁹². La plainte adressée à la régie doit être écrite¹⁹³, sauf si elle concerne l'exercice d'une fonction ou d'une activité de la régie ou les services d'un organisme communautaire, auxquels cas elle peut être écrite ou verbale¹⁹⁴. L'utilisateur a le droit d'être assisté dans sa démarche¹⁹⁵.

S'il y a lieu, le responsable de l'application de la procédure d'examen des plaintes adresse un rapport ou des recommandations au directeur général de la régie qui doit les transmettre au conseil d'administration¹⁹⁶. Mais la régie ne semble pas avoir de pouvoir d'exiger de l'établissement qu'il exécute la recommandation¹⁹⁷.

Le dernier palier du régime de plainte érigé dans la Loi est le commissaire aux plaintes. Il examine la plainte écrite de l'utilisateur qui est en désaccord avec la décision transmise par le responsable des plaintes de la régie régionale¹⁹⁸.

Le commissaire aux plaintes dispose de pouvoirs d'enquête plus étendus que les responsables des plaintes des établissements et des régies (il est investi des pouvoirs d'enquête prévus par la *Loi sur les commissions d'enquête*, sauf celui d'imposer l'emprisonnement¹⁹⁹). Son pouvoir de décision demeure toutefois restreint puisqu'il se limite à la formulation de recommandations aux instances visées qui doivent lui répondre dans les 30 jours pour l'informer des suites qu'ils entendent y donner²⁰⁰. Néanmoins, la Commissaire aux plaintes a constaté que la quasi-totalité des recommandations qu'elle a adressées aux établissements et autres instances concernées ont été mises en œuvre²⁰¹. Outre ce pouvoir, le commissaire peut donner son avis au ministre sur des questions portant sur le respect des droits des usagers et sur les objets de plainte, chaque fois qu'il l'estime nécessaire²⁰².

Le ministre a quant à lui le pouvoir de sanctionner un établissement, notamment en lui ordonnant d'apporter les correctifs nécessaires ou en suspendant ou révoquant son permis²⁰³.

Un rapport sur l'examen des plaintes doit être fait par chaque palier, au moins une fois par année et chaque fois que cela est requis. Ainsi, l'établissement doit transmettre son rapport à la régie régionale²⁰⁴; les régies régionales et le commissaire aux plaintes doivent transmettre leur rapport au ministre de la Santé et des services sociaux²⁰⁵ qui doit les déposer à l'Assemblée nationale²⁰⁶.

Dans une certaine mesure, le régime de plaintes de la Loi se rapproche plus d'une procédure de médiation que d'un véritable recours, particulièrement au stade des premier et deuxième paliers²⁰⁷.

Pourtant, il semble être sous-utilisé, notamment par les usagers hébergés en CHSLD. Selon plusieurs témoignages dont celui de la Commissaire aux plaintes elle-même, le régime de plaintes reste méconnu.

De plus, les principes qui le sous-tendent, soit les services à la clientèle et au public et la reddition de compte ne font pas encore partie de la culture des établissements, ce qui

190 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 42.

191 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 72.

192 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 53.

193 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 45, al. 1.

194 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 53.1, al. 1. et 74.

195 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 11, 45, al. 2, 53, al. 2 et 54.

196 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 52.

197 BAUDOUIN, Jean-Louis et Patrick A. MOLINARI (2000), p. 83.

198 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 56, al. 1.

199 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 56, al. 2 et 3.

200 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 62.

201 COMMISSAIRE AUX PLAINTES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (1999), p. 3.

202 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 62.1.

203 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 446 et suivants.

204 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 68.

205 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 69 et 70.

206 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 71.

207 Voir dans ce sens BAUDOUIN, Jean-Louis et Patrick A. MOLINARI (2000), p. 75; COMMISSAIRE AUX PLAINTES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (1999), p. 10.

provoque la méfiance des intervenants. Par exemple, le Syndicat des diététistes du Québec note que seul le tiers des établissements auprès desquels il a enquêté vérifie la satisfaction de la clientèle, ce qu'il leur fait dire « *ce qu'on ne sait pas, ne dérange pas* ». Dans cet esprit, le Conseil des aînés propose que l'approche soit modifiée pour présenter la plainte plutôt comme « un commentaire pour améliorer les services » et pour « inviter les usagers à se prévaloir de ce mécanisme ». Les commentaires de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec allaient dans le même sens.

D'autre part, plusieurs participants à la Consultation ont exprimé l'immense difficulté de faire face à la fois à la peur des représailles et à la réalisation des représailles.

« La crainte des représailles se retrouve chez plusieurs personnes âgées, à titre de clientèle captive et plus vulnérable pour laquelle les services sociaux et de santé sont extrêmement importants en raison, notamment, des séjours plus ou moins longs qu'elles effectuent dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée leur offrant un milieu de vie substitut appelé à remplacer leur domicile, voire une vie familiale. Il en va de même de celles qui, aux prises avec une réalité d'isolement à leur domicile, y reçoivent des services en ayant ainsi peu de contacts avec l'établissement responsable de la prestation des services et en n'étant généralement pas informées de la possibilité de porter plainte. »

99

Dans tous les cas, il est facile de comprendre que ces personnes, et parfois même leurs proches, hésitent davantage à exprimer leurs attentes ou leurs insatisfactions envers le personnel appelé à leur dispenser quotidiennement les soins et services requis par leur condition, de peur qu'ils ne soient posés avec moins de diligence et de courtoisie, voire sérieusement compromis. » (Commissaire aux plaintes en matière de santé et de services sociaux)

Des participants à la Consultation, comme l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, privilégient un « *organisme de surveillance externe aux établissements où les plaintes pourraient être acheminées de façon anonyme, afin de pallier à la possibilité que les bénéficiaires aient peur de dénoncer des abus à un comité interne de surveillance.* »

Au-delà de ces difficultés, plusieurs jugent ce système de plainte inefficace car il ne constitue pas un mécanisme de recours « *formel* » ou « *autonome* » (Michel Cantin; Fédération de la santé et des services sociaux - CSN). Des participants à la Consultation, dont le Conseil pour la protection des malades, reprochent au système de plainte actuel de ne pas être impartial et indépendant; certains usagers indiquent que les plaintes n'ont pas produit de résultats ce qui entraîne une perte de confiance envers le système. C'est pourquoi certains réclament plutôt l'intervention d'une personne neutre, telle qu'un ombudsman (Caldwell Residences; Table de concertation contre la violence, les abus et la négligence faits au aînés du Chicoutimi métropolitain, CAVAC-MV et AQDR de Jonquière).

Toutefois, au mois de mai 2001, le ministre de la Santé et des Services sociaux a déposé un projet de loi, intitulé *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*²⁰⁸, qui vient modifier sensiblement

les recours sur lesquels portent les préoccupations des participants à la Consultation. Le Projet de loi n° 27 remplace la structure actuelle d'examen des plaintes à trois paliers par une structure à deux paliers et institue le « Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux », lequel succède au Commissaire aux plaintes (articles 1 à 38).

Selon ce projet de loi, le Protecteur des usagers est nommé par le gouvernement et a pour fonction, entre autres, d'examiner les plaintes formulées par les usagers et de s'assurer que celles-ci sont traitées par les établissements ou la régie régionale en conformité avec la *Loi sur les services de santé et des services sociaux*. Le Protecteur est responsable devant le ministre à qui il doit faire rapport annuellement de ses activités. Le ministre doit transmettre ce rapport à l'Assemblée nationale dans les 30 jours qui suivent sa réception.

100

Le Projet de loi n° 27 confère au Protecteur des usagers des pouvoirs plus étendus que ceux conférés au Commissaire aux plaintes. Ainsi, le Protecteur des usagers a le pouvoir d'enquêter de sa propre initiative, notamment lorsqu'il juge que, en raison « d'un danger de représailles » ou « d'un contexte de vulnérabilité particulière », le recours prévu à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, « risque d'être vraisemblablement compromis, est inutile ou illusoire »²⁰⁹.

De plus, le Projet de loi n° 27 introduit une disposition qui interdit spécifiquement les représailles contre les personnes physiques qui s'adresseraient au Protecteur des usagers :

« 27. Nul ne peut exercer de représailles, de quelque nature que ce soit, à l'égard de toute personne physique qui formule ou entend formuler une plainte en vertu de l'article 8 ou qui s'adresse autrement au Protecteur des usagers en vertu de la présente loi.

Dès que le Protecteur des usagers en est informé, il doit intervenir sans délai. »

Par ailleurs, l'article 39 du Projet de loi n° 27 introduit diverses modifications à la *Loi sur les services de santé et des services sociaux*.

Le nouvel article 29 de la Loi créerait un examen par établissement concernant les plaintes des usagers, en instituant un premier palier d'examen des plaintes. Au premier palier, les plaintes seraient examinées par le commissaire local à la qualité des services ou, selon le cas, par le commissaire régional à la qualité des services, et au deuxième et dernier palier par le Protecteur des usagers. Le palier d'examen des plaintes par la régie régionale serait aboli, sauf pour certains services qui relèvent de sa responsabilité.

Selon le nouvel article 30 de la Loi, le conseil d'administration de chaque établissement, sur recommandation du directeur général, devrait nommer un commissaire local à la qualité des services. Le conseil d'administration devrait également veiller à préserver en tout temps l'indépendance du commissaire local, notamment en s'assurant de l'exercice exclusif de ses fonctions (nouvel article 31).

Selon le nouvel article 33 de la Loi, les fonctions du commissaire local à la qualité des services consisteraient, entre autres, à

1° appliquer la procédure d'examen des plaintes dans le respect des droits des usagers;
2° assurer la promotion de l'indépendance de son rôle pour l'établissement, des droits et

²⁰⁹ Projet de loi n° 27, article 19, deuxième alinéa.

des obligations des usagers, du code d'éthique qui régit l'ensemble du personnel de l'établissement ainsi que la publication de la procédure d'examen des plaintes des usagers; 3° à prêter assistance ou s'assurer que soit prêté assistance à l'utilisateur qui le requiert pour la formulation de sa plainte.

Les mêmes règles s'appliqueraient, avec les adaptations nécessaires, dans le cas du commissaire régional à la qualité des services au niveau de certains services dont sont responsables les régies régionales²¹⁰.

Le nouvel article 70 de la Loi allant dans le même sens que l'article 27 précité du Projet de loi n° 27, protégerait toute personne, incluant les intervenants et les organismes, qui signale ou dépose une plainte dans un établissement ou une régie régionale :

« 70. Nul ne peut exercer ou tenter d'exercer des représailles, de quelque nature que ce soit, à l'égard de toute personne qui formule ou entend formuler une plainte en vertu des articles 34, 42, 43, 51 ou 58.

Dès que la personne qui est appelée à examiner cette plainte en est informée, elle doit intervenir sans délai. »

À priori, et sous réserve d'un examen juridique plus poussé de ce projet de loi, ses dispositions pourraient s'avérer adéquates pour combler certaines des lacunes énoncées par les participants à la Consultation. Toutefois, remarquons que la structure de traitement des plaintes n'implique aucun acteur extérieur au système de santé et de services sociaux.

B) Les mécanismes de surveillance et de sanction externes

S'il n'existe pas d'organisme externe ayant un mandat de surveillance générale dans les établissements, nous verrons que les ordres professionnels peuvent exercer un pouvoir de surveillance. D'autre part, le Curateur public peut exercer sa surveillance en dressant un rapport de visite ou un rapport d'enquête, dans l'exécution de son mandat à l'égard des personnes qu'il représente.

En outre, en sus des mécanismes internes, la personne usagère lésée dans ses droits peut dans certains cas recourir à des mécanismes de sanction externes. Par exemple, si l'atteinte résulte des agissements d'un membre d'un ordre professionnel, elle peut porter plainte à l'ordre professionnel dont celui-ci relève. Les ordres professionnels ont d'ailleurs le mandat de surveiller le respect des normes reliées à la pratique professionnelle. Nous reviendrons sur cet aspect dans une autre section.

Nous verrons plus loin que l'utilisateur dispose d'un recours auprès de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse lorsque les actes qui ont porté atteinte aux droits de l'utilisateur constituent de la discrimination ou de l'exploitation.

L'utilisateur peut également exercer un recours en responsabilité civile contre un établissement ou une personne qui y œuvre pour des dommages qu'il aurait subis et qui seraient la conséquence de la commission ou de l'omission fautive d'un acte²¹¹.

Finalement, certaines décisions prises par un établissement, une régie ou le ministre, dans le cadre de l'application de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, peuvent

²¹⁰ Nouveaux articles 61 à 69 de la Loi.

²¹¹ *Code civil du Québec*, art. 1457, 1458, 1463 et 1464.

entraîner la responsabilité civile de leur auteur lorsqu'elles causent des dommages. En revanche, ces organismes gouvernementaux ne peuvent, en principe²¹², être tenus responsables des dommages découlant des décisions de nature politique qu'ils prennent dans l'exercice du pouvoir qui leur est conféré par la Loi²¹³.

5. LA PERSONNE ÂGÉE ET L'EXERCICE DE SES DROITS CIVILS

Le droit civil québécois pose comme règle fondamentale que toute personne est présumée apte à exercer pleinement ses droits civils²¹⁴. La personne apte a le droit de contracter et de disposer de ses biens, notamment par donation ou par testament²¹⁵. Des restrictions s'imposent toutefois dans le but de protéger certaines personnes. Comme le soulignait le ministre de la Justice lors de l'adoption du nouveau Code civil en 1991, «[le] code favorise aussi un nouvel équilibre notamment dans les relations familiales et en matière contractuelle où, tout en respectant les principes d'autonomie de la volonté et de libéralisme dans les conventions, il prévoit des tempéraments importants visant à protéger la partie la plus vulnérable.»²¹⁶ Ces personnes vulnérables sont d'une part, les personnes n'ayant pas atteint l'âge de la majorité et d'autre part, les majeurs qui font l'objet d'une protection légale. De plus, la loi protège certaines personnes en raison de situations qui les rendent plus vulnérables.

Par conséquent, la personne âgée victime d'exploitation dispose de recours civils généraux et dans certains cas, de recours plus spécifiques qui tiennent compte de sa situation.

5.1 DE CERTAINS ACTES JURIDIQUES

5.1.1 Les contrats

La formation de tout contrat est soumise aux deux conditions suivantes : les deux parties doivent avoir la capacité de contracter et elles doivent avoir donné un consentement, lequel doit être libre et éclairé²¹⁷.

Un contrat peut donc être annulé si au moment de sa formation, l'un des contractants n'avait pas la capacité juridique de contracter ou n'avait pas l'aptitude de comprendre la portée de l'acte ou si le consentement d'un des contractants n'était pas libre ou éclairé pour l'un des trois motifs suivants : l'erreur, notamment lorsqu'elle est provoquée par des manœuvres frauduleuses²¹⁸, la crainte ou la lésion²¹⁹.

La crainte est un vice de consentement au sens du Code civil lorsqu'elle remplit certaines conditions relatives à la gravité des motifs qui la provoquent et au degré de contrainte qu'elle entraîne :

« La crainte d'un préjudice sérieux pouvant porter atteinte à la personne ou aux biens de l'une des parties vicie le consentement donné par elle, lorsque cette crainte est provoquée par la violence ou la menace de l'autre partie ou à sa connaissance.

Le préjudice appréhendé peut aussi se rapporter à une autre personne ou à ses biens et il s'apprécie suivant les circonstances. »²²⁰

En principe, la lésion n'est pas un motif permettant d'annuler ou de réviser un contrat²²¹. Toutefois, certaines victimes d'un contrat lésionnaire peuvent réclamer devant un tribunal la

102

212 Ils pourront cependant être tenus responsables de dommages résultant de la mauvaise foi, la malice, la fraude ou la collusion : GARANT, Patrice (1996), p. 600.

213 *Laurentide Motels c. Beauport*.

214 *Code civil du Québec*, art. 4.

215 *Code civil du Québec*, art. 703.

216 QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA JUSTICE (1993), t. I, p. VI, Introduction.

217 *Code civil du Québec*, art. 1385, 1398 et 1399, al. 1.

218 *Code civil du Québec*, art. 1401.

219 *Code civil du Québec*, art. 1399, al. 2.

220 *Code civil du Québec*, art. 1402.

221 *Code civil du Québec*, art. 1405.

nullité du contrat, ainsi que des dommages-intérêts²²². Ce sont notamment les majeurs protégés en vertu d'un régime de tutelle²²³ ou de conseiller au majeur²²⁴. Le Code civil définit en ces termes la lésion :

« La lésion résulte de l'exploitation de l'une des parties par l'autre, qui entraîne une disproportion importante entre les prestations des parties; le fait même qu'il y ait disproportion importante fait présumer l'exploitation.

Elle peut résulter aussi, lorsqu'un mineur ou un majeur protégé est en cause, d'une obligation estimée excessive eu égard à la situation patrimoniale de la personne, aux avantages qu'elle retire du contrat et à l'ensemble des circonstances. »

On notera que le majeur protégé bénéficie de conditions moins restrictives.

103

Au-delà des recours civils, la personne âgée qui subit certaines formes de préjudices financiers résultant de l'exploitation peut également exercer les recours appropriés prévus par des lois statutaires, telles que la *Loi sur la protection du consommateur* ou la *Loi sur les arrangements préalables de services funéraires et de sépulture*. Les dispositions suivantes de la *Loi sur la protection du consommateur* sont particulièrement pertinentes :

« Art. 8 Le consommateur peut demander la nullité du contrat ou la réduction des obligations qui en découlent lorsque la disproportion entre les prestations respectives des parties est tellement considérable qu'elle équivaut à de l'exploitation du consommateur, ou que l'obligation du consommateur est excessive, abusive ou exorbitante.

Art. 9 Lorsqu'un tribunal doit apprécier le consentement donné par un consommateur à un contrat, il tient compte de la condition des parties, des circonstances dans lesquelles le contrat a été conclu et des avantages qui résultent du contrat pour le consommateur. »

La *Loi sur les arrangements préalables de services funéraires et de sépulture* prévoit une disposition quasiment identique²²⁵ à celle de l'article 8 de la *Loi sur la protection du consommateur*. La surveillance de l'application de ces deux lois est confiée à l'Office de la protection du consommateur, auprès de qui le consommateur ou l'acheteur peut adresser une plainte.

222 Code civil du Québec, art. 1407.

223 Code civil du Québec, art. 287 et 163.

224 Code civil du Québec, art. 294.

225 Art. 57 : « L'acheteur peut demander la nullité du contrat d'achat préalable de sépulture ou demander la réduction des obligations qui en découlent, lorsque la disproportion entre les prestations respectives des parties est tellement considérable qu'elle équivaut à de l'exploitation de l'acheteur ou lorsque l'obligation de ce dernier est excessive, abusive ou exorbitante. »

226 Code civil du Québec, art. 703, 707-710.

227 BRIÈRE, Germain (1997), p. 203.

5.1.2 Les donations et les testaments

Les règles régissant les conditions de validité des contrats et les recours qui y sont rattachés s'appliquent à la donation puisque c'est une forme de contrat. Quant au testament, c'est également un acte dont la validité repose sur la capacité juridique du testateur²²⁶, sur son aptitude mentale et sur le caractère libre et éclairé de l'acte par lequel il s'engage. L'un comme l'autre peuvent donc être annulés si l'une de ces conditions n'est pas respectée. La validité du testament peut être attaquée entre autres si le testateur a été amené à consentir des libéralités auxquelles il n'aurait pas autrement consenti, par des manœuvres frauduleuses telles que « l'interception de la correspondance ou le fait d'écarter les visites, ou encore le dénigrement systématique à l'adresse des proches parents²²⁷».

D'autre part, le Code civil prévoit plusieurs situations qui rendent une personne indigne de succéder. Cette indignité opère de plein droit quand la personne a été reconnue coupable d'avoir attenté à la vie du défunt ou, à l'égard de la succession de son enfant, quand elle a

été déchu de l'autorité parentale²²⁸. Elle doit être déclarée par un tribunal, sur demande d'un des successibles²²⁹ (soit une des autres personnes qui auraient hérité en l'absence de testament ou un légataire résiduaire), lorsque la personne a exercé des sévices sur le défunt, a eu d'autres comportements hautement répréhensibles à son égard, a recelé, altéré ou détruit de mauvaise foi le testament ou encore a gêné le testateur dans la rédaction du testament²³⁰. Toutefois, si le défunt connaissait la cause d'indignité et a néanmoins avantagé la personne ou n'a pas modifié son testament alors qu'elle aurait pu le faire, le legs testamentaire demeure valide²³¹. En pratique, la personne qui a exploité au moyen de sévices ou d'autres comportements répréhensibles la personne âgée ne peut pas profiter de ses actes, sauf si la personne âgée a rédigé son testament ou ne l'a pas modifié alors qu'elle n'était plus victime d'exploitation.

Des règles instituées d'abord dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*²³², puis intégrées plus récemment dans le *Code civil du Québec*, offrent une protection accrue face à l'exploitation financière en milieu institutionnel. Sont interdits les donations et les legs (soit les donations testamentaires) faits en faveur d'une personne œuvrant dans un établissement de santé ou de services sociaux²³³ à titre de propriétaire, administrateur ou salarié, à l'époque où le donateur y reçoit des soins ou des services²³⁴. S'ajoutent à ces personnes un médecin, un dentiste ou un pharmacien qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement, un stagiaire qui effectue un stage dans un tel centre, une personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier, ainsi qu'un tiers que le prestataire de services peut s'adjoindre pour exécuter son contrat²³⁵.

En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, la prohibition s'applique également à l'égard des donations et legs faits en faveur d'une personne œuvrant dans une ressource intermédiaire²³⁶ et en faveur d'un membre d'une ressource de type familial²³⁷, laquelle regroupe les familles d'accueil et les résidences d'accueil²³⁸. Rappelons qu'une résidence d'accueil est une résidence où « une ou deux personnes accueillent chez elles au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel. »²³⁹

L'interdiction est absolue et s'applique à tous les legs et donations faits par l'usager ou la personne hébergée, sauf si le bénéficiaire du legs ou de la donation est le conjoint ou un proche parent du testateur ou du donateur²⁴⁰.

Si cette interdiction entraîne une restriction au droit de disposer librement de ses biens, c'est pour « éviter les risques évidents de captation que comportent les situations couvertes par l'article, particulièrement à l'égard des personnes âgées ou en perte d'autonomie. Le donataire, en effet, pourrait profiter de la vulnérabilité du donateur, dans les circonstances, pour se faire consentir une libéralité. »²⁴¹ Les tribunaux y voient également une « mesure de prudence, une garantie d'une qualité égale des soins prodigués aux personnes hébergées empêchant un favoritisme qui serait cause d'injustice. »²⁴²

Étant donné que les dispositions législatives interdisant le legs et la donation n'indiquent pas que le défaut de respecter cette interdiction est frappé de nullité absolue²⁴³ et qu'elles visent

228 *Code civil du Québec*, art. 621 et 740.

229 *Code civil du Québec*, art. 623.

230 *Code civil du Québec*, art. 621.

231 *Code civil du Québec*, art. 622.

232 Et ce dès 1974 : *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 57 modifiant *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (1971), art. 113.

233 Ainsi que nous l'avons précisé plus haut, les établissements offrant de tels services aux personnes âgées sont les centres locaux de services communautaires, les centres hospitaliers, les centres d'hébergement et de soins de longue durée et les centres de réadaptation (*Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 79-88).

234 *Code civil du Québec*, art. 761, al. 1 et 1817, al. 1 ; *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 275, al. 1 et 276, al. 1. Pour des exemples d'application, voir *Fiset c. Boisvert* : directrice d'une famille d'accueil; *Bélanger c. Guérin* : propriétaire d'un centre d'accueil; *Forest c. Lapointe* : auxiliaire familiale employée d'un CLSC; *Labbé c. Laflamme* : fils d'un employé d'un CHSLD.

235 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 277.

236 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 309.

237 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 275, al. 2 et 276, al. 2.

238 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 311.

239 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 312, al. 2.

240 *Code civil du Québec*, art. 761, al. 1 et 1817, al. 1 ; *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 275, al. 1 et 276, al. 1.

241 QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA JUSTICE (1993), t. I, p. 1140, art. 1817.

242 *Bélanger c. Guérin*, p. 652. Voir également dans ce sens *Labbé c. Laflamme*, p. 1058.

243 *Code civil du Québec*, art. 1421.

la protection d'intérêts particuliers²⁴⁴, on peut conclure que la nullité qui sanctionne cette interdiction est de nature relative. Par conséquent, l'action en nullité ne peut être exercée que par les personnes intéressées²⁴⁵, soit le donateur ou son représentant légal, dans le cas d'une donation. De plus, la nullité ne peut être soulevée d'office par le tribunal si elle n'est pas invoquée²⁴⁶. Dans le cas d'un legs, la personne protégée étant décédée, elle n'est plus en mesure de demander la nullité. La nullité peut alors être demandée par une des personnes qui auraient hérité en l'absence d'un testament, par un légataire résiduaire ou encore par un légataire désigné dans un testament antérieur révoqué par le testament attaqué²⁴⁷, en appliquant par analogie les dispositions sur la déclaration judiciaire d'indignité successorale²⁴⁸.

Les dispositions du Code civil prévoyant cette même interdiction emploient le terme « famille d'accueil »²⁴⁹ sans toutefois en donner une définition. Comme les articles du Code civil reproduisent, avec quelques modifications, les dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, on pourrait en déduire qu'ils réfèrent à la ressource définie par cette Loi. Or depuis 1991, une famille d'accueil au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* reçoit des enfants en difficulté, alors qu'auparavant, le terme « famille d'accueil » désignait la famille qui accueille soit des enfants, soit des adultes²⁵⁰. Aujourd'hui, on vient de le dire, une ressource de type familial qui accueille des adultes est une « résidence d'accueil ».

Il serait par conséquent utile de modifier les dispositions du Code civil pour les harmoniser à cet égard avec celles de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* afin d'interdire les donations et les legs faits aux membres de toute ressource de type familial.

D'autre part, d'après une interprétation jurisprudentielle, cette mesure ne s'applique pas aux personnes hébergées en résidence privée :

« Si le législateur avait voulu viser toutes résidences, tous foyers ou immeubles dans lesquels logent des personnes âgées à titre de locataires ou de résidents, il aurait pu le dire clairement. Il aurait pu faire des distinctions entre les endroits où l'on sert des repas et ceux où l'on n'offre que des chambres ou des logements, entre ceux qui offrent des services d'infirmière et ceux qui n'en offrent pas. S'il avait voulu étendre la prohibition à toutes résidences privées qui n'ont pas de contrat ou d'entente avec le réseau public de services sociaux et n'ont pas besoin de permis du Ministère selon les articles 437 et ssq. LSSSS, il l'aurait dit clairement. Il ne faut pas perdre de vue que les articles 1817 et 761 C.c.Q. édictent des prohibitions qui sont des exceptions à la liberté de donner ses biens de son vivant et à celle de tester. À ce titre, ces dispositions doivent être interprétées restrictivement. »²⁵¹

Ces personnes se trouvent alors privées de la protection particulière que confère l'interdiction instituée par le Code civil et la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Nous verrons toutefois plus bas que les règles déontologiques qui réglementent les membres des ordres professionnels entraînent une telle interdiction, y compris lorsqu'ils œuvrent dans une résidence privée²⁵².

L'interprétation excluant les résidences privées a toutefois été remise en cause dans une décision récente²⁵³. Retenant qu'en employant le terme « famille d'accueil », le législateur visait nécessairement une forme d'hébergement différente de celle prévue par la *Loi sur*

244 *Code civil du Québec*, art. 1419.

245 *Code civil du Québec*, art. 1420.

246 *Code civil du Québec*, art. 1420.

247 BRIÈRE, Germain (1997), p. 207.

248 *Code civil du Québec*, art. 623.

249 *Code civil du Québec*, art. 761, al. 2 et 1817, al. 2.

250 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q. 1977, c. S-5, art. 1°).

251 *Dupaul c. Beaulieu*, p. 1191. Voir aussi dans ce sens : *Blanchette-Miller c. Brochu* : « le Tribunal retient que la famille d'accueil est celle qui se voit confier des personnes âgées par l'entremise du réseau public de services sociaux. »

Voir également BRIÈRE, Germain (1997), p. 300, note 56; LAMONTAGNE, Denys-Claude et al. (1993), p. 438 103.

252 Voir Section 6 : *La personne âgée et les professionnels*.

253 *Lafortune c. Bourque*. Cette décision fait présentement l'objet d'un appel. Dans une décision rendue avant la mise en œuvre de la réforme du Code civil, la Cour supérieure avait appliqué les anciennes dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* à une résidence sans permis, au motif que les activités qu'elle exerçait relevaient de la mission d'un centre d'accueil au sens de la *Loi* : *Bélangier c. Guérin*, p. 651. Cette décision nous paraît toutefois critiquable dans la mesure où la résidence ne remplissait pas les critères législatifs définissant un centre d'accueil.

les services de santé et les services sociaux et affirmant qu'une mesure de protection, telle que celle visée ici, doit recevoir une application large et libérale, le tribunal conclut que les dispositions du Code civil s'appliquent au foyer ou à la résidence qui prend en charge une personne hébergée moyennant rémunération et qui lui fournit un encadrement tel que soins et services, aide ou assistance et surveillance. Il faut également que la personne hébergée soit une personne sous la dépendance totale ou partielle des personnes chez qui elle réside et qui s'en occupent en raison de son état. La protection ne s'appliquerait qu'aux personnes dans la situation ainsi définie et non à toutes les personnes logées dans une résidence privée.

106

5.1.3 Le mandat ou procuration

Le *mandat* est un contrat par lequel une personne, le *mandant*, donne à une autre, le *mandataire*, le pouvoir de la représenter dans l'accomplissement d'un acte juridique avec un tiers²⁵⁴. Appelé aussi procuration dans le langage courant²⁵⁵, le mandat peut être soit spécial (par exemple une procuration bancaire), soit général (le mandat porte alors sur toutes les affaires du mandant)²⁵⁶. On l'appellera mandat ordinaire pour le distinguer du mandat en cas d'inaptitude, dont nous discuterons dans la section suivante.

Comme tout contrat, la formation du mandat est assujettie aux conditions relatives à la capacité juridique de contracter et au consentement libre et éclairé. Toutefois, à la différence du mandat en cas d'inaptitude, le mandat ordinaire n'est pas soumis à des conditions de forme particulières. Il peut donc être écrit ou verbal. S'il est rédigé dans un acte notarié, le notaire instrumentant a cependant l'obligation de s'assurer que les conditions de formation sont remplies²⁵⁷.

Les dispositions du Code civil qui régissent le mandat précisent la portée des droits et des obligations du mandant, du mandataire et des tiers qui contractent avec le mandataire. Elles imposent notamment au mandataire, l'obligation d'agir envers le mandant avec honnêteté et loyauté²⁵⁸, de le tenir informé de l'état d'exécution du mandat et de l'accomplissement du mandat²⁵⁹ et de lui rendre compte²⁶⁰. L'obligation de loyauté se traduit entre autres par l'interdiction faite au mandataire de se porter partie, même par personne interposée, à un acte qu'il conclut pour le mandant, sauf si celui-ci l'y autorise ou connaissait sa qualité de cocontractant²⁶¹.

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le mandant dispose du droit de demander, selon les circonstances, la nullité des actes accomplis par le mandataire ou des dommages-intérêts.

Il a été recommandé de mieux baliser les modalités régissant les mandats ordinaires (Table d'information - concertation 3^e âge de la MRC Deux-Montagnes).

Une des difficultés d'application résulte du fait que les mandats en cas d'inaptitude sont parfois inclus dans un mandat ordinaire. Même quand ces documents sont séparés, la distinction entre les deux et les droits et obligations qui leur sont rattachés n'est parfois claire ni pour le mandant, ni pour le mandataire. La zone grise entre les deux provoquerait de nombreux cas d'abus, selon le témoignage de Pierre Bohémier.

254 Code civil du Québec, art. 2130, al. 1.

255 Selon le Code civil, la procuration désigne plutôt le pouvoir de représentation, ainsi que l'écrit qui le constate : Code civil du Québec, art. 2130, al. 2.

256 Code civil du Québec, art. 2135, al. 1.

257 Code de déontologie des notaires, art. 3.02.05 : « Le notaire doit s'assurer des faits essentiels au soutien d'un acte ou d'une convention et informer son client des formalités nécessaires à la validité et à l'efficacité d'un tel acte ou d'une telle convention. »

258 Code civil du Québec, art. 2138, 2143, 2146 et 2147.

259 Code civil du Québec, art. 2139.

260 Code civil du Québec, art. 2184.

261 Code civil du Québec, art. 2147, al. 1.

De plus, les règles régissant la transition lorsque survient l'inaptitude d'une personne qui a donné un mandat ordinaire ne sont pas clairement définies, ce qui peut aussi entraîner des situations d'exploitation. Si pour certains, le mandat continue de produire tous ses effets durant l'instance²⁶², d'autres rejettent cette solution car le mandant n'est plus en mesure de contrôler les actes du mandataire et de révoquer le mandat²⁶³. Le mandant risque alors d'être mal protégé, comme il est mal protégé pendant la période de transition entre le moment où survient l'inaptitude d'une personne qui a donné un mandat en cas d'inaptitude et l'homologation de ce mandat²⁶⁴.

5.2 LA REPRÉSENTATION DU MAJEUR INAPTE À EXERCER SES DROITS

Le Code civil met en place deux mécanismes de représentation lorsqu'une personne majeure devient inapte à prendre soin d'elle-même, à administrer ses biens ou à exercer ses droits civils, par suite notamment d'une maladie, d'une déficience ou d'un affaiblissement dû à l'âge, qui altère ses facultés mentales ou corporelles : le mandat en cas d'inaptitude et les régimes de protection. Après avoir expliqué les caractéristiques de chacun, nous évoquerons le rôle du Curateur public.

5.2.1 Le mandat en cas d'inaptitude

Le mandat en cas d'inaptitude est un mandat particulier, par lequel une personne nomme à l'avance une personne ou plusieurs personnes de son choix pour agir à sa place si elle devient inapte à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens²⁶⁵. À l'instar du mandat ordinaire, le mandat en cas d'inaptitude peut être soit général soit spécial, par exemple en ne portant que sur la gestion des biens du mandant. Le mandant y définit les pouvoirs et obligations du mandataire ou des mandataires, s'il choisit de répartir les responsabilités entre plusieurs personnes.

Pour être valide, le mandat en cas d'inaptitude doit respecter certaines formalités. Comme pour un autre acte juridique, le mandant doit avoir, au moment de la signature, la capacité juridique de contracter et il doit être capable de donner un consentement libre et éclairé. Outre plusieurs formalités de contenu, le mandat doit également respecter l'une des deux formes suivantes : il doit être soit notarié, donc fait devant notaire, soit devant témoins, c'est-à-dire qu'il doit être signé par le mandant en présence de deux témoins qui n'ont pas d'intérêt à l'acte²⁶⁶.

Comme le mandant est libre de définir les clauses du mandat, il lui est possible de limiter les pouvoirs qu'il confère au mandataire et de les assortir de mesures de contrôle. Mais il peut aussi bien attribuer au mandataire de larges pouvoirs sur l'administration de ses biens ou sur les décisions concernant sa personne. Outre les obligations que le mandant a définies dans le mandat, le mandataire est tenu aux mêmes obligations que le mandataire ordinaire, notamment celle d'agir avec honnêteté et loyauté. Il est également tenu de s'assurer que le mandant est adéquatement protégé (soit par un autre mandataire si le mandat a prévu un tel remplacement, soit en demandant l'ouverture d'un régime de protection) avant de pouvoir renoncer à son mandat²⁶⁷.

²⁶² GUAY, Gérard (1996), p. 49.

²⁶³ FABIEN, Claude (1993), p. 933; DELEURY, Édith et Dominique GOUBAU (1997), p. 550.

²⁶⁴ Voir notamment FABIEN, Claude (2001).

²⁶⁵ Code civil du Québec, art. 2166.

²⁶⁶ Code civil du Québec, art. 2166.

²⁶⁷ Code civil du Québec, art. 2174.

En revanche, la nature et le degré d'inaptitude du mandant pourraient empêcher le mandataire de remplir d'autres obligations, telles que le tenir informé de l'état d'exécution et de l'accomplissement du mandat et lui rendre compte. Or, la loi prévoit relativement peu de mécanismes de surveillance externe sur les actes du mandataire, sauf si le mandat est imprécis²⁶⁸ ou s'il est incomplet²⁶⁹. Il est vrai qu'à la différence du mandat ordinaire, la prise d'effet du mandat en cas d'inaptitude est d'abord assujettie à une procédure d'homologation judiciaire dont l'objet est de vérifier l'existence de l'inaptitude du mandant, ainsi que l'existence du mandat et, s'il a été fait devant témoins, sa validité²⁷⁰. Le tribunal peut également vérifier qu'il n'existe pas de conflits d'intérêts entre le mandant et le mandataire, si une partie soulève cette question²⁷¹.

Une fois cette étape passée, le mécanisme de surveillance est assez peu formel, à moins que le mandant n'y pourvoie dans le mandat. Si le mandataire a l'obligation de faire une reddition de compte à la fin du mandat²⁷², il n'a pas d'obligation légale de rendre régulièrement des comptes, sauf quand le mandat est partiel et qu'il est complété par un régime de protection instituant un tuteur ou un curateur à la personne. Dans ce cas, le mandataire doit faire rapport sur demande et au moins une fois par année au tuteur ou curateur²⁷³. À titre de comparaison, une obligation légale de reddition de compte régulière et sur demande incombe par exemple au mandataire au Manitoba²⁷⁴.

La loi québécoise se limite à confier à « toute personne intéressée », y compris le Curateur public, le soin de demander au tribunal la révocation du mandat et d'ordonner la reddition de compte du mandataire, si le mandat n'est pas fidèlement exécuté ou pour toute autre raison jugée sérieuse²⁷⁵. Outre le Curateur public, une personne intéressée peut être, selon les commentaires du ministre de la Justice, un des proches du mandant ou un membre du personnel d'un établissement de santé²⁷⁶. Par ailleurs, une personne témoin d'abus de la part du mandataire a la possibilité de signaler la situation au Curateur public au lieu de recourir au tribunal²⁷⁷.

5.2.2 Les régimes de protection

Alternativement au mandat en cas d'inaptitude ou en complément de celui-ci²⁷⁸, le majeur inapte peut être représenté dans le cadre d'un régime de protection privé ou public, si sa situation le requiert.

Trois principes doivent guider chacune des décisions relatives à l'ouverture, au choix ou à la révision d'un régime : l'intérêt du majeur, le respect de ses droits et la sauvegarde de son autonomie²⁷⁹. C'est pourquoi le régime doit être établi « en fonction des besoins réels de la personne et [...] ne pas limiter inutilement son autonomie »²⁸⁰.

Comme le régime de protection doit être adapté à la situation et aux besoins de la personne, le tribunal doit l'établir en fonction de la nature et de la durée de l'inaptitude. Lorsque l'inaptitude est totale et permanente, le tribunal ouvre une curatelle à la personne et aux biens²⁸¹. Lorsque l'inaptitude est partielle ou temporaire, il ouvre plutôt une tutelle, qui peut être à la personne, aux biens ou aux deux²⁸². Enfin, lorsque le majeur, tout en étant généralement ou habituellement apte, a besoin de conseil ou d'assistance temporairement ou pour certains actes, le tribunal nomme un conseiller au majeur²⁸³.

268 Lorsque la portée du mandat est douteuse, le mandataire doit appliquer les règles régissant la tutelle au majeur et il doit obtenir les avis, consentements ou autorisations requis du Curateur public ou du tribunal : *Code civil du Québec*, art. 2168.

269 *Code civil du Québec*, art. 2169.

270 *Code de procédure civile*, art. 884.3.

271 *M. (M.-C.) c. G. (M.)*.

272 *Code civil du Québec*, art. 2184 et art. 2169, dans le cas où un régime de protection instituant un tuteur ou un curateur à la personne complète un mandat partiel.

273 *Code civil du Québec*, art. 2169.

274 *Loi sur les procurations*, art. 22(1) : « Le mandataire tenu d'agir en vertu du paragraphe 19(1) rend compte de sa gestion :

a) sur demande formelle de toute personne nommée à titre de bénéficiaire de la reddition de comptes par le mandant dans la procuration durable;

b) annuellement au plus proche parent du mandant en l'absence de nomination d'un bénéficiaire dans la procuration, ou lorsque la personne nommée est soit le mandataire ou son conjoint, soit décédée, soit inhabile sur le plan mental. »

275 *Code civil du Québec*, art. 2177. Quant au Curateur public, voir aussi *Loi sur le curateur public*, art. 22.

276 QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA JUSTICE (1993), t. II, p. 1369, art. 2177.

277 *Loi sur le curateur public*, art. 22 et 27 ; *Règlement d'application de la Loi sur le curateur public*, art. 1, para. 8°.

278 *Code civil du Québec*, art. 2169.

279 *Code civil du Québec*, art. 257.

280 QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA JUSTICE (1993), t. I, p. 175, art. 258.

281 *Code civil du Québec*, art. 281.

282 *Code civil du Québec*, art. 285.

283 *Code civil du Québec*, art. 291.

Le curateur privé a la pleine administration des biens du majeur protégé²⁸⁴ alors que le tuteur privé aux biens a la simple administration des biens du majeur incapable de gérer ses biens²⁸⁵. Quant au conseiller au majeur, il intervient à certains actes mais il n'administre pas les biens du majeur²⁸⁶. L'intensité et la portée des obligations du représentant légal varient donc selon le régime choisi.

Dans les deux mois de l'ouverture de la tutelle ou de la curatelle, le tuteur ou le curateur est tenu de faire inventaire des biens qu'il administre; il doit aussi dresser un rapport annuel de son administration qu'il doit adresser au Curateur public²⁸⁷.

L'administration d'un régime de protection privé est soumise à un régime de surveillance constitué de plusieurs paliers, qui comprend selon le cas le conseil de tutelle, le Curateur public, le tribunal, les parents et alliés du majeur et toute autre personne intéressée, ainsi que le majeur lui-même si son degré d'inaptitude le permet. Le conseil de tutelle, formé de trois ou d'une seule personne, est institué lors de l'ouverture du régime de tutelle ou de curatelle. Il peut être tenu civilement responsable des dommages subis par le majeur protégé s'il n'accomplit pas les fonctions pour lesquels il est nommé²⁸⁸.

Précisons finalement qu'avant le début de l'instance, soit le plus souvent entre le moment où la situation d'une personne est signalée au Curateur et la date du jugement d'ouverture du régime, le tribunal a le pouvoir de désigner provisoirement une personne, qui peut être le Curateur public, pour assurer la protection de la personne présumée inapte, pour la représenter dans l'exercice de ses droits civils ou pour accomplir un acte relatif à l'administration de ses biens. Deux conditions doivent être observées : il s'agit d'éviter un préjudice sérieux et la demande d'ouverture d'un régime est imminente²⁸⁹.

5.2.3 Le Curateur public

Le Curateur public du Québec a le mandat d'assurer la protection et la représentation des personnes inaptes.

D'une part, il représente directement les personnes qui sont sous un régime de protection public en assumant leur protection, l'exercice de leurs droits civils et la gestion de leurs biens. Il doit aussi veiller au bien-être physique, matériel et moral des personnes qu'il représente, ce qui inclut le consentement aux soins qu'elles requièrent et le maintien de leurs liens sociaux.

D'autre part, le Curateur public exerce un rôle de surveillance auprès des tuteurs ou des curateurs privés qui représentent les personnes sous régime de protection privé. Il a le devoir d'informer ceux-ci sur la façon de remplir leurs obligations²⁹⁰ et reçoit copie de l'inventaire des biens, le rapport annuel de leur administration, copie du rapport périodique d'évaluation de l'inaptitude et copie de leur reddition de compte²⁹¹. Il a le pouvoir de demander le remplacement de ceux qui n'assument pas adéquatement leurs responsabilités²⁹².

Son pouvoir de surveillance sur les mandataires désignés dans un mandat en cas d'inaptitude est moins étendu. Il doit tenir à jour un registre des mandats homologués²⁹³ et peut enquêter et intervenir pour mettre un terme aux abus que pourrait subir une personne inapte représentée par un mandataire, notamment en demandant la révocation du mandat²⁹⁴.

²⁸⁴ *Code civil du Québec*, art. 282.

²⁸⁵ *Code civil du Québec*, art. 286.

²⁸⁶ *Code civil du Québec*, art. 292.

²⁸⁷ *Loi sur le curateur public*, art. 20.

²⁸⁸ Voir par exemple *Larouche c. Larouche*.

²⁸⁹ *Code civil du Québec*, art. 272 et 274. De plus, une mesure visant l'administration des biens ne peut être demandée si ces biens sont déjà administrés en vertu d'un mandat ou de la gestion d'affaires : *Code civil du Québec*, art. 274.

²⁹⁰ *Loi sur le curateur public*, art. 20, al. 1.

²⁹¹ *Loi sur le curateur public*, art. 20, al. 2.

²⁹² *Loi sur le curateur public*, art. 22.

²⁹³ *Loi sur le curateur public*, art. 54.

²⁹⁴ *Loi sur le curateur public*, art. 22.

Le Curateur public est donc investi de la mission de protéger les personnes qui ne peuvent exercer leurs droits, notamment en raison d'un affaiblissement dû à l'âge. Il dispose de moyens à caractère contraignant, y compris d'un pouvoir d'enquête qu'il peut exercer suite à une demande ou de sa propre initiative²⁹⁵, à condition que son intervention se situe dans le cadre d'un régime de protection en place ou à venir, ou d'un mandat en cas d'inaptitude en cours d'exécution. Dans l'exercice de son pouvoir d'enquête, le Curateur public a le pouvoir de consulter le dossier d'une personne inapte ou protégée tenu par un établissement de santé ou de services sociaux²⁹⁶. Soulignons qu'il incombe à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse de signaler au Curateur public tout besoin de protection qu'elle estime être de la compétence de celui-ci, dès qu'elle en a connaissance dans l'exercice de ses fonctions²⁹⁷.

Certains témoignages ont porté sur l'insuffisance de la surveillance des droits des personnes placées sous la garde du Curateur public.

Un rapport remis en 1998 au Curateur public constatait effectivement que celui-ci n'avait jamais formulé de plainte à l'endroit des établissements du réseau de la santé et des services sociaux²⁹⁸. Les auteurs du rapport expliquent cette situation ainsi : « D'une part, cela reflète sans doute l'interprétation que le Curateur public a donnée à sa relation de "partenariat" avec les établissements. D'autre part, cela est aussi sûrement un reflet de la faiblesse de sa présence auprès des personnes en établissement et de sa méconnaissance des pratiques qui y ont cours. »²⁹⁹ Les mêmes raisons peuvent expliquer le petit nombre de plaintes logées à la Commission par le Curateur public.

Il faut savoir que suite au dépôt de ce rapport et des rapports antérieurs du Protecteur du citoyen³⁰⁰ et du Vérificateur général³⁰¹, les règles d'administration du Curateur ont été profondément modifiées³⁰². Vient entre autres d'être institué un comité chargé de conseiller le Curateur public dans ses interventions en matière de protection et de représentation des personnes inaptes ou protégées³⁰³. Composé de personnes représentatives des personnes inaptes ou protégées, il a pour mission d'« aviser le Curateur sur les pratiques, les politiques, les façons de faire, les orientations, les plans d'action. »³⁰⁴

De plus, dans le but de mieux axer sa mission sur la protection de la personne inapte et de se rapprocher des personnes qu'il représente, le Curateur public a mis en place depuis 1998 un train de mesures qui comprennent des programmes de visite dans les établissements de santé et au domicile des personnes représentées³⁰⁵.

L'organisme, ayant constaté que les signalements qu'il reçoit sont relativement peu nombreux et lui arrivent souvent trop tard, s'est également engagé à mieux faire connaître son rôle et ses responsabilités, selon son témoignage devant la Commission.

Quant à la surveillance du Curateur public, elle relève du Protecteur du citoyen qui a le mandat de recevoir des plaintes concernant les actes de cet organisme. L'Association pour la défense des personnes et des biens sous curatelle publique a principalement reproché au Curateur public le manque de transparence dans sa mission, qui découlerait entre autres des règles de confidentialité protégeant le dossier de la personne inapte³⁰⁶. Suivant l'article

295 *Loi sur le curateur public*, art. 27.

296 *Loi sur le curateur public*, art. 28.

297 *Charte des droits et libertés de la personne*, art. 71, para. 3^e.

298 Le Protecteur du citoyen avait fait les mêmes constats dans un rapport publié en 1997 : PROTECTEUR DU CITOYEN (1997), p. 56.

299 DESCHÊNES, Jean-Claude et Sylvie GAGNON (1998), p. 113.

300 PROTECTEUR DU CITOYEN (1997).

301 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC (1998).

302 Ces changements découlent entre autres de la *Loi modifiant certaines dispositions concernant le curateur public*.

303 *Loi modifiant certaines dispositions concernant le curateur public*, art. 3.

304 ASSEMBLÉE NATIONALE (1999), p. 41.

305 Voir CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC (1999); CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC (2000).

306 *Loi sur le curateur public*, art. 51 et suivants.

52 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, « [n]ul ne peut prendre connaissance d'un dossier maintenu par le Curateur public sur une personne qu'il représente ou dont il administre les biens, en recevoir communication écrite ou verbale ou autrement y avoir accès si ce n'est : [...] 4^o le conjoint, un proche parent, un allié, toute autre personne ayant démontré un intérêt particulier pour le majeur ou la personne qui a reçu une délégation du Curateur public, avec l'autorisation de ce dernier ».

Aucun mécanisme de révision de la décision du Curateur de refuser l'accès n'est prévu³⁰⁷, ce qui constitue un obstacle lorsqu'un proche de la personne inapte représentée par le Curateur cherche à s'assurer que le Curateur public protège adéquatement les intérêts de celle-ci.

III

6. LA PERSONNE ÂGÉE ET LES PROFESSIONNELS

Les ordres professionnels ont pour principale fonction d'assurer la protection du public, notamment en contrôlant l'exercice de la profession par leurs membres³⁰⁸, que ceux-ci œuvrent dans un des établissements du réseau de santé et de services sociaux, dans un organisme communautaire, dans une résidence privée pour personnes âgées ou encore dans une clinique ou un cabinet privé.

Chaque ordre professionnel a donc la responsabilité d'établir des règles régissant l'exercice de la profession par ses membres. Elles sont établies dans le code de déontologie que chaque ordre a l'obligation d'adopter³⁰⁹, ainsi que dans le *Code des professions*³¹⁰, dans la loi constituant l'ordre dont le professionnel est membre et dans les autres règlements adoptés conformément au Code ou à une telle loi.

6.1 LE SECRET PROFESSIONNEL

Le secret professionnel est un des fondements du statut de professionnel, ainsi que l'exprime le *Code des professions* :

« Pour déterminer si un ordre professionnel doit ou non être constitué ou si un groupe de personnes doit ou non être intégré à l'un des ordres [...], il est tenu compte notamment [...] des facteurs suivants :

3^o le caractère personnel des rapports entre ces personnes et les gens recourant à leurs services, en raison de la confiance particulière que ces derniers sont appelés à leur témoigner, par le fait notamment qu'elles leur dispensent des soins ou qu'elles administrent leurs biens;

5^o le caractère confidentiel des renseignements que ces personnes sont appelées à connaître dans l'exercice de leur profession. »³¹¹

C'est pourquoi le *Code des professions* impose à tous les membres d'un ordre professionnel l'obligation de respecter le secret professionnel :

« Le professionnel doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession. »³¹²

Le *Code des professions* requiert également que chaque ordre adopte dans son code de déontologie « des dispositions visant à préserver le secret quant aux renseignements de

³⁰⁷ Voir *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, art. 2.2.

³⁰⁸ *Code des professions*, art. 23.

³⁰⁹ *Code des professions*, art. 87 : « Le Bureau doit adopter, par règlement, un code de déontologie imposant au professionnel des devoirs d'ordre général et particulier envers le public, ses clients et sa profession, notamment celui de s'acquitter de ses obligations professionnelles avec intégrité. Ce code doit contenir, entre autres :

1^o des dispositions déterminant les actes dérogeant à la dignité de la profession; »

³¹⁰ Par exemple, l'article 57 du *Code des professions* interdit la discrimination : « Nul professionnel ne peut refuser de fournir des services à une personne pour des raisons de race, de couleur, de sexe, d'âge, de religion, d'ascendance nationale ou d'origine sociale de cette personne. »

³¹¹ *Code des professions*, art. 25.

³¹² *Code des professions*, art. 60.4, al. 1.

nature confidentielle qui viennent à la connaissance des membres de l'ordre dans l'exercice de leur profession »³¹³.

Selon les termes retenus dans le *Code des professions* et dans plusieurs codes de déontologie³¹⁴, le secret protège tout renseignement de nature confidentielle qui « vient à la connaissance » du professionnel « dans l'exercice de sa profession », c'est-à-dire les informations divulguées par le client dans le cadre d'une relation professionnelle ainsi que les faits constatés par le professionnel dans le contexte de cette relation³¹⁵. Toute autre information n'est par conséquent pas protégée, par exemple lorsqu'un professionnel évalue une personne à la demande d'un tiers, tel une compagnie d'assurance, ou encore lorsqu'il est témoin d'actes commis par un de ses voisins.

Le professionnel peut être relevé du secret professionnel avec « l'autorisation du client », puisque c'est lui et non le professionnel qui est détenteur du secret, ou lorsque « la loi l'ordonne »³¹⁶. En dehors de ces cas, un professionnel ne peut généralement pas divulguer une information confidentielle, même pour prévenir une situation mettant en danger la vie ou l'intégrité d'une personne. Le *Code de déontologie des médecins* autorise toutefois ceux-ci à divulguer des renseignements confidentiels, lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé du patient ou de son entourage³¹⁷.

Certains témoignages rapportés dans la première partie ont exposé les problèmes que peut poser le secret professionnel, notamment quant à la détection d'abus. Sous réserve d'un examen critique, une partie de ces problèmes pourraient être résolus par des changements législatifs récemment proposés par le ministre de la Justice. Un projet de loi, intitulé *Loi modifiant diverses dispositions législatives eu égard à la divulgation de renseignements confidentiels en vue d'assurer la protection des personnes*, propose d'introduire dans les lois concernant les ordres professionnels, ainsi que dans les lois relatives à la protection des renseignements personnels, des dispositions afin de permettre - mais non d'imposer - la communication de renseignements confidentiels, sans le consentement de la personne concernée, dans les situations où il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes.

La communication des renseignements devrait se limiter aux renseignements nécessaires aux fins qu'elle poursuit. De plus, elle ne pourrait se faire qu'à la personne ou aux personnes exposées au danger ou aux personnes susceptibles de leur porter secours. Toutes ces conditions, sauf la dernière, ont été expressément énoncées par la Cour suprême en 1999, dans une décision où elle a défini les facteurs à examiner pour décider dans quelles circonstances le secret professionnel de l'avocat doit être écarté en faveur de la protection de la sécurité publique³¹⁸.

6.2 LA SURVEILLANCE ET LA SANCTION DES NORMES PROFESSIONNELLES

Le respect des règles professionnelles doit faire l'objet d'une surveillance par le comité d'inspection professionnelle que chaque ordre doit instituer³¹⁹. Une infraction aux règles établies au Code de déontologie, ou encore aux dispositions du *Code des professions*, de

313 *Code des professions*, art. 87.

314 Voir par exemple *Code de déontologie des médecins*, art. 3.01; *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, art. 3.06.01; *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*, art. 3.05.01; *Code de déontologie des travailleurs sociaux*, art. 3.06.01.

315 Précisons toutefois que la Cour d'appel a adopté une interprétation plus restrictive dans deux décisions où le secret était invoqué par le professionnel dans le but de ne pas avoir à témoigner devant le tribunal sur des faits qu'il avait constatés. Selon cette interprétation, qui est au demeurant très controversée, la protection du secret professionnel se limite aux seuls renseignements révélés par le client : *Trempe c. Dow Chemical of Canada Ltd*; *Cordeau c. Cordeau*. Cette interprétation a été suivie récemment dans une décision relative au secret professionnel d'un notaire : *Brochu c. Trust Prêt et revenu*.

316 *Code des professions*, art. 60.4, al. 2. Voir par exemple *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, art. 3.06.02; *Code de déontologie des travailleurs sociaux*, art. 3.06.01.

317 *Code de déontologie des médecins*, art. 3.04.

318 *Jones c. Smith*.

319 *Code des professions*, art. 109 et 112.

320 Par exemple, le *Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des corporations professionnelles*.

321 *Code des professions*, art. 128.

322 *Code des professions*, art. 156.

323 *Code des professions*, art. 113.

324 *Ordre professionnel des infirmières et infirmiers c. Senneville*.

325 « Art. 3.05.03 Le professionnel en soins infirmiers doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. »

« Art. 3.05.05 Sous réserve de la rémunération à laquelle il a droit, le professionnel en soins infirmiers doit s'abstenir de verser ou de recevoir tout avantage, ristourne ou commission relatif à l'exercice de sa profession. »

D'autres codes de déontologie prévoient des règles similaires, comme par exemple le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires* : « Le membre doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre :

a) est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux à ceux de son patient ou que son jugement et sa loyauté envers celui-ci peuvent être défavorablement affectés;

b) n'est pas indépendant comme conseiller pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel. » (art. 3.04.03)

326 Art. 15b) : « Les principaux devoirs d'un notaire [...] sont : b) d'observer, dans l'exercice de sa profession, les règles de la probité et de l'impartialité la plus scrupuleuse; ». Il est à noter que le devoir de probité n'apparaît plus dans la nouvelle *Loi sur le notariat*, adoptée en 2000.

327 Forté c. Tribunal des professions, para. 22 du jugement.

328 Voir par exemple *Règlement sur le Comité d'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec*, art. 4.01 et suivants; *Règlement sur le Comité d'inspection professionnelle de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec*, art. 11 et suivants.

la loi constituant l'ordre dont le professionnel est membre ou des autres règlements adoptés conformément au Code³²⁰ ou cette loi, constitue une faute disciplinaire et peut faire l'objet d'une plainte, laquelle peut être déposée par toute personne ou peut être portée à l'initiative d'un des comités de l'ordre³²¹.

S'il est reconnu coupable d'avoir commis l'acte reproché, le professionnel peut être condamné à une des sanctions disciplinaires suivantes, qui sera déterminée en fonction de la nature de l'infraction : a) la réprimande; b) la radiation temporaire ou permanente du tableau; c) une amende d'au moins 600 \$ et d'au plus 6 000 \$ pour chaque infraction; d) l'obligation de remettre à toute personne à qui elle revient une somme d'argent que le professionnel détient pour elle; d.1) l'obligation de communiquer un document ou tout renseignement qui y est contenu, et l'obligation de compléter, de supprimer, de mettre à jour ou de rectifier un tel document ou renseignement; e) la révocation du permis; f) la révocation du certificat de spécialiste; g) la limitation ou la suspension du droit d'exercer des activités professionnelles³²².

D'autre part, le membre d'un ordre peut être obligé de faire un stage ou suivre un cours de perfectionnement et peut voir son droit d'exercer ses activités professionnelles limité ou suspendu pendant le stage ou le cours³²³.

Les ordres professionnels ont donc le pouvoir d'exercer des fonctions de surveillance sur les professionnels qui dispensent des soins ou des services aux personnes âgées, quel que soit le milieu (institution publique, résidence privée, soins à domicile) dans lequel ceux-ci exercent.

Par exemple, une infirmière qui œuvrait comme directrice d'une résidence pour personnes âgées a été condamnée, par le Tribunal des professions, pour avoir accepté d'être légataire et avoir accepté les legs faits par des bénéficiaires, au demeurant aptes à administrer leurs biens³²⁴. Ce faisant, elle s'était placée en situation de conflit d'intérêts et avait reçu des avantages relatifs à l'exercice de sa profession, contrairement aux règles du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*³²⁵.

Plus récemment, un notaire qui avait accepté des donations importantes d'une cliente âgée, malade, isolée et en perte d'autonomie, dont il était mandataire en vertu d'une procuration générale, a été reconnu coupable d'avoir manqué à ses obligations en vertu de la *Loi sur le notariat*³²⁶, du *Code de déontologie des notaires* et du *Code des professions*. Dans la décision rendue en première instance, le Comité de discipline invoquait notamment le droit à la protection contre l'exploitation reconnu à la Charte : « Il n'y a pas de doute que le comportement de l'intimé constitue de l'exploitation au sens de l'article 48 de la Charte et que de tels agissements ne sont pas dignes de la profession notariale. »³²⁷

Par ailleurs, un ordre professionnel a un mandat de surveillance générale de l'exercice de la profession qu'il exerce notamment en procédant à des visites d'inspection professionnelle dans les établissements où œuvrent ses membres³²⁸.

7. LA PERSONNE ÂGÉE VICTIME D'UN ACTE CRIMINEL

Plusieurs formes d'exploitation impliquent des comportements qui sont des actes criminels au sens du *Code criminel*. Ainsi, l'exploitation physique peut constituer des voies de fait³²⁹, de la séquestration³³⁰, de la négligence criminelle³³¹ ou un manquement au devoir de fournir les soins nécessaires³³²; l'exploitation psychologique peut être un acte d'intimidation³³³, de menaces³³⁴ ou de harcèlement³³⁵; l'exploitation économique peut constituer du vol³³⁶, de l'extorsion³³⁷, de la fraude³³⁸ ou de l'abus de confiance³³⁹.

Toutes ces infractions rendent leur auteur passible d'une peine d'emprisonnement. Par exemple, dans l'affaire *Brzozowski*, dont nous reparlerons plus longuement dans la section sur l'exploitation, la propriétaire d'une résidence qui hébergeait des personnes âgées a été condamnée à une peine d'emprisonnement pour avoir fraudé une des résidentes³⁴⁰. Plus récemment, le propriétaire d'une résidence, reconnu coupable de vol et de fraude au détriment d'une de ses clientes, a été condamné à une peine d'emprisonnement de deux ans moins un jour³⁴¹. Le jugement souligne le rôle essentiel que peuvent jouer les intervenants de la santé et des services sociaux pour dépister et dénoncer les situations d'abus : « *These watchdogs are essential pillars in the fight against those hidden crimes, difficult to detect.* »

Un examen de la jurisprudence québécoise révèle cependant que le recours aux sanctions criminelles lorsque la victime est une personne âgée semble être très peu utilisé³⁴². Les données de Statistique Canada confirme le large écart qui existe entre le taux de violence que les personnes âgées déclarent avoir subie dans les enquêtes sociales et celle rapportée aux services policiers, tout au moins en ce qui concerne la violence familiale³⁴³.

Par ailleurs, les victimes blessées à la suite de certains actes criminels ont le droit de bénéficier d'une indemnisation et de services d'assistance médicale et de réadaptation pour les préjudices qu'elles ont subis, en vertu de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels*. Tous les actes criminels ne donnent pas droit au bénéfice de cette loi³⁴⁴; elle ne couvre pas notamment le vol simple, l'extorsion, la fraude et l'abus de confiance. Là encore, les victimes âgées semblent assez peu user de ce recours³⁴⁵.

Plusieurs raisons ont été présentées pour expliquer la faible utilisation des recours aux sanctions criminelles lorsque la victime est une personne âgée. La plus importante semble être le petit nombre de dénonciations, mais on souligne également la lourdeur du système judiciaire, à laquelle contribue la longueur des délais, ainsi que le manque de sensibilisation des policiers et des avocats à cette problématique.

L'absence de dénonciations s'explique notamment par la réticence des victimes qui ne souhaitent pas voir condamner un membre de leur famille ou de leur entourage. Certains participants à la Consultation ont recommandé que l'intervention face aux abus des personnes âgées se fasse sur le modèle retenu pour lutter contre la violence conjugale.

Rappelons que la *Politique d'intervention en matière de violence conjugale*, adoptée par le Québec en 1995, s'appuie sur neuf principes directeurs dont trois méritent d'être soulignés aux fins de notre discussion³⁴⁶. Tant l'intervention psychosociale que l'intervention judiciaire doivent avoir comme objectifs d'assurer la sécurité et la protection des victimes tout en

329 *Code criminel*, art. 265 (voies de fait), 267 (agression armée ou agression provoquant des blessures corporelles), 268 (voies de fait graves), 269 (infliction de lésions corporelles), 271 (agression sexuelle), 272 (agression sexuelle armée ou accompagnée de menaces ou d'infliction de lésions corporelles), 273 (agression sexuelle grave).

330 *Code criminel*, art. 279(2).

331 *Code criminel*, art. 219-221.

332 *Code criminel*, art. 215.

333 *Code criminel*, art. 423.

334 *Code criminel*, art. 264.1.

335 *Code criminel*, art. 372(3) (harcèlement par téléphone).

336 *Code criminel*, art. 322 (vol), 331-332 (vol par une personne détenant une procuration) et art. 343 (vol qualifié).

337 *Code criminel*, art. 346.

338 *Code criminel*, art. 380.

339 *Code criminel*, art. 336.

340 *Commission des droits de la personne du Québec c. Brzozowski*, p. 1454.

341 *R. c. Côté*.

342 DUFAL, Daniel (1998), p. 48.

343 STATISTIQUE CANADA (2000), pp. 29-33.

344 Les actes donnant ouverture à l'application de la Loi sont énumérés à son annexe.

345 En 1999, 4% des victimes dont la demande a été acceptée étaient âgées de 65 ans ou plus. COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (2000), p. 15, Tableau 3.

346 QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, Secrétariat à la condition féminine, MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, Secrétariat à la famille (1995), p. 30.

respectant leur autonomie et en leur donnant les moyens de reprendre le contrôle de leur vie. Elles doivent en outre viser la responsabilisation des conjoints agresseurs, ce qui exige une nécessaire complémentarité entre les deux formes d'intervention.

La Politique de 1995 confirme l'approche judiciaire, adoptée en 1986 dans la *Politique d'intervention judiciaire en matière de violence conjugale*. Elle se traduit entre autres par deux mesures : l'arrestation de l'agresseur quand la situation le requiert, ainsi que la cueillette et l'utilisation de toutes les preuves pertinentes pour mener à bien une poursuite criminelle, même si la victime ne témoigne pas. Ceci dit, la judiciarisation des actes de violence conjugale ne passe pas par le signalement, sauf si ceux-ci impliquent des enfants. La Politique québécoise souligne fortement l'importance du dépistage de la violence conjugale par les différents réseaux œuvrant auprès de la famille (santé et services sociaux, scolaire, service de garde). Cette étape cruciale de la lutte contre la violence conjugale ne débouche pas sur le signalement, mais sur la référence des personnes impliquées (victime majeure ou agresseur) vers les ressources appropriées.

Reconnaissant la problématique particulière de la violence conjugale impliquant les femmes âgées, la Politique québécoise souligne que « [d]ans [l]es cas de perte d'autonomie, l'intervention doit tenir compte de plusieurs facteurs, dont l'état de santé, le degré d'épuisement du conjoint ou de la conjointe, le soutien du réseau et l'aide des autres membres de la famille. ³⁴⁷ » Ces éléments vont donc devoir moduler tant l'intervention psychosociale que l'intervention judiciaire.

8. LA PERSONNE ÂGÉE VICTIME D'EXPLOITATION OU DE DISCRIMINATION

8.1 LA COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE

À titre d'organisme chargé de faire respecter les droits reconnus dans la Charte, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse a, entre autres mandats, la mission d'enquêter sur les atteintes aux droits fondées sur un motif de discrimination, ainsi que sur les atteintes au droit d'être protégé contre l'exploitation :

« Art. 71 La Commission assure, par toutes mesures appropriées, la promotion et le respect des principes contenus dans la présente Charte.

Elle assume notamment les responsabilités suivantes :

1° faire enquête selon un mode non contradictoire, de sa propre initiative ou lorsqu'une plainte lui est adressée, sur toute situation [...] qui lui paraît constituer soit un cas de discrimination au sens des articles 10 à 19, y compris un cas visé à l'article 86, soit un cas de violation du droit à la protection contre l'exploitation des personnes âgées ou handicapées énoncé au premier alinéa de l'article 48; [...] »

Les personnes victimes de discrimination ou d'exploitation disposent d'un recours devant la Commission :

« Art. 74, al. 1 Peut porter plainte à la Commission toute personne qui se croit

347 QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, Secrétariat à la condition féminine, MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, Secrétariat à la famille (1995), p. 46.

victime d'une violation des droits relevant de la compétence d'enquête de la Commission. Peuvent se regrouper pour porter plainte, plusieurs personnes qui se croient victimes d'une telle violation dans des circonstances analogues. »

Le mécanisme de plainte est similaire pour les deux formes d'atteintes³⁴⁸, avec toutefois une importante distinction. Dans les cas d'exploitation, le consentement de la victime n'est pas nécessaire pour porter plainte :

« Art. 74, al. 2 La plainte doit être faite par écrit.

al. 3 La plainte peut être portée, pour le compte de la victime ou d'un groupe de victimes, par un organisme voué à la défense des droits et libertés de la personne ou au bien-être d'un groupement. Le consentement écrit de la victime ou des victimes est nécessaire, sauf s'il s'agit d'un cas d'exploitation de personnes âgées ou handicapées prévu au premier alinéa de l'article 48. »

De même, le consentement écrit de la victime d'exploitation n'est pas exigé pour que la Commission puisse saisir le tribunal :

« Art. 83 Lorsqu'elle demande au tribunal de prendre des mesures au bénéfice d'une personne en application des articles 80 à 82, la Commission doit avoir obtenu son consentement écrit, sauf dans le cas d'une personne visée par le premier alinéa de l'article 48. »

Chargée de mettre en œuvre les principes contenus à la Charte, la Commission adoptait en 1983 une position dans laquelle elle analyse les questions que soulève l'article 48, ainsi que les autres dispositions de la Charte qui s'y rattachent, et où elle définit la portée de l'article 48.

Selon la Commission, une personne est victime d'exploitation, quand elle « se trouve dans un état de dépendance en raison de son âge avancé ou son handicap et qu'on mette à profit une telle situation pour l'empêcher d'exercer, revendiquer ou défendre un droit qui lui est reconnu comme à toute autre personne »³⁴⁹. Ainsi, modifiant une première interprétation exposée dans un avis en 1978³⁵⁰, la Commission a retenu les trois éléments suivants pour définir l'exploitation au sens de l'article 48 :

- l'âge avancé ou le handicap;
- l'état de dépendance comme résultat de l'âge avancé ou du handicap;
- le préjudice moral ou matériel qu'on fait subir à une personne en mettant à profit la situation de dépendance dans laquelle la place son âge ou son handicap.

En 1988, afin de mieux délimiter la compétence qu'elle doit exercer en cette matière, la Commission a apporté des clarifications au sujet du critère de « mise à profit » de l'état de dépendance. Elle a précisé qu'il ne faut pas confondre « mettre à profit » et « tirer un profit ou un gain ». Pour la Commission, l'intention du législateur est de « venir au secours d'une personne dépourvue de tout moyen d'auto-défense, en raison de son handicap ou de son âge avancé »³⁵¹. C'est pourquoi elle a retenu une définition de l'exploitation qui met l'accent « sur la situation de la personne âgée ou handicapée ne pouvant se défendre en raison de son état de dépendance et en faveur de laquelle il faut intervenir, parfois d'urgence, pour la protéger contre les agissements abusifs d'une personne qui lui cause un préjudice en

348 Voir le *Règlement sur le traitement des plaintes et la procédure applicable aux enquêtes de la Commission des droits de la personne*, adopté en 1991.

349 COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE DU QUÉBEC (1983), p. 27.

350 COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE DU QUÉBEC (1978). La Commission y affirmait alors que l'exploitation comprenait trois éléments, soit l'abus d'une personne par une autre, la notion de profit et l'inégalité de forces entre les parties.

351 COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE DU QUÉBEC (1988), p. 7.

mettant à profit (exploitant) cette situation de dépendance »³⁵².

Comme la Charte interdit « toute forme » d'exploitation, la Commission a considéré qu'il faut donner un sens large au terme exploitation et a conclu qu'il englobe l'exploitation économique, sociale, physique ou matérielle, morale ou psychologique.

Au cours des années, la Commission a constaté qu'il n'existe pas toujours un rapport de dépendance entre la présumée victime et le mis en cause dans une enquête et qu'une personne peut très bien en exploiter une autre, au sens de l'article 48, si elle utilise sa vulnérabilité au détriment de cette personne. C'est pourquoi elle a réajusté la définition comme suit :

Exploiter une personne âgée, au sens de la Charte, c'est profiter de son état de vulnérabilité ou de dépendance pour la priver de ses droits.

117

L'exploitation consiste, par exemple, à soutirer de l'argent à une personne âgée, à lui infliger des mauvais traitements ou encore à la priver de soins nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être.

Si la définition souple et large de l'exploitation qu'elle a adoptée permet d'intervenir dans des relations d'abus intrafamiliales, la Commission convient que cela exige cependant d'adapter le type d'intervention lors de l'enquête, notamment en tenant compte de la nécessité de collaborer avec des intervenants, tels les CLSC et le Curateur public³⁵³.

La Commission a aussi établi que, hormis un organisme voué à la défense des droits et libertés de la personne ou au bien-être d'un groupement, nul ne peut déposer une demande d'enquête en matière d'exploitation au nom d'une personne âgée ou handicapée. Toutefois, suite à une dénonciation, la Commission a le pouvoir de faire enquête de sa propre initiative, en vertu de l'article 74.

Qu'il s'agisse de discrimination ou d'exploitation, si l'enquête révèle que la plainte ou la dénonciation est fondée, la Commission peut proposer le règlement du dossier à l'amiable³⁵⁴. Alternativement, elle peut proposer aux parties de régler leur différend par arbitrage³⁵⁵. En cas d'échec du règlement à l'amiable ou de refus de l'arbitrage, la Commission peut procéder en proposant aux parties des mesures de redressement, telles que la cessation de l'acte ou le paiement d'une indemnité³⁵⁶.

Si les mesures proposées ne sont pas mises en œuvre dans un délai fixé, la Commission peut saisir le Tribunal des droits de la personne³⁵⁷ ou tout autre tribunal compétent. Elle prend alors fait et cause pour la victime et assume ses frais judiciaires. Elle peut d'ailleurs demander aussi au tribunal d'ordonner des mesures d'urgence lorsque la vie, la santé ou la sécurité de la victime est menacée³⁵⁸. Elle peut également demander l'ordonnance de mesures en cas de représailles ou de tentatives de représailles à l'endroit de la victime, du plaignant ou d'un témoin³⁵⁹.

Précisons finalement que la Commission peut également tenter une poursuite pénale contre une personne qui a contrevenu au droit à l'égalité ou au droit à la protection contre l'exploitation³⁶⁰.

352 COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE DU QUÉBEC (1988), p. 6.

353 COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE DU QUÉBEC (1988), p. 8.

354 *Charte des droits et libertés de la personne*, art. 78-79.

355 *Charte des droits et libertés de la personne*, art. 79.

356 *Charte des droits et libertés de la personne*, art. 78.

357 *Charte des droits et libertés de la personne*, art. 80 et III.

358 *Charte des droits et libertés de la personne*, art. 81.

359 *Charte des droits et libertés de la personne*, art. 82.

360 *Charte des droits et libertés de la personne*, art. 134 et 136.

Plusieurs participants à la Consultation ont formulé certaines critiques ou ont tout au moins soulevé des questions sur l'efficacité des recours devant la Commission. Ainsi la chercheuse Marie Beaulieu a posé les questions suivantes : « Force est de constater [...] que le modèle souple développé par le Québec rejoint, dans la pratique, fort peu de personnes. [...] Comment expliquer qu'il n'y ait qu'une trentaine de demandes par année alors qu'il est estimé que les mauvais traitements touchent 25 000 personnes âgées au Québec? Est-ce que l'approche est mal connue? Est-ce qu'elle est mal appliquée? Est-ce qu'elle ne répond pas aux besoins des personnes âgées dans le besoin? »

Le quart des plaignants se désistent. Est-ce par menace de représailles? Est-ce qu'ils ne se reconnaissent pas dans le système? Plus de la moitié des dossiers sont fermés à la suite d'une décision du Comité des plaintes. Comment expliquer qu'il y ait autant de dossiers jugés non recevables? »

Certains participants à la Consultation ont déploré la lenteur du mécanisme de traitement de la plainte (Michèle Charpentier; Table de concertation sur l'abus, la négligence et la violence envers les personnes âgées du territoire du CLSC des Hautes-Marées).

8.2 LES INSTANCES JUDICIAIRES

Si la plupart des décisions en matière de discrimination et d'exploitation ont été rendues suite à l'intervention de la Commission, précisons que la victime peut saisir directement un des tribunaux compétents, sans procéder devant la Commission, à l'exception du Tribunal des droits de la personne.

Depuis 1977, les tribunaux ont été saisis à quelques reprises de recours en dommages³⁶¹ ou de demandes d'injonction³⁶² fondés sur le droit de personnes âgées d'être protégées contre l'exploitation.

Bien que plusieurs niveaux de tribunaux aient eu à appliquer la notion d'exploitation, il a fallu attendre 1994 pour que le Tribunal des droits de la personne en précise la définition. Pour le Tribunal, l'exploitation au sens de l'article 48 est la mise à profit d'une position de force au détriment d'intérêts plus vulnérables³⁶³. Le Tribunal affirme également que la Charte interdit tant l'exploitation financière que l'exploitation physique, psychologique, sociale ou morale et que l'exploitation n'est donc pas limitée à un profit d'ordre financier³⁶⁴. Cette interprétation a été confirmée par la Cour d'appel dans l'arrêt *Coutu*³⁶⁵, une décision déterminante portant sur l'exploitation de personnes handicapées.

Quant à l'expression « personne âgée », selon le Tribunal, elle signifie dans le contexte de l'article 48, « personne d'un âge plus avancé » et ne comporte pas en soi un état de dépendance et de vulnérabilité car ces éléments doivent plutôt se retrouver dans la notion d'exploitation³⁶⁶.

Dans l'affaire *Brzozowski*, la propriétaire d'une résidence, pour laquelle elle ne détenait aucun permis, hébergeait des personnes âgées en perte d'autonomie, dont la majorité était originaire des pays de l'Europe de l'Est. Suite à des dénonciations formulées par deux CLSC et un centre hospitalier, la Commission a mené une enquête de sa propre initiative. Les faits démontrent que la défenderesse isolait ses victimes, tentait de couper tout contact entre eux et les

361 *Chicheportiche c. Brûlé-Duval; Veilleux c. Roy; Commission des droits de la personne du Québec c. Brzozowski; Gesualdi c. Québec (Curateur public); Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse c. Fiset.*

362 *Commission des droits de la personne du Québec c. Gagnon et C.R.S.S. Laurentides-Lanaudière; Commission des droits de la personne du Québec c. Brière, première requête en injonction interlocutoire accordée; deuxième requête en injonction interlocutoire accordée; demande d'injonction permanente accueillie; Lévesque Canuel c. Canuel, demande d'injonction permanente accueillie.*

363 *Commission des droits de la personne du Québec c. Brzozowski*, p. 1471. Voir aussi *Commission des droits de la personne du Québec c. Coutu*, p. 1637 (T.D.P.Q.).

364 *Commission des droits de la personne du Québec c. Brzozowski*, p. 1471.

365 *Commission des droits de la personne du Québec c. Coutu*, pp. 10-11.

366 *Commission des droits de la personne du Québec c. Brzozowski*, p. 1471.

intervenants sociaux, s'appropriait leurs avoirs et les retenait à sa résidence sans leur offrir les services requis par leur état. Le Tribunal conclut que la défenderesse a violé le droit à la protection contre l'exploitation en opérant la résidence « dans des conditions qui lui permettaient de profiter de la vulnérabilité, de la dépendance, de l'isolement ou de l'inaptitude de certains de ses pensionnaires pour leur soutirer leurs économies, porter atteinte à leurs droits fondamentaux garantis par la Charte et les empêcher d'exercer d'autres droits dont ils sont titulaires en vertu du droit positif »³⁶⁷, dont notamment le droit à des services de santé et de services sociaux continus.

Dans l'affaire *Fiset*, la plainte a été portée auprès de la Commission par la victime, une dame âgée de 80 ans qui avait confié la gestion de ses affaires à son neveu. Selon les conclusions du Tribunal des droits de la personne, celui-ci « a profité de [son] âge avancé [...], de sa vulnérabilité, de sa dépendance et de son isolement pour qu'elle effectue des travaux de rénovation à une maison dont il se savait l'héritier, pour prendre possession de ses biens personnels et surtout pour lui soutirer de façon illégale toutes ses économies. [...] Il a abusé de sa confiance, de la relation d'aide qu'il avait établie vis-à-vis d'elle et de la situation de dépendance dans laquelle elle se trouvait. »³⁶⁸

Dans ces deux décisions, l'atteinte au droit d'être protégé contre l'exploitation a été sanctionnée par l'octroi de dommages matériels et moraux et, comme le comportement des personnes ayant commis les actes constitutifs d'exploitation était délibéré, par l'octroi de dommages punitifs. Dans l'affaire *Brzozowski*, les victimes d'exploitation ont eu droit à des dommages moraux calculés en fonction de la nature des atteintes subies et dont le montant variait entre 2 500 \$ et 15 000 \$. Les dommages punitifs allaient de 2 500 \$ à 5 000 \$. Dans l'affaire *Fiset*, la victime a eu droit à des dommages moraux de 5 000 \$ et des dommages punitifs de 1 000 \$.

Ces décisions situent clairement la portée de la protection judiciaire que peut offrir la garantie contre l'exploitation. Toutefois, elles ne sont pas représentatives de la majorité des situations soumises à l'attention de la Commission aux fins d'enquête. La première impliquait des abus perpétrés par la propriétaire d'une résidence privée, alors que dans l'affaire *Fiset*, si l'exploiteur était un membre de la famille, la plainte a été portée par la victime elle-même.

8.3 LA PROTECTION DES PERSONNES ÂGÉES DANS D'AUTRES JURIDICTIONS CANADIENNES

Plusieurs provinces canadiennes, suivant l'exemple des états américains, ont adopté des lois de protection visant les personnes âgées, les personnes handicapées ou plus largement les personnes vulnérables³⁶⁹. Nous ferons l'analyse de ces lois au moyen d'un tableau qui nous permettra de comparer les catégories de personnes protégées, les situations visées, les mesures de protection prévues, le caractère obligatoire ou facultatif du signalement, l'organisme récepteur du signalement, la levée ou non du secret professionnel, ainsi que les sanctions de l'inexécution de l'obligation de signalement.

Les quatre provinces des Maritimes, soit Terre-Neuve dès 1973, le Nouveau-Brunswick en 1980, la Nouvelle-Écosse en 1985 et l'Île-du-Prince-Édouard en 1988, ont adopté des lois générales de protection³⁷⁰.

367 *Commission des droits de la personne du Québec c. Brzozowski*, p. 1472.

368 *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse c. Fiset*, para. 34 du jugement.

369 Certaines provinces, comme l'Alberta, ont adopté des lois qui permettent de demander des ordonnances de protection dans des cas de violence familiale et qui pourraient s'appliquer à des victimes âgées. Nous ne les incluons pas dans cette analyse car elles sont fondées sur un modèle d'intervention différent. Nous n'incluons pas non plus les lois dont le régime vise la nomination d'un représentant légal à la personne devenue inapte.

370 Voir annexe I.

Ont suivi plus récemment l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Manitoba, selon des approches toutefois différentes. Par exemple, la Colombie-Britannique a intégré dans une loi plus large sur la curatelle un ensemble de dispositions visant la protection en cas d'abus et de négligence. L'Ontario avait adopté en 1992 des dispositions dans un objectif similaire³⁷¹, mais elles ont été abrogées depuis.

On constate à la lecture de ce tableau qu'à l'exception du Nouveau-Brunswick, les lois de protection ne visent pas de manière spécifique les personnes âgées. Certaines lois les couvrent selon leurs caractéristiques (condition, déficience physique). D'autres lois, comme celle de la Colombie-Britannique, visent la condition de la personne que la loi cherche à protéger dans la mesure où elle affecte la capacité du majeur de prendre une décision au sujet de l'abus ou de la négligence.

Deuxièmement, certaines de ces lois de protection visent l'auto-négligence, ce que ne couvre pas la définition d'exploitation de la Charte québécoise.

Troisièmement, quelques lois de protection imposent une obligation de signalement, y compris aux intervenants professionnels liés par le secret professionnel, alors que d'autres permettent le signalement facultatif.

Pour certains commentateurs, les lois de protection ont le mérite d'établir des définitions plus claires de l'abus et d'instituer un mécanisme de signalement, ce qui facilite les dénonciations que les témoins d'abus hésitaient auparavant à formuler³⁷².

Toutefois, les mécanismes introduits par les lois fondées sur le modèle de protection produiraient des effets négatifs sur les droits mêmes des personnes qu'elles visent à protéger. Une équipe de recherche interdisciplinaire qui a étudié la loi néo-écossaise conclut notamment que celle-ci pourrait entraver et sérieusement limiter l'accès à l'aide requise par les victimes de mauvais traitements³⁷³. Cela peut s'expliquer par les mesures que ces lois instituent pour remédier à la situation d'abus ou de négligence visée et qui visent principalement la victime. D'ailleurs, le professeur Donald Poirier, qui a comparé l'application des lois de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick, a constaté que « l'intervention se fait habituellement principalement au sujet de l'auto-négligence dont un certain nombre d'aînés font preuve en ne pouvant pas ou en refusant de prendre les soins considérés nécessaires par les intervenants sociaux et médicaux. »

Cette approche se distingue de celle adoptée par le Manitoba³⁷⁴ et l'Alberta. Cette dernière province adoptait récemment le *Protection for Persons in Care Act*, laquelle vise uniquement la protection des adultes prestataires de services octroyés par les agences financées par l'État. Elle a pour objectif de les protéger contre les abus institutionnels, qu'ils soient d'ordre physique, psychologique, pharmaceutique, sexuel, économique ou de la négligence. Les mesures prévues sont la sanction disciplinaire de l'abuseur ou le retrait de financement de l'établissement; aucune mesure n'est prévue à l'égard de la victime. Ce type de lois permet d'établir clairement les responsabilités des établissements quant aux mesures à adopter pour prévenir les abus commis par le personnel et pour traiter les cas d'abus qui sont repérés³⁷⁵.

371 *Loi de 1992 sur l'intervention*, art. 32.

372 ROSS-KERR, Janet C. (1998), p. 8.

373 COUGHLAN, Stephen G., Barbara DOWNE-WAMBOLDT, Robert G. ELGIE, Joan HARBISON, Pat MELANSON and Marina MORROW (1996), pp. 62-63.

374 Il est à noter qu'au Manitoba, une autre loi, la *Loi sur les personnes vulnérables ayant une déficience mentale*, prévoit des mesures de protection qui s'appliquent uniquement aux personnes ayant une déficience intellectuelle qui subissent des mauvais traitements ou qui sont négligées et impose une obligation de signalement.

375 ROSS-KERR, Janet C. (1998), p. 8.

9. LA PROTECTION DES PERSONNES ÂGÉES PAR LA CONCERTATION

Dans l'objectif d'améliorer la portée de ses interventions en matière de protection des personnes âgées, la Commission voulait connaître l'opinion des intervenants sur l'efficacité de la concertation ainsi que sur les conditions de fonctionnement qu'elle requiert. Participant elle-même à quelques tables de concertation, son avis ou son aide étant souvent sollicités par les intervenants de première ligne, il était pour elle essentiel de savoir s'il y avait là une voie d'intervention à privilégier pour assurer la meilleure protection possible aux personnes âgées. C'est dans cette optique que le *Document de consultation sur l'exploitation des personnes âgées* posait la question 4 :

- « 4a. Comment peut-on aider une personne âgée qui semble être victime d'exploitation et qui choisit de ne pas dénoncer la situation, que ce soit par peur de représailles, par honte ou pour protéger des proches? »
- 4b. Serait-il souhaitable de systématiser un modèle de concertation interorganismes et suivant quelles modalités?
- 4c. Compte tenu de la mission de votre organisme, la systématisation d'un modèle de concertation poserait-elle des problèmes particuliers ou pourrait-elle vous impliquer davantage?
- 4d. Dans le cadre d'un tel modèle, quels seraient les moyens envisageables pour assurer la circulation des renseignements nécessaires à une intervention efficace, tout en limitant la connaissance de ces derniers aux intervenants directement concernés?
- 4e. Quels types de renseignements personnels seraient minimalement requis pour développer une procédure de concertation efficace? »

121

Les réponses montrent que devant les difficultés que posent certaines interventions pour protéger une personne âgée victime d'abus, dès le début des années 80, des initiatives locales et régionales ont commencé à surgir au Québec, visant à lui venir en aide au moyen d'une collaboration étroite et intégrée de ressources diverses issues de la santé et des services sociaux, de la communauté, des églises et des services publics.

Les témoignages reçus révèlent par ailleurs une grande variété dans les modèles et les véhicules de concertation mis sur pied, et cette variété se retrouve dans les visions que les témoignages offrent d'un éventuel modèle de concertation.

Nous décrivons dans un premier temps les modèles existants, puis nous poursuivrons avec l'opinion exprimée dans les témoignages reçus au sujet d'un éventuel protocole de concertation interorganismes.

9.1 LA CONCERTATION ACTUELLE

Ce sont souvent les intervenants d'un CLSC, ou une association de personnes âgées telle la FADOQ, qui prennent la décision de former une « table de concertation », un « comité d'experts », ou encore d'élaborer un « protocole interorganismes ». Ces différentes modalités de concertation poursuivent cependant des objectifs différents, bien que dans certains cas table, protocole et

comité d'experts fassent partie d'un même système. Manifestant un grand dynamisme de la part de leurs initiateurs, les exemples de concertation laissent aussi entrevoir l'ampleur des besoins, comme le montrent les exemples qui suivent.

La Table de concertation de Laval a des objectifs de prévention, de dépistage et d'intervention. Selon son témoignage, ces activités ont « *augmenté la qualité de notre intervention, favorisé le partenariat, et nous a fourni un milieu de support et d'échanges très important* ». Cette table a organisé des séances d'information dans les milieux professionnels et auprès de groupes de personnes âgées, se servant, entre autres, d'un guide élaboré par ses membres. Certaines de ses activités, telle l'organisation d'un « *débat avec les décideurs lavallois sur le virage ambulatoire et ses impacts sur les aînés* », « *contribuent à maintenir l'implication de tous au service des personnes âgées* ».

D'autres initiatives visent autant la prévention que de faire cesser les abus. Par exemple, la Table de concertation « *Abus auprès des aînés* » du Trois-Rivières Métropolitain vise « *la sensibilisation et la prévention auprès de la clientèle âgée, des institutions et de la collectivité* ». Cette table regroupe vingt-six organismes, provenant de tous les milieux, les associations communautaires y étant particulièrement bien représentées, ce qui constitue certainement un atout majeur en termes de diffusion de l'information et de prévention dans les milieux différents. Elle mène des activités de formation adaptée à la clientèle ciblée : intervenants selon leurs fonctions auprès des personnes âgées (infirmiers, médecins, aidants, bénévoles, associations de personnes âgées, travailleurs des résidences publiques et privées, formation en gérontologie dans certains CÉGEPS, etc.). Cette table travaille également à « *l'empowerment* » des personnes âgées, lequel consiste à les conscientiser, à les soutenir dans leurs relations avec l'abuseur, à les déculpabiliser ainsi qu'à leur fournir les informations nécessaires à se sentir en mesure de réagir aux abus comme à les prévenir.

La Table « *Agir pour mieux vieillir* » rattachée au CLSC du Havre, a comme objectifs « *la circulation de l'information* » ainsi que « *l'organisation d'action régionale* ». Les membres de cette table de concertation se rencontrent à plusieurs reprises en cours d'année, et on leur doit la publication d'un répertoire des ressources s'adressant aux personnes âgées, de même que trois autres publications d'envergure, notamment « *Agir pour mieux vieillir* » dans le cadre de l'année internationale des personnes âgées.

Les membres de la Table du CLSC des Hautes-Marées se sont donné comme règle de fonctionnement de diviser en deux temps chaque rencontre : une première partie est consacrée à la problématique de la sensibilisation; la seconde à la discussion de cas, sur une base non nominative. Selon le témoignage fourni, l'on peut constater dans la région « *une amélioration tangible des conditions de vie des personnes victimes d'abus, de négligence ou de violence* ».

Les activités de prévention ne tirent pas toutes leur origine d'une table de concertation. Par exemple, la FADOQ collabore au programme de la Sûreté du Québec (Vivre en liberté en toute sécurité), dont l'objectif est de « *maintenir l'écoute face aux demandes de protection et de sécurité des aînés, tout en offrant des conseils pratiques faciles à réaliser* ». Ce programme inclut une trousse d'outils créés pour permettre aux aînés de mieux se prémunir

contre l'exploitation et les abus, de même que des informations sur les ressources disponibles en cas d'abus.

Des activités d'accompagnement proviennent également d'associations communautaires pro-actives dans certains milieux.

Ainsi l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR) de Québec s'est dotée du service de première ligne DIRA, dont les fonctions sont de « *dénoncer, d'informer et de référer, d'accueillir et d'accompagner (service DIRA) les victimes de violence, d'abus ou de négligence de la part d'un membre de la famille, d'un conjoint ou d'une conjointe, d'un ami, d'un voisin, d'une institution ou d'une association quelconque* ». Au cours des six mois antérieurs à la Consultation de la Commission, le Service DIRA avait reçu 70 demandes d'aide de la part de personnes âgées victimes d'abus ou de violence. Le Service DIRA s'est donné par rapport à la personne âgée qui s'adresse à lui « *la responsabilité de la soutenir et d'assurer un suivi dans les différentes démarches qu'elle devra entreprendre – accompagnée de nous – pour faire cesser la violence, les abus et la négligence* ». Cet accompagnement se fait sans délai, les partenaires s'étant engagés à se rendre disponibles sur demande.

La réalisation d'un tel programme étant impossible à assumer par un seul organisme, le Service DIRA travaille en collaboration avec divers partenaires (CLSC, Table de concertation sur la violence, les abus et la négligence envers les aînés de la région de Québec, le Curateur public, les associations communautaires, etc.).

Pour le Service DIRA, il est important qu'un modèle de concertation soit présent partout et qu'il inclue dans les partenaires un service de première ligne. Les intervenants de première ligne étant en contact direct avec la personne âgée et ayant un aperçu concret de ses besoins et de ses souhaits sont plus à même que quiconque de faire respecter la priorité des priorités, soit de répondre bien « *aux besoins essentiels de la personne âgée* » (DIRA).

Certains services sont aussi initiés par des individus, tels un service de sensibilisation offert par la Fondation Lucille Perreault et le service de protection et de prévention offert par la Société pour la prévention des abus envers les aînés du Québec.

Enfin, quelques initiatives visent plutôt à doter une région d'un comité d'experts.

Tel est le cas par exemple pour le CAVAC-MV, l'AQDR et la Table de concertation contre les abus, la violence et la négligence faits aux aînés de Jonquière qui se sont associés pour assumer des fonctions de comité d'experts : « *compte tenu du membership de la Table de concertation, il est impossible de s'impliquer dans une intervention active, notre tâche consistera plutôt à former des professionnels de l'intervention, des experts avec les compétences pour traiter l'ensemble du problème* ». C'est pourquoi, ce groupe favoriserait « *une petite équipe de 3 ou 4 personnes, un groupe d'action formé de personnes qui connaissent bien la problématique* ».

Certaines associations travaillent de façon concertée à plusieurs paliers complémentaires, assurant ainsi un véritable système de protection aux personnes âgées, tel celui initié par le CAVAC de Longueuil. Celui-ci offre aux aînés des services d'intervention psychosociale,

d'information sur leurs droits et leurs recours, et d'accompagnement dans leurs démarches. S'inspirant de l'équipe d'experts du CLSC René-Cassin et du manuel d'intervention développé par l'équipe du CLSC NDG/Montréal-Ouest, un sous-comité sur les abus envers les aînés du CAVAC de Longueuil a mis sur pied un Comité d'experts, composé d'intervenants provenant de milieux divers. Il se compose en effet d'un notaire, d'un médecin gériatre, d'un avocat, d'un administrateur de banque, d'un psychologue, d'un médecin en bioéthique, ainsi que de représentants des organismes suivants : le Curateur public, la Maison internationale Rive-Sud, l'Équipe santé mentale personnes âgées, la Société Alzheimer, les soins à domicile du CLSC St-Hubert, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, la Sûreté municipale de Brossard et le Substitut du Procureur général. Ce comité d'experts a comme mandat de « répondre aux besoins des équipes locales d'intervention par des conseils et des recommandations basées sur l'expertise que possède chacun des membres du comité ».

Parallèlement à ce Comité, lui-même coordonné par le CAVAC, chaque CLSC de la région et ses partenaires locaux ont pour responsabilité de constituer une « équipe locale d'intervention » laquelle nomme une personne déléguée (« personne pivot ») qui assure le lien entre l'équipe locale et le Comité d'experts auquel elle soumet le cas d'abus de façon à ce que ce dernier conseille l'équipe sur les solutions à considérer.

Outre son rôle conseil dans la solution des cas, le Comité d'experts a pour fonctions, entre autres, de former les équipes locales et de leur fournir les outils qui à long terme assureront leur autonomie, d'évaluer son propre fonctionnement et de l'ajuster s'il y a lieu et enfin de répertorier sous forme d'outil de référence les interventions des comités locaux.

Certains comités d'experts sont nés à partir d'une initiative prise par une table de concertation, tel celui formé par la Table de concertation « Abus auprès des aînés » du Trois-Rivières Métropolitain, dont les fonctions sont la consultation pour les cas trop complexes à gérer par un seul intervenant ainsi que la formation aux équipes d'intervenants.

Signalons que même si la majorité des tables et des initiatives de concertation concernent la personne âgée dans la communauté, certaines institutions de la santé et des services sociaux ont pris l'initiative d'introduire un mécanisme de concertation interorganismes. La RRSSS de la Montérégie fait observer qu'elle s'emploie « depuis longtemps à établir les collaborations nécessaires et la concertation des divers partenaires au service de la personne âgée en perte d'autonomie ». Ceux-ci, dont les CLSC et certaines ressources communautaires, « ont pour la plupart développé une expertise d'aide aux victimes d'abus ou de négligence ». Ces collaborations sont d'ailleurs intersectorielles au besoin, puisqu'elles s'étendent par exemple au Curateur public, à certains ministères, à l'Office des personnes handicapées, etc. (RRSSS de la Montérégie). Le personnel des établissements sous la responsabilité de la RRSSS de la Montérégie est lui aussi « sensibilisé et formé pour aider et accompagner la clientèle lors de dénonciations de situations d'abus en offrant un soutien à la détermination de la personne qui désire porter plainte. Le message qui est véhiculé dans l'ensemble de nos établissements met en évidence le fait qu'il faut dénoncer toutes les situations qui apparaissent inacceptables et éventuellement créer un outil de dépistage en ce sens ».

Les descriptions précédentes dévoilent amplement la motivation et le dynamisme de certains intervenants et associations un peu partout au Québec.

Toutefois, certains intervenants déclarent se trouver en pratique confrontés à la contrainte que leur impose le respect des règles de confidentialité lorsque dans une tentative de concertation, un partenaire essentiel à l'intervention doit disposer de renseignements consignés au dossier de la personne âgée supposée victime d'abus. Cette question devient problématique lorsque la personne âgée, à qui il appartient de permettre la transmission de l'information, s'y refuse.

9.1.1 Les règles de confidentialité

Nous avons abordé plus haut ce qu'il en est du secret professionnel et des règles de confidentialité qui régissent dans une institution l'accès au dossier d'un usager. Le professionnel ainsi que l'institution sont tenus au secret et à la confidentialité. Seule la personne usagère de l'institution ou qui reçoit les services du professionnel peut consentir à ce que des tiers autres que les professionnels et intervenants directs, qui sont tenus au secret, aient accès à ces renseignements. Dans le cas où la personne est inapte ou en voie d'être déclarée inapte, des mécanismes sont également prévus pour la protéger contre des abus éventuels d'un curateur privé ou d'un mandataire³⁷⁶.

Dans un processus d'intervention concertée, des difficultés se posent lorsque la personne âgée, apte à prendre une décision la concernant, refuse de donner accès à son dossier, voire refuse toute intervention, alors que les intervenants craignent que sa santé ou son équilibre mental ne soient menacés (Fédération de l'âge d'or du Québec - FADOQ). Cette situation est courante et bien connue des intervenants et des institutions, « qui se renvoient la balle », ceci pouvant devenir « prétexte à ne rien faire » (CLSC René-Cassin). En plus, cette contrainte devient un élément démobilisateur pour les intervenants (Table du CLSC des Hautes-Marées).

Beaucoup de participants à la Consultation soulèvent donc le problème que pose le maintien en toute circonstance des règles de confidentialité, bien que tous les avis n'aillent pas dans le même sens au sujet de la solution à lui apporter. Certains, comme le CLSC René-Cassin, y voient un obstacle majeur à l'intervention et souhaitent que les règles en soient assouplies; d'autres y voient un principe fondamental à sauvegarder, puisqu'il appartient à la personne de donner ou non accès à son dossier (Yvon Boucher, CLSC Seigneurie de Beauharnois).

Parmi ceux qui considèrent les règles de confidentialité actuelles comme un obstacle à l'intervention, certains rappellent que, faute de disposer de données pertinentes lui permettant de donner suite à un signalement, la Commission elle-même se trouve parfois dans l'impossibilité d'agir. Or, pour beaucoup d'intervenants, la Commission constitue le dernier recours en cas de danger ou d'exploitation financière (FADOQ, IUGS/CLSC René-Cassin).

Pour la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, « *Il apparaît essentiel que l'information puisse circuler entre intervenants* ». Un véritable travail interdisciplinaire pourrait alors être entrepris au niveau « *d'une organisation, choisie parmi les organismes déjà en place, [...] officiellement mandatée pour coordonner l'intervention dans les situations d'exploitation de personnes âgées. [...] Cet organisme pourrait jouer un double rôle de coordination des ressources (table de concertation) et de coordination des plans d'intervention* ».

376 Voir plus haut, section 5.2.2.

Par ailleurs, lorsque confrontés concrètement au problème, beaucoup d'intervenants prennent le risque de déroger aux règles de la confidentialité dans la mesure où cela est nécessaire selon eux. Mais l'échange d'information ne concerne habituellement que l'intervenant et la Commission, et dès le départ, il a comme but d'en arriver à une médiation entre la victime et son exploiteur (Pierre Bohémier, Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec).

D'autres, comme la Table de concertation contre l'abus-violence envers les aînés de Laval, dont les membres se rencontrent, entre autres, pour discuter de cas difficiles à résoudre, gardent secrètes les données nominatives, mais souffrent, lorsque cela est essentiel des exceptions : « *si la dangerosité le justifie, un bris de confidentialité pourrait être effectué après consentement des divers partenaires impliqués selon une gradation des faits notifiés et selon la vulnérabilité et l'isolement de l'individu* ».

Toutefois, beaucoup d'intervenants tentent de trouver des solutions qui peuvent préserver le principe de confidentialité tout en assurant à la personne âgée victime d'abus une protection optimale dans les circonstances où elle se trouve. Ainsi la Table de concertation « Agir pour mieux vieillir » du CLSC du Havre, rappelle avec justesse que la concertation vise justement à relever le défi « *de conjuguer les normes de confidentialité et les différentes façons d'intervenir. La confidentialité ne doit pas empêcher d'agir, elle doit réguler l'intervention* ». Cette table considère donc la concertation comme un moyen d'élaborer des solutions alternatives en cas de refus de la part de la victime. Elle donne en exemple le Groupe d'intervention contre la violence faite aux aînés et retraités (GIVAR), au sein duquel corps policiers, centre hospitalier, centre d'hébergement de soins de longue durée, CLSC et Association des retraités et préretraités de la région de Sorel partagent leurs expertises et leurs ressources « dans des cas de violence dépistés ou en dépistage ».

Mentionnons que certaines tables, dont la Table de concertation des services aux aînés de la MRC de Memphrémagog, se sont dotées d'un protocole qui inclut une « autorisation de divulguer et obtenir des renseignements pertinents » destiné à être signé par la personne âgée victime d'abus.

Le respect absolu des règles de confidentialité actuelles dans des circonstances où la personne âgée apte refuse de donner accès aux renseignements requis constitue donc une contrainte pour les intervenants au dossier. Cela implique que la victime d'exploitation risque de continuer à subir les abus, souvent au détriment de sa santé physique ou psychologique, sans compter qu'elle risque aussi de perdre tous ses biens et de se retrouver dépendante de l'État. Par ailleurs, de déroger à ces règles implique le danger de dérapage et d'abus de confiance, sans compter que l'accès au dossier d'une personne à l'insu de celle-ci du seul fait qu'elle est âgée peut se révéler discriminatoire. De plus, comme le remarque le service DIRA, l'accès à l'information confidentielle peut nuire à une personne âgée particulièrement vulnérable car il ouvre la porte à des renseignements non pertinents à la situation. Cela peut se produire, entre autres, par le biais de l'accès au numéro d'assurance sociale de la personne. Enfin, comme le reconnaît la Table du CLSC des Hautes-Marées, la perception de la situation est relative : alors que les intervenants considèrent que la personne âgée doit être déplacée de son milieu, « *bien des victimes considèrent comme plus grave d'être*

placées en institution ou de porter plainte contre leur agresseur que de continuer à subir les mauvais traitements ». C'est là le point de vue que soulèvent d'ailleurs bien des personnes âgées pour refuser l'intervention.

Comme on le voit, ce problème est à la fois central dans l'optique de la protection des personnes âgées contre l'exploitation et en apparence insurmontable dans l'état actuel du droit. Cependant, comme le rappelle dans son mémoire Charmaine Spencer, ni le secret professionnel, ni les règles de confidentialité, ne sont des principes « absolus ».

Dans ce contexte, par ailleurs, il semble y avoir consensus sur le propre de l'intervention concertée, qui vise à trouver des solutions alternatives à une intervention de nature plus juridique. La concertation peut en effet protéger de façon optimale la personne âgée tout en respectant ses droits fondamentaux. C'est pourquoi certaines initiatives de concertation visent à accompagner la personne âgée victime d'abus, ainsi qu'une intervention qui vise la prévention des abus.

127

9.1.2 L'accompagnement et la prévention

A) L'accompagnement

Selon les participants à la Consultation, accompagner la personne âgée victime d'abus constitue une alternative valable et même beaucoup plus souhaitable qu'une intervention de force. L'objectif de l'intervention doit en effet être de faire cesser l'abus ou l'exploitation « à la satisfaction de la personne âgée » c'est-à-dire « en respectant sa volonté » (Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées - AQDR). Le Groupe Privilégié d'Intervention La Source (GPI - La Source), et d'autres, mettent l'accent sur l'importance de faire cesser l'abus plutôt que d'en accuser ou d'en dénoncer l'auteur.

Comme le souligne l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec :

« la meilleure façon de procéder n'est pas de faire enquête; il faut que la Commission travaille avec les intervenants et qu'elle utilise leur expertise. Ils possèdent cette expertise en ce qui concerne, entre autres, le dépistage des problèmes et les pistes de solution. En fait, différentes démarches doivent être faites selon le milieu d'où provient l'exploitation : le milieu familial, le milieu institutionnel et le système lui-même exigent chacun une stratégie spécifique. »

Pour ce faire, la très grande majorité sont d'avis que le meilleur moyen est d'intégrer la personne âgée à la démarche, de la mettre en confiance, de « *l'appivoiser, de prendre le temps qu'il faut et de garder le contact avec elle ou le signalant. Cela peut se faire par le biais des services de santé car la victime a moins de résistance* » (GPI La Source).

Dans cette démarche d'accompagnement, déjà pratiquée par quelques organismes, tel le service DIRA, dont nous avons parlé plus haut, les partenaires remplissent chacun un rôle support, intégré au plan d'intervention élaboré par ces mêmes partenaires lors d'une rencontre de concertation. Soulignons cependant, comme le fait le service DIRA dans son mémoire, que chaque cas est unique. À chaque cas correspond donc un plan d'intervention qui lui est adapté.

B) La prévention

Tous sont d'accord sur un point central : l'intervention préventive des abus est nécessaire car sa portée est beaucoup plus grande que celle de l'intervention correctrice, par ailleurs essentielle.

La prévention comporte cependant de nombreux aspects, dont la formation spécifique à donner aux intervenants, dont il a été question plus haut, et s'adresse à plusieurs publics. La prévention pratiquée par les groupes et les tables de concertation touche principalement deux catégories de personnes : les victimes potentielles, soit les personnes âgées, et les jeunes, par le biais de quelques expériences intergénérationnelles menées par exemple dans les écoles primaires et secondaires. Les besoins criants en sensibilisation et en prévention constatés plus haut se retrouvent donc inscrits au cœur des initiatives de concertation, plusieurs tables, sinon toutes, ayant cette préoccupation majeure à l'esprit, en vue d'éviter que d'autres abus se produisent et de fournir des outils de défense aux personnes qui sont déjà victimes d'abus.

Dans les stratégies de prévention figurent l'information aux personnes âgées, la formation aux intervenants et une forte implication de la communauté (Service des relations communautaires de police de la Ville de Brossard, partenaire du Comité d'experts du CAVAC de Longueuil).

L'Association québécoise de gérontologie — et cet avis est partagé par d'autres intervenants — voit dans la situation actuelle des personnes âgées exploitées le résultat d'un manque flagrant d'éducation aux droits, en particulier d'un manque de conscience des responsabilités individuelles, qui se manifeste par de l'intolérance des uns envers les autres. La portée des interventions curatives étant limitée aux quelques cas traités, il serait beaucoup plus efficace de viser la prévention, stratégie dont la pierre d'angle devrait être l'éducation à la solidarité et aux droits.

André Stainier souhaite que les personnes âgées elles-mêmes, en tant que personnes et en tant que groupe, soient au cœur des moyens mis en place pour détecter et prévenir l'exploitation :

« Il y aurait [...] à favoriser le développement de **groupes de personnes âgées** formées [...] à la problématique de cette exploitation et se consacrent à créer des liens proches et soutenus avec les personnes âgées isolées socialement ou psychologiquement. Cela faciliterait sûrement, [...], la détection des situations d'exploitation, en même temps que cela agirait en forme de prévention, [...] Ce sont **les personnes âgées entre elles** qui sont la voie la plus efficace de diffusion de l'information relative à leurs droits et aux moyens de les exercer; entre pairs désintéressés. Cela suppose que certains reçoivent l'information de manière plus systématique et organisée, ce qui favoriserait l'existence d'associations regroupant ces personnes. [...] Parmi les informations préventives, la plus déterminante serait celle relative au **mandat en cas d'incapacité** [...]».

C'est pourquoi beaucoup mettent l'accent sur «l'empowerment» de la personne âgée, terme qui englobe divers moyens de rendre la personne susceptible d'être victime d'abus en mesure de prévenir elle-même et de connaître les moyens de se défendre si cela se produit. (Daphne Nahmiash; Marietta H. Lubelsky; NDG Citizens' Council)

Ce type d'activités préventives exige aussi très souvent des collaborations étroites entre organismes.

Certains (RRSS de Lanaudière, AQDR) considèrent très efficace et nécessaire la prévention basée sur des comités de vigilance, qui consistent à encourager voisins, amis, parents des personnes âgées isolées, tant dans les institutions qu'à domicile, à observer les allées et venues d'inconnus ou de suspects, à visiter souvent la personne et à lui procurer un appui en cas de besoin d'aide ou de conseils.

9.2 UN PROTOCOLE D'INTERVENTION INTERORGANISMES?

Rappelons que, connaissant la disparité régionale en matière de ressources qui agissent en concertation pour la protection des aînés contre les abus, la Commission demandait dans son Document de consultation l'opinion des personnes concernées sur la « systématisation d'un modèle de concertation », ainsi que les avantages et désavantages d'un éventuel modèle général.

Or, les réponses obtenues incitent à une grande prudence dans l'élaboration éventuelle d'un modèle de concertation, car il reste de nombreuses questions préalables à clarifier.

9.2.1 Les conditions de fonctionnement à considérer

Une majorité de participants à la Consultation souhaite l'élaboration d'une entente systématique de concertation interorganismes, car un modèle de concertation exigerait « *le développement d'outils d'intervention aptes à donner des résultats positifs à court terme.* » (AQDR de Sherbrooke)

Toutefois, il semble que deux conditions pratiques, parmi d'autres sans doute, soient requises pour assurer l'efficacité d'un modèle de concertation quel qu'il soit : la motivation des partenaires et le respect des réalités régionales.

A) La motivation des membres

Parmi les témoignages provenant des régions ou de localités en dehors de l'île de Montréal, beaucoup soulignent que la concertation ne peut être efficace sans la motivation des partenaires. Aussi, des mises en garde se sont profilées tout au cours des audiences sur la bureaucratisation des mécanismes de concertation. Par exemple, en tant qu'ancien enquêteur-médiateur dans le domaine de l'exploitation des personnes âgées à la Commission, André Stainier doute de l'efficacité de modèles susceptibles de se bureaucratiser ou de ne constituer qu'une « façade ».

B) Le respect des réalités régionales

Parmi les intervenants qui doutent de l'efficacité d'un modèle de concertation unique, beaucoup craignent que la motivation des régions ne soit atteinte. En effet, des réticences relatives à la question locale ou régionale se manifestent quant à la systématisation d'un modèle de concertation, perçu comme une intrusion dans les milieux déjà organisés : « *les réalités sociales variant d'un secteur à l'autre, systématiser une formule unique de partenariat deviendrait restreignant, limitatif et sous productif.* » (Table de concertation sur l'abus, la négligence et la violence envers les personnes âgées du territoire du CLSC des Hautes-Marées)

L'implication communautaire, élément essentiel de la concertation selon plusieurs, serait ici en jeu. Ainsi la Table de concertation des aîné(e)s du Val St-François déclare que la concertation ne sert à rien « *si elle ne retrouve pas son application sur le terrain pour des personnes qui y sont rattachées presque exclusivement* ».

Par ailleurs, tout en étant très concernés par la réalité régionale et le maintien ou l'amélioration de l'implication des tables et autres mécanismes actuels, beaucoup souhaitent « *le développement d'un partenariat avec les organismes communautaires, les associations de personnes âgées et les milieux de vie des aînés. Un partenariat avec les corps policiers, dans une visée d'intervention communautaire auprès de la population, est à cibler* » (GPI-La Source). Aussi, le modèle de concertation devrait-il « *varier selon la réalité de chaque milieu* » (GPI-La Source). Les experts, comme par exemple Marie Beaulieu, mettent eux aussi l'accent sur le respect des particularités locales ou régionales.

Il semble donc que la réalité régionale soit un aspect à considérer sérieusement dans l'hypothèse de l'élaboration d'un protocole interorganisme systématique.

9.2.2 La nature obligatoire ou volontaire de la concertation

Si la nécessité d'une concertation semble bien établie parmi les participants à la Consultation, il n'y a cependant pas de consensus sur le caractère que cette concertation devrait avoir.

Certains, la considérant très utile car elle facilite « *la référence, la prise en charge rapide et le soutien dans l'intervention* », la voudraient « obligatoire ». Elle devrait cependant « *se limiter aux intervenants régis par des corporations professionnelles pour protéger la confidentialité.* » (GPI-La Source)

D'autres, au contraire, mettent l'accent sur l'aspect « volontaire » que la concertation devrait revêtir à leur sens, en vue d'obtenir la motivation soutenue nécessaire à son bon fonctionnement. Par exemple, le Groupe d'intervention et de prévention Orléans n'est pas favorable à la systématisation d'un modèle de concertation car « *la concertation nécessite une volonté commune, un intérêt commun... non pas une "obligation"* ». Quelques intervenants pensent en effet que la systématisation d'un modèle de concertation nuirait à l'implication des ressources.

Il est symptomatique de constater que le besoin de rendre obligatoire la concertation semble provenir du besoin de clarifier les rôles de chacun des partenaires. Ainsi le Service des relations communautaires de la police de la Ville de Brossard, partenaire du Comité d'experts du CAVAC de Longueuil, est favorable à une telle obligation, car « *les partenaires impliqués dans cette problématique auraient à leur disposition une procédure à respecter dans laquelle le rôle de chacun serait bien défini et ainsi assurer un service adéquat et préventif auprès des aînés* ».

C'est aussi l'avis de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, pour lequel une concertation obligerait à formaliser des liens en précisant les rôles de chacun des organismes impliqués dans l'entente. L'Ordre considère qu'un des points à établir clairement est celui qui relie les intervenants sociaux à la Commission, ce qui faciliterait l'élaboration de plans d'intervention adéquats, c'est-à-dire qui répondent aux besoins des personnes âgées : « *il est nécessaire qu'il y ait ce genre de lien entre intervenants des institutions impliquées (hôpital, CLSC) et les membres de la Commission.* » (Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec)

Selon l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, il serait souhaitable qu'un groupe de travail s'attarde sérieusement à définir les notions de « *raisons objectives, de vulnérabilité, de danger réel et imminent, et de danger potentiel* » en vue de l'élaboration d'un protocole interorganismes de traitement des cas d'abus et d'exploitation. Ce groupe devrait se composer de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, d'intervenants et d'experts qui interviennent auprès des personnes âgées. L'avis du Comité d'experts de l'IUGS/CLSC René-Cassin devrait faire partie intégrante de la démarche, dont l'objectif premier serait évidemment de clarifier et de rendre leur sens aux termes. C'est là aussi, comme on l'a vu, le souhait exprimé par l'IUGS/CLSC René-Cassin lui-même.

Par ailleurs, force est de reconnaître qu'une certaine obligation est logiquement assortie à un modèle de concertation sous forme d'entente cadre entre organismes divers, sans quoi, cette entente risquerait de ne jamais être appliquée.

131

L'élaboration d'un protocole de concertation devrait être assortie d'autres conditions. L'une d'entre elles est d'éviter à tout prix les conflits d'intérêts, incluant « l'intérêt psychologique » de « tenir à la cause des personnes âgées plus qu'aux personnes âgées elles-mêmes » (André Stainier). En outre, certains intervenants, comme l'AQDR de Sherbrooke, ajoutent deux conditions au développement d'une entente interorganismes : d'une part, les modalités doivent se fonder sur des principes solides et sur une base continue; d'autre part, elle implique « *des ressources humaines et financières supplémentaires* ».

Parmi les principes sur lesquels toute entente interorganismes devrait se fonder, on retrouve un point sur lequel il y a consensus : respecter la volonté de la victime.

9.2.3 La volonté de la victime comme principe directeur

Sans doute plusieurs principes et prérequis devraient-ils présider à l'élaboration éventuelle d'un protocole interorganismes. Or, de l'avis de la plupart, le principe fondamental et incontournable à insérer dans un tel protocole est le respect de la personne âgée, qui devrait se manifester par le respect de sa volonté. Entre autres, ce principe permettrait d'échapper à la tentation qui guette parfois l'intervenant : « *Certaines personnes désireuses d'aider une personne âgée peuvent avoir tendance à vouloir prendre le problème en mains, et agir à la place de la personne âgée, selon leurs propres valeurs. Ces personnes ... deviennent très souvent violentes dans leurs actions pour aider les autres* » (Yvon Boucher, CLSC Seigneurie de Beauharnois).

Beaucoup de groupes d'intervention considèrent donc « *qu'il va de soi [...] que toute intervention se ferait dans le cadre de mesures volontaires, en plein accord avec la personne exploitée et que la judiciarisation ne serait utilisée qu'en dernier recours, dans les cas de sévices graves* » (Entraide Ahuntsic-Nord).

Tout mécanisme d'intervention concertée devrait donc « *développer une approche visant l'aide, le support psychosocial, et non une approche punitive* », surtout lorsque le milieu familial est concerné (Yvon Boucher, CLSC Seigneurie de Beauharnois).

Notons toutefois que ce principe exige le respect des règles de confidentialité si la personne âgée victime d'un abus refuse l'intervention, ce qui apparaît contradictoire avec leur assouplissement, par ailleurs souhaité par plusieurs.

9.2.4 Rôles, fonctions et formes de concertation

A) Rôles

La grande majorité des participants à la Consultation, en particulier les tables de concertation et les groupes d'intervention, expriment la nécessité de formaliser une entente interorganismes dont le premier rôle serait de situer clairement les pouvoirs, le rôle et les responsabilités de chacun, ainsi que les complémentarités nécessaires selon les cas types d'abus qui peuvent se présenter. Beaucoup de tables et de groupes affirment nécessaire de pouvoir décider localement des modalités concrètes de la mise en pratique de ces protocoles. Le protocole devrait en priorité établir les règles concernant la stratégie à adopter en cas de refus de la personne âgée de donner accès à son dossier. Comme on l'a vu, il demeure en effet par rapport à ce point une ambiguïté totale, qui peut entraîner la fermeture non justifiée d'un dossier au détriment de la personne âgée (CLSC René-Cassin). Cette ambiguïté pourrait être levée par l'élaboration de protocoles clairs entre organismes impliqués dans la solution de situations d'abus. Toutefois, rappelons que certains, tout en étant très favorables à une concertation interorganismes, ne considèrent pas pour autant qu'il faille déroger aux règles de la confidentialité, celles-ci étant vues comme un principe fondamental à respecter.

Au moment où la Table du CLSC des Hautes-Marées soumettait son mémoire à la Commission, les ressources du milieu avaient situé leurs champs d'action respectifs, et la Table s'apprêtait à entreprendre l'étape de la rédaction d'un protocole : « *la signature de ce protocole par les organismes deviendra le moment pour confirmer ces collaborations soumises à l'expérimentation notamment par des discussions de cas depuis deux ans.* »

B) Fonctions et formes de la concertation

Les participants à la Consultation énoncent leur vision des fonctions que devrait remplir pratiquement la concertation. À cet égard, les besoins décelés sont tellement criants et variés, les « abus » chevauchent tellement de problématiques spécifiques, et les moyens existants sont tellement restreints par rapport à la complexité et au nombre des problèmes, que les réflexions des participants à la Consultation abordent un ensemble de sujets sur lesquels pourraient porter les fonctions d'une entente interorganismes.

Comme beaucoup, le Cummings Jewish Centre for Seniors voit la concertation sous forme de système de protection intégré :

« We would be interested in participating in the development of an integrated service model which would facilitate responding to seniors experiencing abuse. We believe that CLSCs should form an integral component of this system along with physicians, pharmacists, community organisations, synagogues, churches, police, etc. »

Pour l'Ordre des infirmières et infirmiers de Montréal, il est important d'intégrer les services et le suivi, de façon à garder un lien continu avec les personnes âgées en perte d'autonomie.

Selon Entraide Ahuntsic-Nord, « *sur le plan local, le CLSC devrait être au cœur d'un tel réseau.* » Ce groupe souhaiterait la mise sur pied de moyens d'information et de connaissance divers :

« on imagine par exemple une banque de données informatisée anti-exploitation, au sein de laquelle figurerait la liste de tous les bénéficiaires des différents programmes de soutien aux personnes âgées. Les policiers pourraient y contribuer... toutes les personnes âgées auraient la possibilité de s'y inscrire sur une base volontaire, pour mieux faire connaître leurs conditions particulières et les mesures à prendre en cas d'urgence... un coordonnateur colligerait l'information ... il s'assurerait également du respect de la confidentialité et de la protection des renseignements personnels ».

Pour les AQDR, les mécanismes sur lesquels il y a concertation devraient être disponibles en tout temps, voir autant à la prévention qu'à la détection et à la solution des cas qui lui sont soumis.

Le Comité sur l'exploitation des personnes âgées de l'Aide juridique du Québec croit qu'un modèle de concertation peut consister en l'implantation ou la continuation de tables de concertation spécifiques rattachées aux principaux CLSC dans les différentes régions du Québec. Selon ce témoignage, une stratégie de concertation viserait, outre "l'empowerment" des aînés, « *la prévention et la recherche de solutions concrètes aux cas d'exploitation présentés à la table de concertation par l'intervenant social* ».

Le service de Sécurité publique de la Ville de Boucherville affirme « *qu'il serait souhaitable de systématiser un modèle comme les comités d'experts (mis sur pied par le CLSC René-Cassin ou le CAVAC de Longueuil)* ».

L'Association des familles de soutien des aînés de St-Hubert est d'avis que la nécessité concerne plutôt « *la formation d'un comité d'étude de cas* », et met l'emphase sur les particularités locales en ce qui regarde la systématisation d'un modèle de concertation. Enfin, le témoignage du CLSC-CHSLD de la Vallée du Richelieu va dans le même sens, la concertation lui semblant devoir se limiter à développer des expertises internes. Pour ces institutions, il s'agit de sensibiliser les intervenants à la problématique, fonction qui serait dévolue à un comité d'experts consultants.

La Table de concertation contre l'abus-violence envers les aînés de Laval fait cependant observer « *qu'un organisme provincial pourrait être utile s'il contribue à stimuler les diverses régions du Québec à se préoccuper et à agir en cette matière* ».

Certaines tables de concertation, dont celle du Trois-Rivières Métropolitain, souhaitent la formation d'un « *réseau québécois pour contrer les abus envers les aînés* », dont la fonction serait le partage d'informations et d'expertise ainsi que la mise sur pied de stratégies de prévention qui auraient des incidences générales avec des retombées locales.

Tout en affirmant le caractère prioritaire de la concertation, d'autres intervenants, telle l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées de Montréal-Nord (AQDR - Mtl-Nord), ne donnent leur opinion ni sur les modalités qu'elle pourrait prendre ni sur les fonctions qu'elle devrait remplir.

Enfin, certains témoignages énoncent des critères quant à la composition de la concertation. Par dessus tout, il est essentiel, de l'avis du CLSC René-Cassin :

« that the Elder Abuse Consultation Teams should be established in or with service milieus, such as CLSCs. Members should be experienced in interventions and draw from different levels of government and different kinds of organizations (i.e. police, social workers, nurses, ethicists, community organizations, lawyers, advocacy groups, an older adult from the community, ethnocultural consultants, etc.). »

En conclusion, il est difficile d'après les témoignages reçus de voir la forme concrète que pourrait prendre la concertation. Y aurait-il avantage à établir un protocole d'entente en vue de l'élaboration d'une table, d'un comité d'experts, ou un autre mécanisme? Il semble, d'une part, que la forme concrète de la concertation dépende essentiellement des fonctions que la concertation entend remplir. D'autre part, les différentes formes peuvent agir de façon complémentaire à l'intérieur d'une même stratégie de protection et faire ainsi partie des conditions établies dans l'entente.

134

9.3 CONCLUSION

Le refus qu'une personne âgée victime d'abus oppose souvent aux tentatives d'intervention paralyse souvent l'action des intervenants, dont celle de la Commission. Des solutions qui préconisent une approche psychosociale concertée, qui peuvent constituer une alternative satisfaisante à ce refus, se sont donc fait jour parmi les organismes et les associations de personnes âgées.

De nombreuses tables de concertation et autres mécanismes remplissent en effet des fonctions diverses, dont l'intervention curative et la prévention, à travers des activités d'information et «d'empowerment» des personnes âgées. Le nombre et la nature des organismes et associations impliquées sont variables, car ils dépendent des besoins et des ressources régionales ou locales. Des « comités d'experts », en très petit nombre, existent aussi. Leur fonction principale, outre la consultation en cas de problèmes majeurs d'intervention, est la formation d'équipes régionales ou locales, pouvant à leur tour remplir le rôle de consultants sur une base locale.

Toutefois, alors que la majorité des mémoires exprime une opinion très favorable à la formalisation d'un protocole de concertation interorganismes, aucune évaluation de l'efficacité de ces mécanismes de concertation, ni même de leur implantation effective, n'est disponible. Ce qui est certain, c'est que certaines régions ne peuvent pour l'instant bénéficier de telles initiatives, lesquelles sont pratiquées sur une base volontaire. Par ailleurs, les mémoires qui en décrivent les orientations, les fonctions, les activités et les modalités rendent compte d'une réalité quelque peu anarchique.

Le souhait de l'élaboration d'un tel protocole proviendrait surtout de la nécessité pour les organismes qui se concertent ponctuellement de préciser leurs compétences et champs d'action respectifs, de même que les zones de complémentarité de leur collaboration le cas échéant.

De plus, même si la concertation est vue comme une solution d'accompagnement de la personne dans la solution de sa situation de victime selon les conditions qu'elle souhaite pour elle-même ou pour d'autres, le respect des règles de confidentialité est très souvent considéré comme un obstacle, voire comme prétexte à s'abstenir d'intervenir.

Sur le respect des règles de confidentialité, il ne semble d'ailleurs pas y avoir de consensus. Un deuxième sujet de désaccord concerne la nature obligatoire ou volontaire d'une éventuelle entente interorganismes.

Par ailleurs, on comprend aisément les préoccupations exprimées par les participants à la Consultation venant de localités où les services sont peu nombreux, moins variés et moins accessibles que dans les centres urbains. Les initiatives qui y sont implantées impliquent davantage la communauté que ne le ferait peut-être une région plus peuplée et plus urbanisée. Ces participants sont donc préoccupés par le danger qu'impliquerait un protocole unique trop contraignant, qui en pratique, pourrait paralyser la concertation dans leur milieu. Cette contrainte concerne par exemple le nombre de participants, leur nature, leur fonction, ainsi que les objectifs de la concertation. Il est clair que, comme l'affirme un participant, chaque cas d'abus est un cas particulier et il doit être traité comme tel. Si un tel protocole, c'est-à-dire une entente de collaboration entre organismes, impose des critères impossibles à respecter dans certains cas, il est évident que son imposition générale devient problématique.

Il nous semble toutefois que de nombreuses questions restent à examiner et des problèmes restent à régler afin d'être en mesure d'évaluer le bien-fondé d'un tel protocole ainsi que son contenu.

10. L'INUTILITÉ D'UNE LOI DE PROTECTION

Dans un sondage réalisé l'année dernière au Québec auprès de 1 000 personnes âgées de 50 ans et plus, la grande majorité d'entre elles, soit 93,1 %, ont répondu que la création d'une loi sur la protection des personnes âgées était urgente³⁷⁷. Or, en 1995, un projet de loi, intitulé *Loi sur la protection des droits des aînés*, avait été déposé devant l'Assemblée nationale.

Ce texte prévoyait la création d'une Commission de protection des droits des aînés, dont le mandat aurait consisté à assurer le respect des droits des personnes âgées et de les protéger contre toute violence physique ou psychologique et contre toute exploitation financière. La loi n'aurait pas défini l'expression « personne âgée » mais aurait délégué au gouvernement le pouvoir de le faire.

Calquée sur la *Loi sur la protection de la jeunesse*, la loi aurait créé une obligation de signalement en tout point similaire à celle contenue à l'article 39 de la *Loi sur la protection de la jeunesse*. La Commission de protection des droits des aînés aurait reçu les signalements des situations où la sécurité physique, psychologique ou financière d'une personne âgée aurait été compromise et elle aurait eu le pouvoir de décider de l'orientation de la personne, en appliquant des mesures d'urgence (y compris le retrait immédiat de la personne âgée de sa résidence), en exigeant la cessation de l'acte reproché ou l'accomplissement de mesures correctives, ou en saisissant le tribunal. Les situations de compromission énoncées comprenaient tous les motifs énumérés à l'article 38 de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, auxquels s'ajoutait l'exploitation financière. Ce projet de loi n'a toutefois jamais été adopté. Il faut dire que plusieurs organismes et groupes de défense des droits des aînés, dont le Conseil des aînés, s'y étaient opposés vigoureusement, jugeant l'approche retenue discriminatoire et infantiliste³⁷⁸.

377 COMMISSION DES SERVICES JURIDIQUES (1998).

378 CONSEIL DES AÎNÉS (1996), pp. 3 et 11.

Néanmoins, plusieurs personnes ou organismes ont réclamé, lors de la Consultation, l'adoption d'une loi de protection des personnes âgées (Association des retraités et retraités de l'enseignement du Québec (secteur Lanaudière); Fondation Lucille Perreault; Claude Robitaille; Société pour la Prévention des Abus envers les Aînés du Québec). Certains ont de nouveau préconisé un modèle similaire à celui de la *Loi sur la protection de la jeunesse*. Proposant une telle loi, la Table des personnes âgées du Haut-St-François précisait que le pouvoir d'enquêter sur les signalements devrait être attribué au CLSC et que la loi devrait prévoir l'obligation de concertation avec les organismes de bénévolat locaux.

D'autres participants à la Consultation, dont l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées, le Conseil des aînés et la Fédération de l'âge d'or du Québec, se sont toutefois prononcés contre la création d'une loi. Ils estiment entre autres que les mécanismes qui existent actuellement, tels que la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse et le Curateur public, sont suffisants. Le Protecteur du citoyen va dans le même sens quand il affirme que la Charte et la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* sont des instruments de droits suffisants et qu'il s'agit plutôt de les appliquer. Il est d'ailleurs notable que la majorité des personnes ou des organismes qui ont recommandé l'adoption d'une loi de protection lors de la Consultation ont la caractéristique à la fois d'être des témoins directs de la misère des personnes âgées exploitées, mais semblent moins connaître les ressources et outils qui existent déjà pour intervenir.

Le Conseil des aînés a aussi souligné que ce type de lois s'applique sans nuance aux personnes aptes comme aux personnes inaptes et que, contrairement aux enfants, les personnes adultes ont acquis les outils pour se défendre. Le professeur Donald Poirier considère que les lois de protection appliquées dans les provinces de l'est du Canada peuvent entraîner de la discrimination et des atteintes à la dignité des personnes âgées. La Fédération de l'âge d'or du Québec craint qu'elle n'entraîne « *l'augmentation des préjugés et des stéréotypes envers ces derniers, associés à la vieillesse, à la dépendance, à l'incapacité.* »

D'autres participants à la Consultation ont maintenu que s'il est important de donner des outils à la personne âgée victime d'abus, de la conscientiser sur ses recours et de l'accompagner dans ses démarches, on ne peut cependant la forcer à entreprendre des démarches car elle est majeure et il faut respecter ses choix (Association des médecins gériatres du Québec; CAVAC Longueuil et Centre communautaire des aînés de Longueuil; Comité des usagers du CLSC-CHSLD du Ruisseau Papineau; Groupe prévention intervention Orléans; Réseau d'ami(e)s de Sherbrooke et des environs; Table des Aîné(e)s de la Ville de La Baie; Table de concertation contre la violence, les abus et la négligence faits au aînés du Chicoutimi métropolitain, CAVAC-MV et AQDR de Jonquière; Table d'information - concertation 3e âge de la MRC Deux-Montagnes).

Le Protecteur du citoyen voit en outre dans une loi de protection des personnes âgées le « risque de glissement vers une fragmentation des droits et libertés garantis par la Charte à tous les citoyens ».

De son côté, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse est d'avis qu'une loi de protection spécifique brimerait inévitablement les droits fondamentaux des

personnes visées, ce qui serait contraire à l'esprit et à la lettre de la *Charte des droits et libertés de la personne*.

À cet égard, la Commission tient à réitérer son entier engagement dans la voie du respect de la volonté des personnes âgées.

Par contre, les nombreuses lacunes signalées au cours des pages précédentes doivent être soigneusement examinées par les instances concernées, qui ont comme devoir d'y apporter des solutions.

TROISIÈME PARTIE LES CORRECTIFS À APPORTER

Dans cette partie, la Commission présente les pistes de solution qu'elle préconise afin de remédier aux lacunes constatées dans le filet de protection destiné à prévenir l'abus et l'exploitation des personnes âgées. Dans cette optique, elle adresse des recommandations précises à divers acteurs.

139

La Commission considère que le développement d'un véritable plan d'action gouvernemental en matière de vieillissement représente la pierre angulaire de l'édifice de protection contre l'exploitation et les abus faits aux personnes âgées. Ce plan d'action doit comprendre des initiatives concrètes d'information des personnes âgées et du grand public sur le phénomène des abus et les recours en la matière. Un effort généralisé de formation de tous les intervenants appelés à œuvrer auprès d'une clientèle âgée vulnérable est également demandé. De même, certaines dispositions légales doivent être modifiées de façon à assurer une meilleure protection contre l'exploitation et les abus.

L'accessibilité et l'adaptation des services offerts aux personnes âgées font également l'objet de recommandations. Cet effort doit viser autant les services généraux que les services s'adressant à des clientèles ou des groupes d'aînés particuliers. L'accent doit être mis sur la continuité des services offerts, compte tenu des besoins de chaque personne âgée, et ce, tant en matière de services à domicile, de services offerts en hébergement privé ou dans le réseau public. La question de l'encadrement des services d'hébergement privés fait l'objet de considérations particulières.

Au cours des Consultations, la Commission a été impressionnée par certaines initiatives de concertation sur le thème des abus et de l'exploitation des personnes âgées. Tout en respectant les particularités propres à chaque région ou à chaque milieu, la Commission dégage certaines recommandations aptes à favoriser les efforts de concertation.

La Commission examine ensuite la question des recours contre les abus et l'exploitation en vue d'en favoriser l'exercice par les personnes âgées. À cet égard, la nécessité d'assurer une meilleure protection contre les représailles est considérée comme un enjeu important.

Enfin, la dernière section présente les engagements pris par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse afin d'améliorer son intervention dans le domaine de l'exploitation des personnes âgées.

I. UN PLAN D'ACTION EN MATIÈRE DE VIEILLISSEMENT

Comme il a été mentionné dans la deuxième partie, la Commission rejette la proposition d'une loi de protection des personnes âgées car elle serait superflue et risquerait de porter atteinte à leur autonomie. La Commission considère qu'une loi particularisée doit être évitée et favorise plutôt l'approche fondée sur le respect des droits garantis par la *Charte des droits et libertés de la personne*.

Toutefois, la Commission affirme l'urgence d'améliorer les moyens de prévention, les moyens de détection des situations d'abus ou d'exploitation ainsi que les moyens d'intervention dont nous disposons. À cet égard, s'il n'est pas nécessaire de mettre en place une nouvelle structure, telle qu'un directeur à la protection des personnes âgées, il apparaît néanmoins essentiel d'accentuer le leadership gouvernemental en matière de respect des droits des personnes âgées.

La Commission a pu constater au cours de la Consultation que de nombreux interlocuteurs se préoccupent de la question de l'exploitation des personnes âgées et du respect de leurs droits. Cependant, aucun organisme ne semble assumer le leadership pour coordonner, au niveau national, les interventions et l'allocation des ressources. De l'avis de la Commission, ce rôle revient au ministre responsable des Aînés. Malgré des annonces en ce sens, le plan d'action triennal en matière de vieillissement (2001-2004) n'a toujours pas été adopté par le gouvernement.

La Commission réaffirme l'urgence d'adopter un tel plan d'action, qui définisse notamment des mesures spécifiques pour enrayer les abus faits aux personnes âgées, afin de s'assurer que l'État québécois dégage les priorités en matière de vieillissement et que celles-ci soient mises en œuvre par tous les ministères et organismes concernés.

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 1

Que le gouvernement du Québec adopte, dans les plus brefs délais, un plan d'action en matière de vieillissement à l'intérieur duquel soient définies, notamment, des mesures spécifiques visant à enrayer les abus faits aux personnes âgées.

Par ailleurs, il apparaît impératif de mandater un organisme gouvernemental qui serait responsable d'assurer, de façon concrète, la coordination des actions gouvernementales requises afin d'assurer la mise en œuvre et le suivi du plan d'action en matière de vieillissement. À cet égard, le Secrétariat aux Aînés est tout indiqué pour jouer ce rôle, pour peu qu'on lui fournisse les ressources nécessaires.

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 2

Que le gouvernement du Québec accorde au Secrétariat aux aînés les ressources nécessaires pour assumer le mandat d'assurer la coordination, la cohérence et le développement des actions gouvernementales reliées aux conditions de vie des personnes âgées, et notamment d'assurer la mise en œuvre et le suivi du plan d'action en matière de vieillissement.

La Commission est heureuse de constater qu'une large partie des besoins des personnes âgées les plus vulnérables semble prise en compte par les récentes *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*¹. La nécessité de mettre en place des mesures d'intégration des services et de continuité dans les soins, et celle de personnaliser les plans d'intervention est, en effet, impérieuse. Les orientations ministérielles couvrent de façon globale ces aspects du problème et fournissent des pistes générales pour l'implantation des mesures qui leur donneront corps. D'emblée, il faut reconnaître que des mesures allant dans le sens proposé seraient aptes à prévenir une bonne partie des atteintes aux droits fondamentaux dénoncées par les personnes âgées, leur famille et les intervenants au cours de cette Consultation. La Commission presse donc le ministre de la Santé et des Services sociaux de donner suite, de façon concrète, à ces orientations.

141

Toutefois, il faut rappeler que les victimes d'exploitation sont aussi des personnes âgées autonomes sur le plan physique et mental. Pareillement, même si elles reçoivent les soins qui leur conviennent et qu'elles jouissent d'un bon support technique, les personnes en perte d'autonomie risquent quand-même l'exploitation. En ce sens, les orientations proposées ne suffisent pas comme outil de lutte à l'exploitation et aux abus faits aux personnes âgées.

2. UNE PRÉVENTION À QUATRE VOLETS

« Mieux vaut prévenir que guérir ». Ce précepte s'applique avec force lorsqu'il est question du phénomène de l'exploitation et des abus faits aux personnes âgées. La Commission propose de travailler sur plusieurs fronts : l'information aux personnes âgées et à la population en général sur le phénomène des abus et les recours, la modification de certaines dispositions législatives afin de resserrer le filet de protection déjà existant et la formation de tous les intervenants appelés à œuvrer auprès d'une clientèle âgée vulnérable.

2.1 L'INFORMATION

2.1.1 Contre les préjugés envers le vieillissement et les personnes âgées

Les préjugés négatifs entretenus à l'égard des personnes âgées, dont l'ampleur et l'aspect insidieux ont été soulevés au cours de la Consultation, finissent par faire naître le phénomène de l'« âgisme » qui conduit à une forme d'exclusion fondée sur les caractéristiques réelles ou prêtées à l'ensemble des personnes âgées. Cette forme d'exclusion place les personnes âgées en marge de l'activité de la société, de la productivité et de la valeur que la société accorde aux individus comme tels.

L'information théorique ou technique étant peu efficace dans ce cas, la Commission exhorte le ministre d'État à l'Éducation à s'assurer que la solidarité familiale et intergénérationnelle soit un message sous-jacent à l'enseignement général dans les écoles primaires et secondaires. Le volet « éducation à la citoyenneté », associé à la réforme en cours, paraît être le lieu approprié pour la communication de ces valeurs.

Comme en témoignent les initiatives locales et régionales, il existe en effet diverses façons concrètes de combattre l'âgisme dans les écoles, dont par exemple les projets de jumelage intergénérationnel. Ces initiatives visent à faire connaître aux plus jeunes la réalité des

La référence complète des sources auxquelles renvoient les notes se trouve dans la bibliographie présentée en annexe.

1 QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, février 2001

personnes âgées et à empêcher, entre autres par des activités intergénérationnelles, que prennent racine chez les jeunes des préjugés envers les personnes âgées. Initiées très souvent localement par des associations de personnes âgées, elles répondent à un besoin réel, mais ne sont ni répertoriées ni connues. Connues et commentées, elles inciteraient les communautés et les institutions locales à en initier de nouvelles.

La Commission recommande à cet égard :

RECOMMANDATION 3

Que le Secrétariat aux aînés ait pour mandat de faire l'inventaire et de diffuser les programmes, initiatives et activités ayant pour objectif de favoriser la solidarité intergénérationnelle.

142

2.1.2 Faire comprendre aux familles la nécessité de leur présence

Les membres de la famille peuvent assurer le respect des droits de leur parent de plusieurs manières et à plusieurs niveaux. Que la personne réside dans son propre domicile ou avec un membre de sa famille, ou qu'elle soit hébergée en résidence privée ou en centre d'hébergement, les visites régulières préviennent son isolement.

Parfois, la famille exerce son rôle en logeant chez elle la personne âgée. En assumant cette responsabilité, la famille a alors l'obligation de s'assurer que la personne âgée reçoit les services de santé ou les services sociaux que requiert son état.

La famille a aussi un rôle essentiel à jouer face au parent en hébergement. Tout d'abord, elle doit s'assurer que le parent est hébergé dans les meilleures conditions possibles. De plus, des visites effectuées régulièrement par les membres de la famille constituent un moyen de détection efficace des abus, surtout si elles sont imprévisibles. D'ailleurs, les visites à un membre de sa famille peuvent être l'occasion d'observer des situations que vivent d'autres personnes hébergées qui ne bénéficient pas de cette forme de soutien.

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 4

Que le ministre responsable des Aînés élabore une campagne d'information visant à sensibiliser les familles à leur obligation d'assurer un rôle de protection et de sauvegarde de la sécurité de leurs membres âgés qui ont besoin de leur aide.

2.1.3 Informer les personnes âgées, leur entourage et le public

La Commission a reçu de nombreuses suggestions sur les moyens d'assurer une information publique sur le phénomène de l'exploitation et des abus. Ces campagnes d'information doivent en premier lieu viser les personnes concernées.

Les campagnes d'information devraient, notamment, expliquer ce que sont l'exploitation et les autres formes d'abus, le caractère inacceptable de ces actes, les moyens de les dénoncer et d'y mettre un terme, ainsi que les services d'aide existants. Elles devraient également chercher à déculpabiliser les victimes concernées.

Parmi les divers moyens d'information proposés au cours de la Consultation, on note :

- la parution d'articles dans des publications destinées aux aînés, comme par exemple le magazine *Le bel âge*, et dans les journaux de quartier;
- une approche médiatisée (presse, radio et télévision) pour faire connaître les différentes ressources disponibles pour aider les personnes âgées à ne plus être victimes d'exploitation;
- la diffusion de l'information par affiches plastifiées ou affichettes à différents endroits où circulent les personnes âgées (pharmacies, banques, commerces);
- la diffusion de l'information au moyen de dépliants distribués dans les cabinets des professionnels de la santé (médecins, dentistes), les salles d'attente des centres hospitaliers, les pharmacies, les clubs de l'âge d'or, les institutions financières, ainsi qu'au moyen du bulletin paroissial;
- des séances d'information dans chaque institution et résidence et dans les lieux publics, par exemple les centres d'achat, ainsi que dans les congrégations religieuses; outre l'information sur les droits, responsabilités et recours des personnes âgées, ces séances seraient également propices pour discuter des moyens de prévention tel que comment faire face aux membres de l'entourage qui viennent soutirer de l'argent à la personne âgée;
- des rencontres d'information concernant le vol, la fraude, l'intimidation, la violence verbale et fournissant des conseils de prévention; de tels programmes existent déjà dans certaines localités, à l'initiative des sections de prévention communautaire des services policiers municipaux;
- la diffusion de l'information par petits groupes de discussion et présentation de vidéos, ainsi que par des causeries;
- une insistance accrue sur les droits et recours dans les cours de préparation à la retraite;
- la présentation de situations d'abus par le moyen de pièces de théâtre;
- pour les personnes immobilisées à domicile ou autrement coupées de toute information, des appels téléphoniques à domicile par le CLSC ou la Régie régionale de la Santé et des services sociaux, ainsi que des visites à domicile par des bénévoles.

143

Soulignons que certains de ces moyens ont d'ailleurs déjà été mis en œuvre. Le format de ces moyens de sensibilisation et d'information gagne à être varié pour viser le maximum de personnes selon leurs situations.

Ayant pu constater que plusieurs initiatives ont déjà été instaurées avec succès soit par des organismes publics, des associations ou encore par des organismes privés, la Commission considère qu'il importe qu'un organisme soit responsable de les répertorier et de les faire connaître. Cet organisme devrait également s'assurer que les initiateurs de ces campagnes disposent du soutien nécessaire, susciter des campagnes lorsque nécessaire et coordonner ces campagnes pour éviter les doublons.

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 5

Que le Secrétariat aux Aînés ait le mandat de répertorier et diffuser les divers moyens d'informer les personnes âgées sur le phénomène de l'exploitation et des abus, sur les ressources disponibles et sur leurs droits et recours.

Dans une perspective plus large, il est grandement temps que la population en général prenne conscience que l'exploitation des personnes âgées est un phénomène inacceptable. Il est du devoir de l'État d'initier des campagnes de sensibilisation à cet égard, en recourant à une approche médiatisée (presse, radio et télévision). Les participants à la Consultation ont, entre autres, suggéré :

- que l'approche dans les médias comprenne une campagne publicitaire; plusieurs ont d'ailleurs insisté sur le succès des campagnes publicitaires face à d'autres phénomènes sociaux à enrayer (alcool au volant; violence conjugale) ou à promouvoir (Participaction);
- que la publicité porte aussi sur les droits et responsabilités des personnes âgées et qu'elle soit faite durant les émissions à haute écoute;
- que l'approche dans les médias comprenne l'information et la discussion des enjeux soulevés; cela suppose des émissions d'information et des articles dans les médias écrits;
- que l'on décrète une journée québécoise sur la violence faite aux personnes âgées dans le but de rendre la population consciente de ce phénomène.

Les personnes directement concernées ne sont pas toujours en mesure de comprendre l'information diffusée ou de l'utiliser. Même mieux informées, les victimes d'abus ne lèvent pas toujours le voile sur les atteintes qu'elles subissent. C'est pourquoi il est essentiel que les membres de l'entourage des personnes âgées soient sensibilisés et reçoivent de l'information sur ce que sont l'exploitation et les autres formes d'abus, le caractère inacceptable de ces actes et les divers moyens qui existent pour y mettre fin. Ces campagnes d'information devraient poursuivre deux objectifs, soit viser les membres de l'entourage susceptibles d'aider la personne âgée, mais aussi, les abuseurs potentiels.

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 6

Que la ministre responsable des Aînés élabore une campagne de sensibilisation et d'information, destinée aux personnes âgées et à leur entourage, et portant sur l'exploitation et les abus, le caractère inacceptable de ces actes et les divers moyens qui existent pour y mettre fin.

2.1.4 Informer la personne âgée des risques d'exploitation économique et des moyens de l'éviter

Les institutions financières peuvent jouer un rôle de prévention en fournissant de l'information, notamment sur la nature et les conséquences avantageuses et désavantageuses

de la procuration bancaire. C'est ce que fait par exemple la Caisse Populaire de Saint-Dominique à Québec². Par ailleurs, les personnes âgées et leur entourage devraient mieux être informés sur les moyens qu'elles peuvent prendre pour se prémunir contre certaines formes d'exploitation. Par exemple, le bénéficiaire d'une rente versée par la Régie des rentes du Québec peut autoriser le dépôt direct de celle-ci dans le compte bancaire qu'il détient dans une institution financière canadienne ou américaine.

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 7

Que la Régie des rentes du Québec informe, de façon particulière, les personnes âgées et leur entourage sur les avantages et la procédure applicable pour le versement direct des prestations dans un compte bancaire.

145

Par ailleurs, certains participants à la Consultation ont rapporté des cas où des commerçants, souvent itinérants, profitent de la vulnérabilité de certaines personnes âgées afin de les exploiter économiquement. Pour prévenir ce phénomène, la Commission recommande :

RECOMMANDATION 8

Que l'Office de la protection du consommateur informe, de façon particulière, les personnes âgées et leur entourage, des risques qu'elles encourent et des recours contre les abus à l'occasion de transactions commerciales effectuées par du porte à porte ou par téléphone.

2.2 DES RÈGLES LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES À MODIFIER

Afin de mieux protéger les personnes âgées contre l'exploitation et les abus, certaines dispositions légales devraient être modifiées.

2.2.1 Des modifications au Code Civil

Les modifications suggérées au *Code civil du Québec* concernent les règles relatives au mandat, particulièrement au mandat en cas d'inaptitude, les règles entourant la donation de la totalité des biens d'une personne et les règles sur l'interdiction de legs ou de donations à certaines personnes.

La gestion des mandats d'inaptitude devrait faire l'objet d'une surveillance accrue, d'autant que certains résidents logeant en résidences privées désignent comme mandataire le propriétaire de la résidence. C'est pourquoi le mandataire devrait être tenu de faire rapport de sa gestion sur demande et au moins une fois par année au Curateur public.

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 9

Que le ministre de la Justice propose des modifications au Code civil du Québec et à la Loi sur le Curateur public afin que, en cas d'inaptitude du mandant, le mandataire ait l'obligation de faire un rapport standardisé susceptible de mettre à jour des irrégularités de son administration, sur demande et au moins une fois par année, au Curateur public.

² Information tirée de TABLE DE CONCERTATION SUR LA VIOLENCE, L'ABUS ET LA NÉGLIGENCE ENVERS LES AÎNÉS DE QUÉBEC (1998).

L'homologation du mandat en cas d'inaptitude ne peut être demandée que par le mandataire désigné. Afin de s'assurer que le mandant devenu inapte est adéquatement protégé, il devrait être clair que le mandataire a l'obligation de procéder sans délai à la demande d'homologation.

RECOMMANDATION 10

Que le ministre de la Justice propose des modifications au Code civil du Québec afin que le mandataire soit tenu, dès la survenance de l'inaptitude du mandant, de demander l'homologation du mandat en cas d'inaptitude.

On a également signalé à la Commission des situations d'exploitation découlant de donations de la résidence ou des autres biens de la personne âgée faites en échange de la promesse du donataire de subvenir à ses besoins. Or, ces promesses ne sont pas toujours tenues et la personne âgée se retrouve alors sans actifs ou sans revenus découlant de ses biens. Elle a bien sûr la possibilité d'exercer un recours pour faire annuler l'acte de donation, mais le donataire a pu dilapider entre-temps les biens et ne plus être solvable. Il peut aussi arriver que la personne âgée se départisse ainsi de biens pour diminuer sa contribution à son hébergement dans un CHSLD public ou dans un CHSLD privé conventionné. La Commission s'est demandée comment de telles situations pouvaient être évitées.

Rappelons tout d'abord que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* interdit à l'usager d'avoir renoncé à ses droits ou disposé d'un bien ou d'un avoir liquide sans juste considération ou encore de les avoir dilapidés, et ce dans les deux ans précédant l'hébergement³.

De plus, depuis 1994, toutes les donations universelles ou à titre universel (par exemple faire don de « tous ses biens meubles » ou de « tous ses biens immeubles ») sont interdites. De tels actes sont frappés de nullité absolue⁴. En effet, le législateur a non seulement constaté qu'aujourd'hui ces formes de donations étaient rares, mais il a aussi estimé que ces actes n'étaient plus opportuns⁵. Il est néanmoins toujours possible de se départir de son vivant de la totalité de ses biens à titre particulier, c'est-à-dire en les énumérant et les identifiant tous avec précision. On considère que par ce moyen le donateur aura « l'occasion de bien peser la portée et l'importance de ses actes »⁶.

Étant donné que les donations doivent être faites sous forme notariée, sous peine de nullité absolue, sauf s'il s'agit du don manuel d'un bien meuble⁷, les notaires ont évidemment un rôle de conseil accru, vu les risques importants auxquels s'expose la personne âgée. Ces situations pourraient être évitées en conseillant au donateur de conserver les biens qui lui sont nécessaires pour subvenir seul à ses besoins ou de se réserver un droit d'habitation. Ce garde-fou existe actuellement, mais il semble dans bien des cas insuffisant. C'est pourquoi la Commission recommande :

RECOMMANDATION 11

Que le ministre de la Justice propose des modifications aux dispositions du Code civil du Québec (soit à l'article 1824) afin d'interdire la donation de la totalité de ses biens (même à titre particulier) et d'exiger que l'acte de donation des biens de son vivant prévoie la conservation des biens nécessaires pour subvenir aux besoins du donateur et des personnes à sa charge, s'il en est.

³ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 516.

⁴ *Code civil du Québec*, art. 1823.

⁵ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA JUSTICE (1993), t. 1, p. 1144, art. 1823.

⁶ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA JUSTICE (1993), t. 1, p. 1144, art. 1823.

⁷ *Code civil du Québec*, art. 1824.

Comme nous l'avons souligné dans la deuxième partie du Rapport, les règles du Code civil et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* régissant l'interdiction des legs et donations faits par un usager de services de santé ou de services sociaux ou une personne hébergée devraient être harmonisées, afin de remédier à certains des problèmes que peuvent soulever les donations et les legs testamentaires.

Il y a actuellement un débat judiciaire sur l'application de ces règles aux personnes hébergées en résidence privée. Selon une lecture stricte des dispositions, les résidences privées ne seraient pas visées. La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre rapporte que certaines des plaintes à l'endroit des résidences sans permis portent sur l'acceptation par des propriétaires de dons ou de prêts faits par des résidents vulnérables.

Les résidences privées hébergent majoritairement des personnes autonomes dont l'état physique et mental ne correspond pas du tout aux personnes visées par la protection, soit « *généralement des personnes âgées, parfois handicapées, presque toujours affaiblies, sous la dépendance totale ou partielle des personnes qui leur prodiguent les soins essentiels.* »⁸. Une prohibition visant automatiquement toutes les personnes vivant en résidence privée aurait pour conséquence de restreindre leur liberté de disposer de leurs biens alors qu'elles peuvent légitimement souhaiter faire une donation ou un legs et qu'elles sont capables de le faire « *librement et en toute connaissance de cause* »⁹. La Commission rappelle qu'une telle interdiction s'applique de toute manière aux membres des ordres professionnels, y compris lorsqu'ils pratiquent dans une résidence privée, en vertu de leurs codes de déontologie respectifs.

La Commission conclut donc qu'il n'y a pas lieu d'interdire totalement les donations et les legs faits aux personnes œuvrant dans une résidence privée. En revanche, les règles actuelles doivent être mieux connues par les personnes qui résident en résidence privée et leur entourage, ainsi que par celles qui œuvrent dans ces résidences. Il y aurait lieu, également, d'harmoniser les dispositions du *Code civil du Québec* avec la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* de façon à soumettre à la prohibition de legs et de donations, le personnel œuvrant pour des ressources de type familial au sens de cette Loi¹⁰.

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 12

Que le ministre de la Justice propose des modifications aux dispositions du Code civil du Québec régissant l'interdiction des legs et donations faits par un usager de services de santé ou de services sociaux (soit les articles 761 et 1817), afin d'interdire également les donations et les legs faits aux membres du personnel de toute « ressource de type familial » au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Au-delà de leur caractère curatif, les dispositions du Code civil et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* qui interdisent les legs et donations dans certaines situations pourraient jouer un rôle préventif plus efficace si elles étaient mieux connues à la fois des personnes qui reçoivent des services et de celles qui les leur dispensent. Il en va de même des dispositions prévoyant l'indignité à succéder des personnes qui ont exercé des sévices ou qui ont

⁸ *Fiset c. Boisvert*, p. 601.

⁹ *Dupaul c. Beaulieu*, p. 1197.

¹⁰ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, art. 310 à 314.

agi de manière répréhensible envers le défunt. Qui plus est, la connaissance de ces règles par l'entourage de la personne âgée pourrait exercer un effet dissuasif quant à de tels comportements.

2.2.2 Des politiques institutionnelles à implanter

« Pour enrayer les gestes et les paroles de violence dont sont victimes des personnes âgées vivant en CHSLD, des mesures doivent être prises de toute urgence. La tolérance zéro doit être appliquée. La loi du silence doit être brisée. La sécurité de celles et ceux qui dénoncent les actes de violence à l'endroit des personnes âgées doit être assurée. L'aide aux soignants qui réagissent par la violence aux nombreuses difficultés inhérentes au contact continu avec des personnes en perte d'autonomie physique, cognitive ou psychologique doit être mise au rang des priorités. » (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec)

Diverses situations d'abus, survenues en établissement, ont été portées à l'attention de la Commission au cours de la consultation. Une réglementation efficace sur le sujet, sous forme de politique institutionnelle, apparaît souhaitable. La direction de chaque établissement doit s'engager, avec la collaboration des syndicats et des comités d'usagers, à lutter contre les actes d'abus commis par des personnes qui y œuvrent à titre d'employé ou de bénévole.

À titre d'exemple, la législation manitobaine impose au gestionnaire d'un établissement de santé, y compris les foyers de soins personnels, de veiller à ce que les patients de l'établissement ne subissent pas de mauvais traitements et de leur garantir un niveau de sécurité convenable¹¹.

Bien que le Projet de loi n° 27, *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (ci-après Projet de loi n° 27) prévoit l'obligation pour le Conseil d'administration de chaque établissement d'élaborer une procédure d'examen des plaintes et l'attribution à un commissaire local de la responsabilité de l'appliquer, la Commission est d'avis que ces dispositions ne seraient pas suffisantes pour atteindre le niveau de prévention souhaité.

Par conséquent, la Commission recommande :

RECOMMANDATION 13

Que les administrateurs de chaque établissement adoptent une politique interne, élaborée avec les syndicats et le comité des usagers, visant spécifiquement à enrayer les abus des usagers par des employés ou des bénévoles et qu'un gestionnaire ou, advenant l'adoption du Projet de loi n° 27, le commissaire local à la qualité des services, soit imputable de la mise en œuvre de cette politique.

2.3 UN EFFORT GÉNÉRALISÉ DE FORMATION

« [L]’expérience nous porte à croire que les établissements doivent déployer des efforts constants et effectuer des rappels fréquents, au moyen de campagnes de sensibilisation notamment, pour s’assurer que leurs employés conservent une attitude humaine dans la prestation des soins et services. » (Commissaire aux plaintes en matière de santé et services sociaux)

¹¹ *Loi sur la protection des personnes recevant des soins*, art. 2.

« Le travail auprès des clientèles vieillissantes et lourdement handicapées ne s'improvise pas. Le manque de formation affecte autant la personne qui intervient auprès de ces personnes que les personnes âgées auprès desquelles elle intervient. »
(Ordre des infirmières et infirmiers du Québec)

« Education should be continuous to the staff that deal with the elderly. Staff members often report that they are not being respected and are being abused by the elderly. Those providing care need to be sensitized to the feelings of vulnerability and dependence the elderly experience due to their loss of autonomy and their dignity, they are so dependent on others for their care. »
(CHSLD St. Margaret)

149

Comme l'illustrent éloquemment les témoignages cités, la mise en œuvre des normes suppose que celles-ci sont connues et intégrées par les personnes qui travaillent avec les personnes hébergées. Le respect des droits des usagers passe donc par la formation et la sensibilisation de tous les intervenants, qu'ils soient médecins, infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, travailleuses sociales ou autres.

De toutes parts, les informations reçues indiquent un manque de formation et de sensibilisation des intervenants et des aidants dans le domaine de la gérontologie d'une part, et de connaissance des recours disponibles en cas d'abus ou d'exploitation, d'autre part.

Il est donc important que les personnes œuvrant auprès des personnes âgées reconnaissent les signes d'exploitation et d'autres types d'abus et sachent vers quelles ressources guider la victime, quelles démarches entreprendre ou quelles mesures prendre pour y mettre un terme. La sensibilisation du personnel soignant des urgences des hôpitaux favoriserait également la détection des abus. De même, les médecins de famille devraient être formés pour pouvoir fournir de l'information et de l'assistance aux personnes âgées quand une situation d'abus est détectée. Cet effort de formation devrait s'inscrire dans la visée du « *développement professionnel continu* » prévu aux *Orientations ministérielles sur les personnes âgées en perte d'autonomie* (2001).

Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit assumer ses responsabilités dans le réseau.

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 14

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux s'assure que la formation des intervenants sur la détection des abus et de l'exploitation et les recours disponibles soit obligatoirement intégrée aux programmes de formation dans le cadre du développement professionnel continu prévu dans les orientations ministérielles sur les personnes âgées en perte d'autonomie (2001).

Les orientations ministérielles de 2001 prévoient ce « *développement professionnel continu* » en vue d'assurer la qualité des soins et des services offerts aux personnes âgées et de suivre l'évolution des besoins et des réponses. La formation continue est présentée sous ses aspects cliniques, administratifs et organisationnels. Les orientations ne spécifient cependant pas

quelles catégories de personnel bénéficieront de cette formation autres que les professionnels de la santé et les gestionnaires de tous les niveaux (ministère, régies régionales, établissements).

Par ailleurs, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit que les établissements publics et privés conventionnés ont l'obligation d'établir, avec les employés, un plan d'action pour le développement du personnel, lequel doit contenir des mesures relatives notamment au maintien de leur compétence et à leur perfectionnement¹².

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 15

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux conçoive un programme cadre de formation en gérontologie, adapté aux différentes catégories de personnel, et qui comprenne un volet sur les aspects physiques, psychologiques et psychosociaux associés au vieillissement et à la perte d'autonomie, un volet sur les droits des usagers et un volet sur la prévention des comportements abusifs.

RECOMMANDATION 16

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure que ce programme soit dispensé obligatoirement au personnel des établissements œuvrant auprès des personnes âgées, et l'offre aux régies régionales afin qu'elles en adaptent l'application aux besoins relevés sur leur territoire.

La responsabilité d'assurer la formation et la sensibilisation des intervenants ne relève cependant pas uniquement du ministère. Les ordres professionnels ont également le devoir d'assurer la formation continue de leurs membres et de promouvoir la formation, l'information et la qualité de leurs services professionnels¹³. Il faut saluer à cet égard le tout nouveau guide d'exercice produit par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *L'exercice infirmier en soins de longue durée*¹⁴. Celui-ci dresse entre autres une liste détaillée des indicateurs de qualité de l'exercice infirmier en soins de longue durée, dont une série a trait au respect des droits et des volontés du client.

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 17

Que les ordres professionnels dont les membres œuvrent auprès des personnes âgées, notamment le Collège des médecins, l'Ordre des infirmières et infirmiers, l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires, l'Ordre des psychologues et l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, dispensent une formation continue sur les aspects physiques, psychologiques et psychosociaux associés au vieillissement et à la perte d'autonomie, un volet sur les droits des personnes âgées et un volet sur la prévention des comportements abusifs.

Étant donné le rôle essentiel que jouent les groupes communautaires assurant un soutien auprès des personnes âgées, des séances de sensibilisation et de formation des bénévoles sont également très pertinentes. À cet effet, la Commission recommande :

¹² *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 231.

¹³ *Code des professions*, art. 86, al. ij) et 86.o.1 para. 6°.

¹⁴ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2000).

RECOMMANDATION 18

Que les organismes communautaires s'assurent que les bénévoles qui œuvrent auprès des personnes âgées reçoivent des séances de formation comprenant un volet sur les aspects physiques, psychologiques et psychosociaux associés au vieillissement et à la perte d'autonomie, un volet sur les droits des usagers et un volet sur la prévention des comportements abusifs.

Plusieurs témoignages soutiennent par ailleurs qu'il serait pertinent que les propriétaires et les membres du personnel des résidences privées aient acquis une formation de base minimale en gérontologie. La Commission endosse cette proposition car elle permettrait aux personnes qui œuvrent en résidence privée de mieux répondre aux besoins spécifiques que requiert leur clientèle.

151

RECOMMANDATION 19

Que les propriétaires de résidences privées hébergeant des personnes âgées s'assurent que leur personnel qui œuvre auprès des personnes âgées reçoive des séances de formation comprenant un volet sur les aspects physiques, psychologiques et psychosociaux associés au vieillissement et à la perte d'autonomie, un volet sur les droits des usagers et un volet sur la prévention des comportements abusifs.

Par ailleurs, les policiers appelés à intervenir auprès de personnes âgées, particulièrement dans le cadre du virage de la police « communautaire », devraient être sensibilisés à la détection des abus et connaître les recours dont disposent les personnes âgées. Il faut reconnaître, à cet égard, le succès de certaines initiatives en ce sens qui ont été portées à l'attention de la Commission dans le cadre de la Consultation.

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 20

Que le ministre de la Sécurité publique s'assure que les membres des corps policiers soient sensibilisés à la détection des abus chez les personnes âgées et connaissent les recours disponibles.

RECOMMANDATION 21

Que le ministre de l'Éducation s'assure que les étudiants en techniques policières soient sensibilisés à la détection des abus chez les personnes âgées et connaissent les recours disponibles.

Les banques et les caisses populaires sont des acteurs importants dans le domaine de l'exploitation financière. Plusieurs témoignages ont évoqué entre autres l'utilisation abusive de la procuration bancaire; d'autres ont souligné les difficultés qui entourent parfois les transactions financières. Si aucune institution financière n'est venue témoigner à titre individuel devant la Commission, certaines sont intervenues en tant que membres d'un regroupement.

Les institutions financières peuvent jouer un rôle de dépistage face à l'exploitation financière. Les membres du personnel peuvent être témoins de transferts d'argent, de retraits de

sommes importantes ou de comportements suspects et contribuer ainsi au dépistage; ils peuvent alors, le cas échéant, référer la personne âgée à une ressource appropriée. La mise en œuvre de ces responsabilités suppose que les institutions financières soient sensibilisées sur les indices d'exploitation. D'ailleurs, certaines institutions désignent une personne responsable des cas où l'on soupçonne un abus financier¹⁵.

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 22

Que les institutions financières forment leur personnel afin que celui-ci soit en mesure de déceler les signes d'exploitation financière et connaisse les recours disponibles, y compris le pouvoir de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse d'enquêter de sa propre initiative.

Les avocats et notaires qui conseillent les personnes âgées, notamment en matière de testaments, de donations, de mandats ordinaires et de mandats en cas d'incapacité devraient également acquérir une formation de base sur les aspects liés au vieillissement et à la perte d'autonomie. Actuellement, les notaires accrédités en matière d'ouverture ou de révision d'un régime de protection ou de mandat donné en cas d'incapacité doivent avoir suivi une formation qui comprend les aspects psychologiques et psychosociaux et la sensibilisation aux problématiques familiales découlant de l'incapacité d'un proche¹⁶.

« Dans le cas où le notaire constate que la personne âgée peut agir sous l'influence ou la menace d'un tiers, il ne devrait pas accepter d'instrumenter un tel acte. Ainsi, le notaire devrait recevoir la personne seule pour recueillir ses instructions pour la préparation de son testament à moins que celle-ci insiste pour être accompagnée. Dans ce dernier cas, le notaire devra porter une attention particulière à la façon dont se déroulent les rencontres notamment en ce qui concerne les interventions, l'attitude générale et le comportement de la personne âgée. Il devra pareillement observer le comportement de la personne qui l'accompagne surtout si le testament lui procure un avantage. » (Chambre des notaires)

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 23

Que le Barreau du Québec et la Chambre des notaires élaborent un module de formation et s'assurent que leurs membres aient acquis des connaissances suffisantes sur les aspects physiques, psychologiques et psychosociaux associés au vieillissement et à la perte d'autonomie, sur les problématiques familiales et sociales en découlant et sur le cadre légal applicable.

2.4 UNE FORMATION VISANT CERTAINES CLIENTÈLES PARTICULIÈRES

« Si la formation aux intervenants ne comprend pas la formation à l'aspect historique des peuples autochtones dans sa globalité et dans ses détails suivant qu'ils s'occupent de telle ou telle nation, il leur sera difficile de bien cerner les causes qui contribuent sans doute à la détresse psychologique des personnes âgées autochtones et à celle de leurs enfants. » (Femmes autochtones du Québec)

¹⁵ Telle que la Caisse Populaire de Saint-Dominique à Québec. Information tirée de TABLE DE CONCERTATION SUR LA VIOLENCE, L'ABUS ET LA NÉGLIGENCE ENVERS LES AÎNÉS DE QUÉBEC (1998).

¹⁶ Règlement sur les conditions de l'accréditation des notaires en matière d'ouverture ou de révision d'un régime de protection et de mandat donné par une personne en prévision de son incapacité, art. 2.

Les intervenants doivent être en mesure de traiter les besoins des usagers en tenant compte de leurs caractéristiques socioculturelles particulières.

Le personnel des établissements devrait ainsi être sensibilisé à des aspects culturels, tels que des diètes particulières, des fêtes religieuses ou traditionnelles. Il commence à exister de tels programmes de sensibilisation auxquels peuvent utilement contribuer la communauté dont est issue la personne âgée¹⁷. Mentionnons, à cet égard, les efforts faits par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre¹⁸.

En ce qui regarde l'intervention en milieu autochtone, la Commission croit que la problématique des abus envers les personnes âgées doit être envisagée sous l'angle des particularités de chaque nation, de chaque communauté. De même, des programmes de prévention des abus seraient totalement inefficaces si la communauté elle-même n'est pas appelée à participer activement à leur conception, à leur mise en application et à leur évaluation.

Compte tenu des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie particulièrement présents et répandus dans certaines communautés autochtones, les groupes communautaires doivent être soutenus par des ressources humaines et financières suffisantes dans leurs efforts à la désintoxication.

Quant à la barrière de la langue, il n'est pas toujours suffisant pour un établissement de recourir aux services d'un interprète car ce moyen ne permet pas de traduire avec justesse les nuances de la douleur émotive ou physique ressentie par l'usager. Une formation portant sur l'impact des différences culturelles s'avère nécessaire pour sensibiliser concrètement les professionnels et soignants, ainsi que les bénévoles, à cette problématique, et pour leur fournir des outils en vue d'améliorer la communication avec les personnes âgées de ces communautés. La question du parrainage, comme facteur de risque, devrait également être abordée à cette occasion.

En ce qui a trait aux problématiques particulières que peuvent vivre des personnes âgées en milieu autochtone et dans les communautés ethnoculturelles, la Commission recommande :

RECOMMANDATION 24

Que les programmes de formation s'adressant au personnel des établissements et aux propriétaires et personnel de résidences privées comportent, dans les cas pertinents, un volet portant sur les personnes âgées des milieux autochtones ou des communautés ethnoculturelles, lequel devra être élaboré en s'assurant de la collaboration étroite et constante de ressources provenant de ces milieux.

D'autres situations de vie entraînent chez les personnes âgées des besoins spécifiques. Citons, à titre d'exemple, les personnes âgées handicapées. Afin d'éviter les inégalités et les incohérences dans l'accès à certains services entre les personnes âgées et les personnes âgées handicapées, la Commission recommande :

RECOMMANDATION 25

Que les programmes de formation s'adressant au personnel des établissements et aux propriétaires et personnel des résidences privées comportent un volet portant sur les personnes âgées handicapées, lequel

¹⁷ BECKER, Darren (2000).

¹⁸ RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1998b), p. 18, 47.

devera être élaboré en s'assurant de la collaboration étroite et constante des ressources provenant des milieux de personnes handicapées.

La Commission est également soucieuse de la situation des personnes âgées gaies et lesbiennes, au sujet de laquelle il n'existe pas encore de données concluantes. Les pistes dont nous disposons indiquent toutefois que l'orientation sexuelle peut constituer un facteur d'isolement très prononcé et par conséquent mener à des situations qui portent atteinte aux droits fondamentaux des personnes âgées gaies et lesbiennes. La Commission considère que dès maintenant, les intervenants devraient être sensibilisés, au cours de leur formation, aux réalités vécues par les personnes âgées gaies et lesbiennes qui sont hébergées en établissement ou dans des résidences afin d'éviter toute manifestation discriminatoire à leur endroit.

154

3. DES SERVICES ACCESSIBLES ET ADAPTÉS AUX BESOINS

La question de l'accessibilité des services a été largement discutée au cours de la Consultation. De même, les lacunes entourant certains services spécialisés ont été mises en évidence. Enfin, l'adaptation des services pour tenir compte des limitations présentées par plusieurs personnes âgées fait également l'objet de recommandations de la part de la Commission.

3.1 UN MEILLEUR ACCÈS AUX SERVICES

En premier lieu, d'importantes disparités régionales ont été soulignées dans l'accessibilité des services offerts. Compte tenu des difficultés accrues dans certaines régions dans l'accès aux services de soins, de réadaptation, d'hébergement et d'activités diverses, de l'isolement géographique et de la pauvreté dans certaines régions, ainsi que des difficultés de transport pour les personnes âgées, la Commission recommande :

RECOMMANDATION 26

Que le gouvernement élabore une politique des régions visant à diminuer l'inégalité d'accès aux services, notamment pour les personnes âgées isolées en région.

De même, plusieurs participants à la Consultation, dont l'Office des personnes handicapées du Québec, ont insisté sur les inégalités et les incohérences dans l'accès à certains services entre les personnes âgées et les personnes âgées handicapées. L'Office a d'ailleurs recommandé la mise sur pied d'un mécanisme de concertation interorganismes en vue de coordonner les services et voir à leur intégration.

Dans cet esprit, la Commission recommande :

RECOMMANDATION 27

Que le gouvernement s'assure de l'harmonisation des politiques en matière de transport adapté, de prestation de services à domicile, de services de réadaptation et de fiscalité, notamment envers les personnes âgées et les personnes âgées handicapées.

3.2 L'ACCÈS À CERTAINS SERVICES SPÉCIALISÉS

De même, le manque de certains services spécialisés a été relevé. Ainsi, dans le but de lutter contre la vulnérabilité des personnes âgées alcooliques, toxicomanes ou ayant développé

une dépendance au jeu, la Commission recommande :

RECOMMANDATION 28

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux s'assure que les personnes âgées qui éprouvent des problèmes, notamment d'alcoolisme, de surconsommation de médicaments et de dépendance au jeu soient informées des programmes d'aide qui leur sont destinés, que ceux-ci leur soient adaptés ou, le cas échéant, soient développés, et qu'elles puissent y avoir accès.

Bien que la dépendance à l'alcool ou à d'autres substances rend une personne âgée très vulnérable aux abus, les proches qui ont un problème d'alcool ou de toxicomanie sont beaucoup plus susceptibles que d'autres de négliger, de maltraiter ou d'exploiter financièrement un parent âgé ou un conjoint, d'où l'importance d'assurer l'accès plus général à des programmes de traitement en désintoxication.

155

Il a également été porté à la connaissance de la Commission le fait que les services actuels de soutien aux victimes de violence conjugale ne répondent pas aux besoins particuliers de la clientèle aînée victime de violence conjugale. Les ressources actuelles, notamment les maisons d'hébergement, devraient être sensibilisées à la problématique particulière vécue par les victimes plus âgées.

3.3 DES SERVICES QUI TIENNENT COMPTE DES LIMITATIONS PARTICULIÈRES

Les services dispensés aux personnes âgées doivent tenir compte des limitations souvent présentes, notamment au point de vue de la communication, afin de ne pas contribuer davantage à leur exclusion. Les difficultés rencontrées lors de l'utilisation des systèmes de boîtes vocales téléphoniques utilisés par certains ministères et organismes ont, entre autres, été soulignées.

Ce réel problème d'inégalité d'accès exige de la part, entre autres, des gouvernements, de repenser les services mécanisés offerts à la population en fonction d'une approche plus conviviale et plus efficace, répondant aux objectifs de communication qu'elle vise, et adaptée aux limitations éprouvées, notamment par les personnes âgées. La Commission exhorte les autorités compétentes et les entreprises qui détiennent le leadership en matière de communication avec le public, à faire un effort soutenu en vue d'apporter une solution au problème.

Par ailleurs, lorsque le problème de communication relève d'une institution financière, un risque évident et immédiat d'exploitation financière se superpose au risque d'isolement engendré par les systèmes mécanisés d'information en général. La Commission croit nécessaire que les institutions financières s'assurent de trouver des alternatives valables à l'utilisation des guichets automatiques, en implantant, par exemple, des comptoirs de services réservés à certaines personnes, notamment aux personnes âgées.

4. DES SERVICES CONTINUS ET RÉPONDANT AUX BESOINS

Les témoignages reçus en cours de consultation sont, à toutes fins pratiques, unanimes sur la présence de graves lacunes dans la continuité des services offerts aux personnes âgées et sur l'inadéquation fréquente de ceux-ci à leurs besoins, de même qu'aux besoins des proches qui en prennent soin et des résidences privées qui les accueillent faute de place dans le réseau public. Il y a donc actuellement au Québec des lacunes importantes à combler alors que la population âgée croît, que la longévité augmente et que de nouvelles techniques d'intervention médicale permettent de faire progresser encore l'espérance de vie. Il est donc essentiel que l'État québécois non seulement ajuste sa politique aux besoins actuels, mais encore qu'il prévoit des ajustements qui seront à même de répondre à la demande dans un futur proche.

156

À cet égard, il faut saluer la volonté affirmée dans les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux¹⁹, de « revoir le mode d'organisation » des services offerts aux personnes âgées. À court terme, c'est-à-dire d'ici cinq ans, le ministère entend répondre aux besoins liés aux incapacités. Mais il s'engage également à plus long terme, c'est-à-dire d'ici dix ans, à « procéder à une réorganisation des services sociosanitaires qui soit ajustée aux besoins différents d'une population vieillissante et qui tienne compte de la pyramide des âges »²⁰.

Il faut également saluer l'objectif central des orientations ministérielles qui est le maintien de la personne âgée dans son milieu de vie naturel, c'est-à-dire son domicile « qui s'impose comme le lieu privilégié de prestation des services » ou, le cas échéant, la résidence privée, qui tient alors lieu de domicile.

Le ministère entend ainsi assurer la continuité des services quel que soit le lieu de résidence de la personne âgée. En théorie, il devrait donc y avoir un suivi de la personne âgée par le CLSC, les équipes de médecine familiale et les associations communautaires. Les personnes âgées bénéficieraient ainsi de services continus et adaptés à leurs besoins.

Toutefois, des pans de la réalité décrite par les participants à la Consultation ne sont pas couverts, tandis que les orientations ne font que glisser rapidement sur d'autres. Notre souci étant le respect des droits fondamentaux des aînés en difficulté et la prévention des comportements d'exploitation à leur égard, nous scinderons nos recommandations selon le milieu de vie auquel elles s'appliquent, soit le domicile, les résidences privées et l'hébergement public.

4.1 LES SERVICES À DOMICILE

Les témoignages reçus lors de la Consultation confirment que contrairement à ce que visait le ministère de la Santé et des Services sociaux en 1994²¹, les personnes âgées en perte d'autonomie n'ont pas accès à un ensemble de services à domicile qui apportent une réponse adéquate à leurs besoins, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Les orientations ministérielles ont pour objectif de corriger cette situation. Toutefois, compte tenu des garanties qui avaient accompagné le virage ambulatoire, qui se sont avérées non

¹⁹ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, février 2001.

²⁰ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, février 2001, p. 5.

²¹ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994b), p. 19.

suffisamment soutenues par des mesures concrètes avec les résultats que l'on sait, la Commission s'interroge sur les suites réelles de ces orientations. Dans quelle mesure pourront-elles être mises en œuvre? À l'intérieur de quels délais?

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 29

Que, conformément aux orientations ministérielles du ministère de la Santé et des Services sociaux sur les services aux personnes âgées en perte d'autonomie, le ministre de la Santé et des Services sociaux prenne les mesures nécessaires pour que les CLSC puissent dispenser effectivement et dans les plus brefs délais aux personnes âgées en perte d'autonomie les services dont elles ont besoin et que leur garantit la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

157

D'autre part, il faut prévoir des moyens pour combattre l'isolement que peuvent vivre les aidants naturels. Outre le besoin de soutien psychologique, il est nécessaire de combler leurs besoins d'information et de formation, notamment par la création de groupes de soutien et d'entraide. Ces initiatives doivent pouvoir bénéficier de ressources matérielles suffisantes. Cela apparaît d'autant plus nécessaire que la politique de maintien à domicile promue par les orientations ministérielles de 2001 risque de faire peser encore davantage le fardeau sur les épaules des proches, et que l'aide promise pourrait ne pas suffire.

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 30

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux s'assure que la future Politique sur les services à domicile garantisse aux aidants naturels des services d'information, de formation, de soutien, d'entraide et de répit suffisants pour répondre à leurs besoins.

D'autre part, la Commission considère que dans le cas où la future Politique sur les services à domicile continue de s'appuyer sur la prestation d'une partie des services par les entreprises privées, les entreprises d'économie sociale et les organismes communautaires, ces organisations devraient être assujetties à des normes et des mécanismes de contrôle, afin de prévenir et, s'il y a lieu, sanctionner les cas d'abus.

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 31

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux s'assure que les entreprises privées, les entreprises d'économie sociale et les organismes communautaires qui dispensent des services à domicile aux personnes âgées soient assujettis à des mécanismes de contrôle et à des normes, notamment en matière de formation du personnel.

Dans le contexte actuel de révision du *Cadre de référence sur les services à domicile*, il serait également important d'évaluer les incidences du transfert de la dispensation des services des CLSC aux entreprises privées et aux entreprises d'économie sociale, du point de vue de

l'utilisation de ces services par les personnes âgées. Il est par exemple pertinent d'examiner si des personnes en perte d'autonomie sont en mesure de trouver et de gérer elles-mêmes les services dont elles ont besoin. Il a été signalé à la Commission que lorsque les services à domicile sont fournis par des entreprises d'économie sociale, la lourdeur des nombreux documents à produire en compromet l'accès. Il y aurait lieu d'examiner, également, l'incidence des avantages fiscaux, tel le crédit d'impôt remboursable pour le maintien à domicile, sur l'accessibilité aux services, notamment pour les personnes à bas revenu.

4.2 L'HÉBERGEMENT PRIVÉ

4.2.1 Des formes d'hébergement répondant aux besoins

Rappelons que, d'une part, de nombreuses lacunes dans les soins et les services dispensés dans l'hébergement privé aux aînés, en particulier à ceux qui subissent des pertes d'autonomie, ont été signalées au cours de la Consultation. D'autre part, il faut aussi mentionner que les orientations subséquentes publiées par le ministère de la Santé et des Services sociaux assimilent l'hébergement privé au domicile de la personne, et par conséquent prévoient assurer le suivi de la personne âgée domiciliée dans un logement collectif, qu'il soit public ou privé : « *Lorsqu'une personne réside de manière permanente dans une habitation collective qui offre le gîte et le couvert comme principes de base, cette résidence doit être considérée comme son domicile* »²².

La Commission souligne qu'il n'est fait nulle part mention dans les orientations ministérielles des milliers de personnes en perte d'autonomie qui devraient être hébergées dans un établissement spécialisé et qui demeurent dans une résidence qui ne peut fournir les soins requis faute de ressources dans le réseau public. Par ailleurs, en ne soulevant pas cette question et en prévoyant la prestation des soins de santé dans les résidences privées comme au domicile de la personne âgée, le ministère entérine la fonction de fait des résidences privées mais ne prend aucune décision sur le statut et la reconnaissance de cette fonction.

Les orientations ministérielles de 2001 fournissent cependant un aperçu de la façon dont les besoins seraient comblés en résidence privée. Or, seuls les soins et les services professionnels « *donnés selon le mode ambulatoire ou en établissement* » seront fournis par le CLSC aux résidents, « *comme à tous les citoyens du Québec en vertu du principe d'universalité* »²³. Le MSSS prend pour acquis que les services d'aide à la personne « *sont à la charge de la résidence et généralement inclus dans le tarif payé par la personne ou ses proches* ». Par ailleurs, les orientations admettent qu'il arrive que des résidences ne peuvent fournir « *des services d'aide à la personne qui exigent une formation de base* » faute de disposer des ressources nécessaires - auxiliaire familiale et sociale, préposé, infirmière auxiliaire. Dans ce cas précis, la résidence « *pourra prendre entente avec le CLSC pour rendre ces services accessibles* ».

La Commission est d'avis que l'État doit faire un choix clair entre deux scénarios.

Le premier scénario serait de maintenir la règle actuelle interdisant aux résidences privées d'héberger des personnes âgées en perte d'autonomie. Dans ce cas, le ministère de la Santé et des Services sociaux doit développer les ressources pour accueillir ces personnes,

22 QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (février 2001), p. 33.

23 QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (février 2001), p. 33.

notamment les ressources intermédiaires et les ressources de type familial, dites résidences d'accueil. Rappelons d'ailleurs que ces deux catégories de ressources avaient été reconnues dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux afin justement de « *procéder à la fermeture des foyers jugés inadéquats et de rattacher les ressources jugées valables à des établissements du réseau* » et d'en assurer l'encadrement²⁴. Mais en privilégiant le maintien à domicile et dans la communauté assorti de réseaux de services intégrés, le ministère n'a pas retenu ce premier choix, bien qu'il ne l'ait pas explicitement rejeté.

D'après les orientations sur les services aux personnes âgées en perte d'autonomie (2001), le choix du ministère irait plutôt dans le sens d'un deuxième scénario, puisqu'il reconnaît implicitement le rôle actuellement rempli par les résidences privées en les assimilant au domicile des personnes âgées et en garantissant à celles qui y sont hébergées alors qu'elles sont en perte d'autonomie, de recevoir les soins dispensés par les CLSC et les équipes de soins. Ce choix devrait permettre d'assurer une meilleure accessibilité aux services offerts par les CLSC et les équipes de soins prévues pour permettre l'implantation des réseaux de services intégrés sur leurs assises territoriales. Toutefois, ce choix implique également que l'État modifie la règle actuelle pour reconnaître aux résidences privées un tel rôle et qu'il tienne compte des répercussions de ce choix dans l'allocation des ressources. La Commission est d'avis qu'il s'agit là de la voie à suivre.

En ce sens, la Commission recommande :

RECOMMANDATION 32

Que le gouvernement du Québec s'assure que la future Politique sur les réseaux de services intégrés énonce clairement le statut et le rôle des résidences privées et garantisse aux personnes âgées qui y résident, comme à toute personne âgée à domicile dans les mêmes conditions, une prestation de services qui réponde à leurs besoins de soins et de services à la personne.

Pour la Commission, il est clair que cette future Politique devra favoriser le respect du choix de la personne tout en assurant le respect du droit des personnes âgées à un accès équitable aux services de santé et aux services sociaux. De même, dans le cadre de cette politique, la Commission ne serait nullement favorable à l'imposition d'une obligation faite aux résidences privées d'héberger des personnes en perte d'autonomie alors qu'elles ne le peuvent ou ne le désirent.

Parallèlement, il serait utile d'intégrer dans cette réflexion la place que doit prendre le développement de logements sociaux avec services adaptés pour les personnes âgées en perte d'autonomie²⁵, tels que ceux développés dans le cadre du programme AccèsLogis²⁶. La Commission considère que ce programme est tout à fait intéressant puisqu'il contribue à favoriser l'accès, à des coûts abordables, à des logements de qualité et assortis de services pour des personnes âgées en perte d'autonomie dont le revenu ne leur permettrait d'obtenir l'équivalent si elles habitaient en résidence privée. Mais la Commission déplore la portée extrêmement limitée de ce programme. Celui-ci, d'une durée de cinq ans, y compris en ce qui a trait au supplément de loyer, ne prévoit la création que de 365 logements par année de programmation.

²⁴ FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (1996), pp. 5 et 7.

²⁵ Voir GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ÉCONOMIE SOCIALE (1996), pp. 19-20 et 55-56; VAILLANCOURT, Yves (1997), pp. 192-198.

²⁶ Voir section 3.1 *Les programmes d'aide à l'habitation, dans la deuxième partie.*

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 33

Que le gouvernement du Québec bonifie le Programme AccèsLogis en lui assurant un caractère permanent et qu'il ajoute le nombre d'unités de logements qui permettent de combler les besoins réels.

4.2.2 Les normes encadrant les résidences privées

« Si plusieurs propriétaires sont sensibles [au problème de précarité financière des résidants] et tentent de trouver des arrangements, ils ne peuvent indûment absorber les coûts associés à la dépendance de leurs résidants moins nantis. Rappelons que 75 % des résidences hébergent moins de 30 locataires, ce qui les place elles-mêmes dans une situation de fragilité financière. Les mises en vente, abandons et faillites sont nombreuses. Cette volatilité a des répercussions énormes chez les résidants et engendrent beaucoup d'insécurité. »²⁷ Michèle CHARPENTIER

Plusieurs participants à la Consultation ont recommandé que les ressources d'hébergement privées soient réglementées, principalement par un système d'accréditation ou d'obtention de permis d'opérer assorti d'un mécanisme de suivi. À cet égard, les suggestions faites au Comité sont nombreuses :

- pouvoir d'accréditation attribué à une autorité publique régionale ou locale associée au réseau de la santé;
- pouvoir d'inspection et de recommandations plus large reconnu aux Régies régionales de la santé et des services sociaux;
- pouvoir d'encadrement du réseau d'hébergement privé reconnu aux CHSLD;
- permis d'exploitation attribué directement par le ministère de la Santé et des Services sociaux;
- pouvoir d'accréditation attribué aux municipalités;
- pouvoir de réglementation reconnu aux municipalités régionales de comté (M.R.C.);
- émission d'un permis par le M.S.S.S. sur recommandation conjointe d'un CLSC et d'une municipalité.

Le Conseil des aînés souligne par ailleurs que les aînés devraient être mis à contribution tant dans la mise en place que dans le suivi des mesures retenues.

Soulignons, au passage, un projet pilote de qualification continue des résidences privées expérimenté sur certains territoires des régions de Québec et Chaudière-Appalaches, tel qu'expliqué par le Groupe privilégié d'intervention La Source. Les résidences sont évaluées par un comité conjoint local composé de représentants de la FADOQ, du CLSC local, de la municipalité et de représentants d'une association de résidences privées.

Sans être en mesure de se prononcer sur la structure de l'organisme d'accréditation, la Commission considère que celui-ci devrait avoir la compétence d'évaluer tant le respect des normes municipales, que le respect de normes en matière de santé et services sociaux. Pour

demeurer cohérent avec la reconnaissance implicite du droit des résidences privées d'héberger des personnes en perte d'autonomie, la Commission est d'avis que, en plus de reconnaître formellement ce rôle aux résidences privées qui le désirent, le gouvernement devrait donner au réseau de la santé et des services sociaux le mandat d'encadrer ces résidences, puisqu'elles feraient alors partie d'un continuum de services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Par ailleurs, les mesures instituées pour corriger les lacunes rapportées au cours de la Consultation au sujet de l'accès et de la qualité des soins et des services pour les personnes âgées hébergées dans des résidences privées doivent tenir compte du fragile équilibre qui existe présentement entre l'offre et la demande.

Pour la Commission, ce n'est pas nécessairement la bonne foi de la direction des résidences qui est en cause, mais plutôt la conjoncture actuelle dans le réseau d'hébergement public, le niveau de pauvreté qui continue de toucher les personnes âgées et, dans certains cas, un laxisme dans la dispensation des services.

C'est en rappelant cette réserve que la Commission recommande :

RECOMMANDATION 34

Que les Régies régionales de la santé et des services sociaux imposent une procédure d'accréditation aux résidences privées qui hébergent des personnes âgées en perte d'autonomie.

D'autre part, comme on l'a vu plus haut, les résidences sans permis ne sont soumises à aucune norme relative à la formation. Or, selon les constats tirés d'une étude récente, la qualité des soins est meilleure lorsque le responsable de la résidence détient un diplôme universitaire et une formation en soins infirmiers²⁸.

RECOMMANDATION 35

Que dans ses critères d'évaluation pour l'accréditation des résidences privées, chaque régie régionale considère la capacité des résidences à gérer adéquatement le vieillissement et la perte graduelle d'autonomie chez une personne, ainsi que leur connaissance des droits des usagers.

Quelle que soit l'instance reconnue, il importe qu'elle soit mandatée pour recevoir les plaintes des résidents, qu'elle soit dotée de pouvoirs décisionnels, notamment en matière de mesures correctives en cas d'abus et que les interventions soient rapides. Des vérifications devraient être effectuées auprès des résidences, sans avertissement préalable, et le permis devrait être retiré en cas de manquements graves. L'organisme devrait également avoir le pouvoir d'ordonner des mesures pour améliorer la qualité des conditions qu'offre la résidence fautive, alors qu'actuellement, une plainte retenue entraîne l'évacuation et le déplacement des personnes hébergées.

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 36

Que les Régies régionales de la santé et des services sociaux, avant de considérer automatiquement la fermeture de la ressource d'hébergement et

²⁸ BRAVO, Gina, Michèle CHARPENTIER, Marie-France DUBOIS, Philippe DEWALS et Aline ÉMOND (1997), p. 42.

le déplacement des personnes âgées hébergées, aient le pouvoir d'ordonner aux résidences privées d'apporter des correctifs appropriés à des lacunes constatées.

Dans le cas où il y aurait des lacunes observées à ce niveau, chaque régie régionale devrait prendre les mesures qui s'imposent pour offrir aux résidences une formation adaptée à leurs besoins spécifiques. De même, un processus d'évaluation des connaissances de base en gérontologie doit être prévu aux conditions de renouvellement de l'accréditation des résidences privées.

Au cours de la Consultation, il a été fait mention de la nécessité de mieux assurer la connaissance des normes d'hébergement par l'utilisateur. C'est en fait la fonction que doit jouer le code d'éthique dont chaque établissement doit se doter.

Outre les modalités de diffusion, il faut également remédier aux lacunes relatives à la formulation et l'application des codes d'éthique. Il doit être clair que le code d'éthique est un instrument d'affirmation et de mise en œuvre des droits des usagers et non un moyen de leur imposer des sanctions. Une façon de s'assurer que le code d'éthique de l'établissement traduit les droits des usagers et emporte l'adhésion des personnes auxquelles il s'applique, soit les employés, est d'impliquer dans son élaboration tant les usagers eux-mêmes, que les employés.

Certains ont proposé que le code d'éthique soit inclus dans le contrat d'hébergement. D'autres ont également recommandé qu'il soit affiché sur les murs de l'établissement. La Commission est d'avis que la signature d'un contrat-type d'hébergement, à la manière du bail-type de logement résidentiel, énumérant les droits et obligations des parties ainsi que la nature exacte des services rendus par la résidence privée représente une avenue intéressante afin d'informer adéquatement la personne âgée hébergée et ses proches.

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 37

Que les résidences privées soient tenues, en vertu des normes d'accréditation qui devront les régir, de signer avec l'utilisateur un contrat-type d'hébergement et que soit obligatoirement inclus dans ce contrat le code d'éthique de la ressource d'hébergement.

4.3 L'HÉBERGEMENT PUBLIC

4.3.1 Des normes de soins et d'hébergement fondées sur les besoins et les droits des personnes

Dans son Document de consultation, la Commission a demandé : « *Si l'État devait définir des normes institutionnelles de vie décente à respecter par tous les établissements d'hébergement des personnes âgées, quels principaux critères devraient y figurer et, le cas échéant, quels mécanismes de surveillance devraient être mis en place?* »

En réponse à cette question, un principe clair a fait consensus et peut être résumé de la manière suivante : « ***Les normes doivent être établies selon les besoins des résidents et non selon les ressources disponibles.*** »

Selon les nombreux témoignages reçus, les normes institutionnelles devraient englober les aspects suivants :

- le respect des droits à l'intégrité, à la sécurité, à la liberté, à la dignité, au respect de la vie privée et à la libre disposition de ses biens; l'exercice de ces droits doit comprendre le respect de la personne et de son intimité, ainsi que le respect de ses choix;
- la qualité des soins de santé;
- l'accès à des services de réadaptation, tels que la physiothérapie et l'ergothérapie;
- la qualité des soins d'hygiène;
- la qualité des services pharmaceutiques;
- la qualité des soins nutritionnels et de l'alimentation; la nourriture doit être non seulement nutritive, mais les repas devraient aussi répondre aux goûts, habitudes et diètes des usagers;
- la qualité et l'accessibilité des installations, ce qui doit comprendre un éclairage suffisant et un entretien ménager régulier, particulièrement lorsque les usagers souffrent de difficultés respiratoires, et en général pour prévenir la propagation d'infections;
- la sécurité des lieux et des installations;
- la qualité des relations humaines, ce qui exige entre autres la connaissance de la personne, de ses valeurs, du deuil qu'elle peut être en train de vivre;
- les activités sociales ou récréatives;
- la qualification, la compétence, l'encadrement et le soutien du personnel, notamment par une formation continue, répétée et dynamisante en gérontologie et, dans certains cas, en gériatrie, une rémunération adéquate et la gratification et la stimulation du personnel;
- la reconnaissance de la place des proches, notamment par la mise en place de moyens pour favoriser leur participation aux interventions.

163

Quelques participants à la Consultation ont indiqué que le ministère de la Santé et des Services sociaux a déjà édicté des normes institutionnelles de qualité. Mais l'application concrète de ces normes pose problème. Des participants, dont le Protecteur du citoyen, mentionnent que l'approche actuellement pratiquée dans de nombreuses institutions ne serait pas fondée sur les besoins des usagers, mais sur des objectifs de gestion.

Les intervenants de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie font les recommandations suivantes pour actualiser ces normes de qualité :

- « que chacun se sente concerné par la qualité de vie des personnes âgées en milieu substitut;
- que les établissements développent dans leur milieu, un cadre d'application des normes de qualité;
- que le ministère de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales exercent leur responsabilité, se dotent d'outils de suivi et de contrôle, en informent les établissements et se donnent les moyens de les faire respecter. »

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 38

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux s'assure de l'élaboration et de l'application de normes visant à répondre aux besoins et à assurer le respect des droits des personnes âgées hébergées en établissement.

Il n'est pas nécessaire d'adopter de nouvelles dispositions législatives à cet effet puisque la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prescrit aux CHSLD de s'acquitter de leur mission notamment par l'évaluation périodique des besoins de la personne²⁹ et que la réglementation afférente à la Loi les oblige à tenir compte des besoins de l'usager³⁰. Il s'agit plutôt d'adapter le fonctionnement des établissements et les interventions en fonction des besoins et de la situation de chaque personne.

De nombreux participants ont expliqué que la diminution de la satisfaction des besoins dans les milieux institutionnels d'hébergement résulte principalement de carences dans les ressources humaines et financières dont disposent les établissements, suite aux compressions budgétaires importantes imposées par le gouvernement. Ces compressions sont survenues alors que les besoins de la clientèle, plus âgée, en perte d'autonomie plus importante, se sont alourdis.

« Un CHSLD peut agir rapidement sur les aspects qu'il contrôle au sein de son organisation, il doit souvent attendre trop longtemps quand l'amélioration de la qualité et des services implique un ajout de ressources. » (Regroupement des CHSLD de la région de Montréal)

Dans ces conditions, la Commission recommande :

RECOMMANDATION 39

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux prenne les mesures nécessaires, notamment un accroissement budgétaire, pour que les établissements qui hébergent des personnes âgées en perte d'autonomie puissent leur dispenser les services dont elles ont besoin et que leur garantit la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Il a été porté à la connaissance de la Commission la pratique d'établir, pour des raisons de gestion, des « taux planchers » de réponse aux besoins des usagers. En réaction à cette pratique, la Commission croit nécessaire de préciser qu'en aucun cas **le plancher au taux de réponse aux besoins des usagers ne doit être inférieur à un taux qui entraîne des atteintes aux droits à l'intégrité, au respect de la dignité et au respect de la vie privée des usagers.**

Par ailleurs, certaines orientations ministérielles doivent être précisées et faire l'objet d'un engagement plus ferme de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux.

C'est le cas des normes concernant l'usage de la contention dans les établissements. Bien que des dispositions législatives balisent, depuis 1998, le recours aux mesures de contrôle telles que la contention physique ou chimique, leur mise en œuvre dépend notamment de l'élaboration d'orientations ministérielles précises à cet égard.

²⁹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 83, al. 2.

³⁰ *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, (1984) 116 G.O. II, 2746, art. 35, 36 et 37.

Or, les orientations ministérielles de 2001 énoncent la nécessité d'un « questionnement » sur l'usage des contentions physiques en vue d'accroître la qualité des services, et que, en conséquence, formation, guides de pratiques et recherches sur l'efficacité des contentions physiques sont prévus comme moyens d'y arriver. Un autre pas doit cependant être franchi : l'affirmation claire de la volonté de mettre un terme à l'utilisation abusive des mesures de contention dans les établissements. La Commission est d'avis que le ministre de la Santé et des Services sociaux doit s'engager clairement et avec fermeté dans la voie d'un refus total des pratiques de contention non justifiées.

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 40

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux réitère que des motifs d'ordre administratif ou punitif ne peuvent jamais justifier le recours à des mesures de contention dans les établissements et qu'il définisse, dans les plus brefs délais, les orientations précises relatives à l'utilisation des mesures de contrôle, conformément à l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Par ailleurs, les orientations ministérielles ne font aucune référence à la contention chimique, pratique utilisée de façon abusive selon certains intervenants entendus au cours de la Consultation. Cette question est reliée au phénomène de surmédication également décrié. La sous-dotation des établissements en pharmaciens ne serait pas étrangère à ce phénomène puisque ceux-ci ont, entre autres mandats, celui de surveiller et de conseiller les équipes soignantes sur le dosage et la fréquence des médicaments consommés par les usagers.

Dans les circonstances, la Commission recommande :

RECOMMANDATION 41

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux constitue un comité d'étude formé notamment de représentants de l'Ordre des pharmaciens du Québec, du Collège des médecins, de l'Association des pharmaciens d'établissements de santé du Québec et de l'Association des CLSC-CHSLD, et ayant comme mandat de faire des recommandations sur la contention chimique et sur les problèmes rapportés de surmédication dans les établissements d'hébergement de personnes âgées.

Plusieurs participants qui côtoient les personnes âgées hébergées, soit comme intervenants, soit comme administrateurs d'établissement, soit surtout comme bénévoles, insistent sur le fait que le meilleur moyen de prévenir les abus envers les personnes âgées hébergées et de s'assurer qu'elles reçoivent l'attention requise est la visite régulière et attentive de la famille.

À cet égard, la Commission recommande :

RECOMMANDATION 42

Que les CHSLD, les autres ressources d'hébergement régies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et les résidences privées prennent des mesures concrètes pour favoriser l'information et la présence régulière des familles des personnes hébergées.

5. UNE INTERVENTION FONDÉE SUR LA CONCERTATION

Les témoignages reçus en réponse au Document de consultation sur l'exploitation des personnes âgées montrent que des tables de concertation existent à travers le Québec et que certaines tables régionales sont très actives dans leur milieu. La Commission est d'ailleurs souvent citée parmi les organismes partenaires de ces tables.

Ces tables poursuivent différents objectifs, le principal étant l'intervention en cas d'abus dont la solution s'avère exiger l'intervention concertée de plusieurs organismes et associations communautaires. Les partenaires de ces tables se rencontrent en vue de formuler un plan d'intervention adapté au cas d'abus qui leur est soumis, celui-ci pouvant être alors examiné sous tous ses angles.

Il est essentiel que la personne âgée concernée soit impliquée dans la démarche. Les associations de personnes âgées sont elles-mêmes concernées par ces interventions d'autorité et leur rôle à ces tables peut s'avérer essentiel. En effet, elles peuvent accompagner la personne âgée victime d'abus dans toute la démarche, et faire le lien entre les membres institutionnels de la table et la personne âgée. En plus d'être en mesure de détecter certains abus et d'en prévenir d'autres par les activités de prévention qu'elles mettent sur pied, les associations peuvent fournir aux membres institutionnels de précieux renseignements sur la réalité des personnes âgées, et les sensibiliser à ces réalités, éclairant ainsi leurs décisions. Elles peuvent aussi poursuivre des objectifs de prévention.

Habituellement, les tables de concertation existantes ont été initiées par un ou plusieurs CLSC régionaux et sont coordonnées par eux. Certaines tables cependant sont nées suite à l'initiative d'une association ou d'un regroupement d'associations. Elles fonctionnent actuellement sur une base volontaire et en l'absence le plus souvent de critères ou entente formellement établis. Par ailleurs, certaines régions en sont dépourvues.

Parmi les conditions requises pour que la concertation soit réussie, l'accent est mis sur l'enracinement dans le milieu : ce sont les besoins et les ressources du milieu qui doivent commander le type de concertation à élaborer.

En outre, les conditions de réussite incluent la présence de fonctions de prévention et d'intervention, lesquelles présupposent une formation de base commune des intervenants de première ligne. Enfin, la concertation devrait se composer de décideurs et d'acteurs « terrain » qui participent activement aux activités générales d'une table.

Par ailleurs, on a aussi noté à plusieurs reprises des besoins en formation des intervenants qui pourraient siéger à ces tables. Cette formation touche à la fois les aspects juridiques et les aspects psychosociaux des différentes problématiques qui se présentent.

La Commission recommande donc :

RECOMMANDATION 4.3

Que le Secrétariat aux Aînés et les régies régionales de la santé et des services sociaux s'assurent que soit faite l'évaluation du fonctionnement des différentes tables de concertation régionales, qu'ils élaborent une entente-cadre et qu'ils s'assurent que chaque région du Québec, et au

besoin certaines sous-régions et localités, disposent d'un mécanisme de concertation conforme à cette entente-cadre.

Des ressources suffisantes doivent être consenties à ces mécanismes de concertation afin d'assurer leur efficacité. De même, des évaluations périodiques du fonctionnement de ces mécanismes de concertation devraient être conduites en ce qui concerne, notamment, l'issue des interventions et les résultats obtenus à plus long terme.

Il va sans dire que ces mécanismes de concertation doivent représenter la diversité des clientèles présentes dans chaque région, sous-région ou localité. Les tables de concertation doivent donc s'assurer de la participation systématique et active de personnes âgées des communautés ethnoculturelles ou autochtones dans les régions où ces dernières sont présentes. De même, des intervenants de ces communautés devraient agir à titre de personne ressource dans le processus d'intervention, lorsque des personnes âgées autochtones ou membres d'une communauté ethnoculturelle sont visées par une situation d'exploitation ou d'abus.

167

6. DES RECOURS PLUS FACILES ET MIEUX ADAPTÉS AUX BESOINS

6.1 LES RECOURS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

De l'avis de la Commission, l'efficacité des recours en matière de santé et de services sociaux est compromise par trois facteurs majeurs : le manque d'information sur ces recours, la complexité d'un système de plainte à plusieurs paliers (d'abord à l'établissement, ensuite à la Régie régionale et finalement au Commissaire aux plaintes en matière de services sociaux) et la peur des représailles à la suite de la dénonciation de la situation.

La Commission a déjà présenté ses recommandations en ce qui concerne l'amélioration de l'information et discutera de la protection contre les représailles au point 7. En ce qui concerne les modifications à apporter au système de plainte interne au réseau de la santé et des services sociaux, plusieurs suggestions ont été avancées au cours de la Consultation.

Quelques participants ont proposé que le droit de porter plainte soit reconnu non seulement à l'usager des services de santé ou des services sociaux, mais aussi aux employés qui sont témoins d'abus. D'autres étendraient ce droit au comité des usagers et aux organismes qui peuvent aussi être témoins de situations susceptibles de compromettre la qualité des soins ou des services dispensés aux usagers. Ces participants recommandent de plus que l'anonymat des victimes soit protégé afin de favoriser le dépôt de plaintes et prévenir les représailles, mais la Commission considère que cette protection serait difficilement conciliable avec le droit de la personne dont le comportement est en cause de présenter une défense face à une plainte qui peut entraîner des sanctions disciplinaires ou autres.

Dans l'optique de renforcer le rôle du comité des usagers d'un établissement et de fournir un appui à la personne âgée qui désire dénoncer une situation d'abus, la Commission recommande :

RECOMMANDATION 44

Que le droit de porter plainte soit reconnu au comité d'usagers d'un établissement et à toute personne ou employé témoin d'un abus dans un établissement, sous réserve de l'opposition de la personne âgée présumée victime ou de son représentant légal.

D'autres suggestions concernant le système de recours auprès de l'établissement ont été portées à l'attention du Comité :

- la nomination, au sein de chaque établissement d'hébergement, d'une personne responsable de la surveillance des abus qui serait habilitée à intervenir autant de son propre chef qu'à la demande de la victime d'abus, d'un proche ou de son représentant légal;
- le fait que la personne responsable de l'examen des plaintes de l'établissement puisse intervenir de son propre chef et relève directement du conseil d'administration de l'établissement;
- la formation d'un comité de surveillance composé de personnes qui œuvrent auprès des personnes âgées, qui aurait pour mandat de rencontrer les personnes hébergées ainsi que leurs proches afin de détecter et dénoncer les abus.

Quant aux autres paliers du système de plainte, le Protecteur du citoyen recommande que l'étape de révision par les régies régionales soit éliminée, alors qu'il propose d'élargir les pouvoirs de la Commissaire aux plaintes pour qu'elle puisse agir de sa propre initiative et de manière systémique. Finalement, il recommande que les usagers puissent recourir en dernier ressort à son propre organisme. Signalons que la Commissaire aux plaintes a demandé à la ministre de la Santé et des Services sociaux d'élargir ses fonctions afin entre autres qu'elle ait le pouvoir d'intervenir de sa propre initiative³¹.

Quoique la Commission considère ces suggestions valables, elle considère que le Projet de loi n° 27, advenant son adoption, répondrait pour l'essentiel aux préoccupations soulevées par les participants à la Consultation. Ainsi entre autres, les dispositions modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui obligent les conseils d'administration des établissements à nommer un commissaire local à la qualité des services, dont la fonction principale serait de recevoir et de traiter les plaintes des usagers ainsi que de faire les recommandations nécessaires au conseil d'administration³².

En outre, ce projet de loi créerait une structure d'examen des plaintes à deux paliers, l'établissement, ou la régie régionale suivant le cas, constituant le premier palier et le Protecteur des usagers le deuxième et dernier palier. Selon le Projet de loi n° 27, le Protecteur des usagers aurait le pouvoir d'enquêter de sa propre initiative sur toute situation relevant de son mandat.

Néanmoins, bien qu'améliorée, la nouvelle structure d'examen des plaintes continuerait de s'appliquer exclusivement à l'intérieur du système de santé et de services sociaux. De l'avis de la Commission, il faudrait qu'obligation soit faite au Protecteur des usagers de lui transmettre toute information dans les matières relevant de sa compétence.

³¹ COMMISSAIRE AUX PLAINTES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (2000), p. 11.

³² Nouvel article 33 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

C'est pourquoi la Commission recommande :

RECOMMANDATION 45

Que dans l'éventualité de l'adoption du Projet de loi n° 27, Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, l'Assemblée nationale modifie l'article 75 de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec, lequel se lirait :

« 75. Toute plainte reçue par le Protecteur du citoyen ou le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et relevant de la compétence d'enquête de la Commission lui est transmise à moins que le plaignant ou son représentant légal ne s'y oppose.

La plainte transmise à la Commission est réputée reçue par celle-ci à la date de son dépôt auprès du Protecteur du citoyen ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux. »

Une partie des services que des résidences offrent constituent des actes réservés à certaines professions, notamment aux infirmières et aux infirmiers auxiliaires. Par conséquent, les personnes qui posent des actes réservés aux membres d'un ordre professionnel s'exposent à une poursuite pénale pour exercice illégal de la profession³³. L'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec a recommandé que les plaintes pénales puissent également être déposées contre les employeurs et les dirigeants des résidences privées qui encouragent ou autorisent de telles pratiques.

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 46

Que le ministre de la Justice propose des modifications à l'article 189 du Code des professions afin de permettre aux ordres professionnels d'intenter une poursuite pénale contre les employeurs et les dirigeants des résidences privées qui autorisent leur personnel à poser illégalement des actes réservés à certaines professions.

6.2 LES RECOURS JURIDIQUES

Lors de son témoignage, la Commission des services juridiques a souligné que la diminution de la couverture de l'aide juridique a entraîné la réduction de la clientèle des personnes âgées. Effectivement, comme on l'a vu à la deuxième partie de ce rapport, les personnes âgées dont l'unique source de revenu provient de la pension versée par l'État ne sont pas admissibles à l'aide juridique gratuite.

Le relèvement des barèmes d'aide juridique à un niveau adéquat constitue sans conteste un moyen de favoriser l'accessibilité des personnes âgées exploitées aux conseils et services d'un avocat ou d'un notaire, ainsi qu'à l'exercice de leurs recours devant les tribunaux, des droits que garantit la *Charte des droits et libertés de la personne* à ses articles 23 et 34. De l'avis de la Commission, ces barèmes doivent tout au moins permettre aux personnes

³³ Code des professions, art. 189.

ayant, comme unique revenu, la pension de la sécurité de la vieillesse et le supplément de revenu garanti d'être admissibles à l'aide juridique gratuite.

La Commission recommande :

RECOMMANDATION 47

Que le ministre de la Justice s'assure que les barèmes d'aide juridique soient relevés à un niveau adéquat, pour permettre tout au moins aux personnes ayant comme unique revenu la pension de la sécurité de la vieillesse et le supplément de revenu garanti d'être admissibles à l'aide juridique gratuite.

170

7. ASSURER LA PROTECTION CONTRE LES REPRÉSAILLES

Les participants à la Consultation ont souligné que la peur des représailles représente une limite sérieuse qui empêche bon nombre de personnes âgées de dénoncer les abus subis. Pourtant, c'est en parlant haut et fort, comme l'ont fait les victimes d'une résidence de Rock Forest qui ont manifesté leurs griefs à la télévision, que l'on peut mettre fin à une situation abusive. La Commission est toutefois très consciente des situations de vulnérabilité dans lesquelles se retrouvent souvent les victimes et qui les empêchent de mettre fin à l'exploitation et aux abus.

Il reste que la prévention des représailles relève avant tout de la responsabilité des organismes ou des personnes qui ont le mandat de recevoir les plaintes. Le droit de porter plainte devrait nécessairement être assorti du droit d'être protégé contre les représailles. À titre d'exemple, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse peut demander à un tribunal qu'une mesure soit prise contre quiconque exerce ou tente d'exercer des représailles contre une personne, un groupe ou un organisme intéressé par le traitement d'un cas de discrimination ou d'exploitation ou qui y a participé, que ce soit à titre de victime, de plaignant, de témoin ou autrement³⁴.

Aussi, la Commission souscrit entièrement aux dispositions du Projet de loi n^o 27 visant la protection de l'utilisateur et de toute personne qui dépose une plainte en son nom contre les représailles, ainsi que l'introduction d'une protection similaire dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Par ailleurs, si plusieurs codes de déontologie interdisent au professionnel de communiquer avec le plaignant lorsqu'il est informé d'une plainte à son endroit sur sa conduite ou sa compétence professionnelle³⁵, très peu d'entre eux contiennent une prohibition expresse des représailles telle que l'on retrouve dans le *Code de déontologie des avocats*³⁶.

Pour prévenir les représailles et encourager les personnes âgées à dénoncer les situations inacceptables, la Commission recommande :

RECOMMANDATION 48

Que les ordres professionnels dont les membres oeuvrent auprès de personnes âgées adoptent, dans leur code de déontologie respectif, une prohibition expresse des représailles semblable à celle contenue au Code de déontologie des avocats.

³⁴ *Charte des droits et libertés de la personne*, art. 82. Voir aussi les articles 71 et 134.

³⁵ Voir par exemple *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, art. 4.01.011; *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*, art. 4.01.011).

³⁶ *Code de déontologie des avocats*, 4.02.012) : « [E]st dérogatoire à la dignité de la profession le fait pour un avocat : [...] »

- z) d'intimider une personne ou d'exercer ou de menacer d'exercer contre elle des représailles au motif :
 - i. qu'elle a dénoncé ou qu'elle entend dénoncer une conduite ou un comportement dérogatoire;
 - ii. qu'elle a participé ou collaboré ou qu'elle entend participer ou collaborer à une enquête relative à un comportement ou à une conduite dérogatoire. »

8. ENGAGEMENTS DE LA COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE

Au cours de la Consultation, de nombreux participants ont exprimé des commentaires concernant les interventions de la Commission dans le dossier de l'exploitation des personnes âgées. À la lumière des commentaires reçus, la Commission s'engage ici à prendre certaines mesures de nature à rendre plus efficace son intervention.

Il est tout d'abord manifeste que, malgré les efforts fournis par sa Direction de l'éducation et de la coopération³⁷, la Commission doit prendre les moyens de faire connaître plus largement aux personnes âgées victimes d'exploitation, aux organismes voués à la défense de leurs droits ou de leur bien-être ainsi qu'aux intervenants œuvrant auprès des personnes âgées le recours à la Commission fondé sur l'article 48 de la Charte. De même, la Commission doit s'engager à clarifier les lignes directrices de son action en la matière, afin de donner des balises plus claires aux intervenants qui ont à juger de la pertinence de signaler une situation à la Commission.

171

ENGAGEMENT 1

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse s'engage à mettre sur pied une campagne d'information, afin de faire connaître aux intervenants et au public son rôle en matière de protection des personnes âgées contre l'exploitation ainsi que la procédure de traitement des plaintes qui lui sont soumises.

D'autre part, plusieurs participants à la Consultation ont rapporté des faits qui indiquent que les politiques des établissements en matière de sexualisation des postes peuvent amener des atteintes à l'intimité et à la dignité des usagers.

Étant donné que ces politiques s'appuient, entre autres, sur une position adoptée par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse en 1986 :

ENGAGEMENT 2

Compte tenu des faits nouveaux indiquant des atteintes possibles à la dignité des usagers dans les établissements, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse examinera sa position sur la sexualisation des postes dans les établissements de santé et de services sociaux.

Il est clair que dans la logique du respect de la volonté de la personne âgée présumée victime d'exploitation, celle-ci ou son représentant légal doit consentir au partage entre organismes de renseignements personnels consignés à son dossier. Lors d'une tentative de médiation, de concertation ou d'intervention en vue de faire cesser un abus, le refus de la personne âgée de donner accès aux renseignements personnels la concernant ou concernant ceux qu'elle veut protéger s'avère un obstacle majeur. La Commission reconnaît entièrement le problème, mais elle en constate aussi la complexité et considère que sa solution exige un examen approfondi de ses implications.

³⁷ Voir site Web de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse « À tout âge, des droits et libertés », <http://www.cdpcj.qc.ca/formation/aines> et sa version anglaise « Rights and Freedoms for All Ages », <http://www.cdpcj.qc.ca/training/seniors>. Voir aussi COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE [2000].

ENGAGEMENT 3

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse évaluera les effets des règles de confidentialité sur l'intervention en vertu des dispositions de la Charte, notamment de l'article 48, lorsqu'un intervenant d'un autre organisme lui demande de faire enquête sur un cas d'abus présumé, et elle fera connaître ses conclusions à l'égard de la question.

Enfin, un suivi sérieux des présentes recommandations représente une condition de succès importante pour l'amélioration du filet de protection contre l'exploitation et les abus faits aux personnes âgées.

172

ENGAGEMENT 4

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse effectuera, dans deux ans, une étude de suivi des recommandations prévues dans ce rapport et en diffusera publiquement les résultats.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

LÉGISLATION

173

QUÉBEC

Lois

- *Charte des droits et libertés de la personne*, L.Q. 1975, c. 6, codifiée sous L.R.Q., c. C-12
- *Code civil du Bas Canada* (1866), remplacé par le *Code civil du Québec*
- *Code civil du Québec*, L.Q. 1991, c. 64, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1994
- *Code de procédure civile*, L.R.Q., c. C-25
- *Code des professions*, L.R.Q., c. C-26
- *Loi instituant un nouveau Code civil et portant réforme du droit de la famille*, L.Q. 1980, c. 39
- *Loi médicale*, L.R.Q., c. M-9
- *Loi modifiant certaines dispositions concernant le curateur public*, L.Q. 1999, c. 30
- *Loi modifiant diverses dispositions législatives eu égard à la divulgation de renseignements confidentiels en vue d'assurer la protection des personnes* (Projet de loi n° 180), 1^{ère} sess., 36^e lég., Québec, 2001
- *Loi modifiant la Loi sur les impôts et d'autres dispositions législatives d'ordre fiscal*, L.Q. 2000, c. 39
- *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.Q. 1974, c. 42
- *Loi modifiant le Code civil en matière d'obligation alimentaire*, L.Q. 1996, c. 28
- *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q., c. A-2.1
- *Loi sur l'aide aux victimes d'actes criminels*, L.R.Q., c. A-13.2
- *Loi sur l'aide juridique*, L.R.Q., c. A-14
- *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, L.R.Q., c. A-28
- *Loi sur l'assurance-maladie*, L.R.Q., c. A-29
- *Loi sur l'assurance-médicaments*, L.R.Q., c. A-29.01
- *Loi sur l'assurance parentale* (Projet de loi 140), 1^{ère} sess., 36^e lég., Québec, 2000
- *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels*, L.R.Q., c. I-6
- *Loi sur la protection de la jeunesse*, L.R.Q., c. P-34.1
- *Loi sur la protection de la santé publique*, L.R.Q., c. P-35
- *Loi sur la protection des droits des aînés* (Projet de loi 191), 1^{ère} sess., 35^e lég., Québec, 1995
- *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, L.R.Q., c. P-39.1
- *Loi sur la protection du consommateur*, L.R.Q., c. P-40.1
- *Loi sur la Régie du logement*, L.R.Q., c. R-8.1

- *Loi sur la sécurité des édifices publics*, L.R.Q., c. S-3
- *Loi sur la Société d'habitation du Québec*, L.R.Q., c. S-8
- *Loi sur le Conseil des aînés*, L.R.Q., c. C-57.01
- *Loi sur le curateur public*, L.R.Q., c. C-81
- *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux*, L.R.Q., c. M-19.2
- *Loi sur le notariat*, L.Q. 2000, c. 44
- *Loi sur le notariat*, L.R.Q., c. N-2
- *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (Projet de loi n° 27), 2^{ème} sess., 36^e lég., Québec, 2001
- *Loi sur les arrangements préalables de services funéraires et de sépulture*, L.R.Q., c. A-23.001
- *Loi sur les commissions d'enquête*, L.R.Q., c. C-37
- *Loi sur les impôts*, L.R.Q., c. I-3
- *Loi sur les Indiens*, L.R. 1985 ch. I-5
- *Loi sur les normes du travail*, L.R.Q., c. N-1.1
- *Loi sur les produits agricoles, les produits marins et les aliments*, L.R.Q., c. P-29
- *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.Q. 1971, c. 48, codifiée sous L.R.Q., c. S-5, remplacée par *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2
- *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.Q. 1991, c. 42, codifiée sous L.R.Q., c. S-4.2, entrée en vigueur le 4 septembre 1991 ou le 1^{er} octobre 1992
- *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*, L.R.Q., c. S-5

Règlements

- *Code de déontologie des avocats*, R.R.Q., 1981, c. B-1, r.1
- *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*, R.R.Q., 1981, c. C-26, r.III
- *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, R.R.Q., 1981, c. I-8, r.4
- *Code de déontologie des médecins*, R.R.Q., 1981, c. M-9, r.4
- *Code de déontologie des notaires*, R.R.Q., 1981, c. N-2, r.3
- *Code de déontologie des travailleurs sociaux*, R.R.Q., 1981, c. C-26, r.180
- *Décret 848-99 concernant le Programme d'accès à des services de santé et à des services sociaux en langue anglaise pour des personnes d'expression anglaise de la région de Montréal-Centre*, (1999) 131 G.O. II, 3505
- *Décret 1187-99 du 20 octobre 1999 concernant des modifications aux conditions et cadre administratif du programme Allocation-logement en faveur des personnes âgées et des familles*, (1999) 131 G.O. II, 5548
- *Règlement d'application de la Loi sur le curateur public*, R.R.Q., 1981, c. C-81, r.1
- *Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux*, R.R.Q., 1981, c. S-5, r.1
- *Règlement sur l'aide juridique*, R.R.Q., 1981, c. A-14, r.O.2
- *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, (1984) 116 G.O. II, 2746, tel que modifié par *Règlement modifiant le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, (1986) 118 G.O. II, 1310
- *Règlement sur la contribution des usagers pris en charge par les ressources intermédiaires*, (Projet de règlement), (2000) 132 G.O. II, 4423

- *Règlement sur la sécurité dans les édifices publics*, R.R.Q., 1981, c. S-3, r.4
- *Règlement sur le Comité d'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec*, R.R.Q., 1981, c. C-26, r.112.2
- *Règlement sur le Comité d'inspection professionnelle de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec*, R.R.Q., 1981, c. C-26, r.181.2
- *Règlement sur le traitement des plaintes et la procédure applicable aux enquêtes de la Commission des droits de la personne*, (1991) 123 G.O. II, 1458
- *Règlement sur les conditions d'attribution des logements à loyer modique*, R.R.Q., 1981, c. S-8, r.1.1.1
- *Règlement sur les conditions de l'accréditation des notaires en matière d'ouverture ou de révision d'un régime de protection et de mandat donné par une personne en prévision de son inaptitude*, (1999) 131 G.O. II, 1317
- *Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des corporations professionnelles*, R.R.Q., 1981, c. C-26, r.1.1
- *Règlement sur les formulaires de bail obligatoires et sur les mentions de l'avis au nouveau locataire*, (1996) 128 G.O. II, 4855

AUTRES PROVINCES DU CANADA ET FÉDÉRAL

- *Adult Guardianship Act*, S.B.C. 1993, c. 35, R.S.B.C., c. 6, modifiée par *Adult Guardianship Statutes Amendment Act, 1999*, S.B.C. 1999, c. 25 (Colombie-Britannique)
- *Adult Guardianship (Abuse and Neglect) Regulation*, B.C. Reg. 13/2000
- *Designated Agencies Regulation*, B.C. Reg. 13/2000
- *Adult Protection Act*, R.S.N.S. 1989, c. 2 (Nouvelle-Écosse)
- *Adult Protection Act*, R.S.P.E.I. 1988, c. A-5 (Île-du-Prince-Édouard)
- *Code criminel*, L.R.C. (1985), c. C-46 (Canada)
- *Community Care Facility Act*, R.S.B.C. 60 (Colombie-Britannique)
- *Adult Care Regulations*, B.C. Reg. 536/80
- *Homes for Special Care Act*, R.S.N.S. 1989, c. 203 (Nouvelle-Écosse)
- *Homes for Special Care Regulations*, O.I.C. 77-1261, N.S. Reg. 127/77, tels qu'amendés
- *Housing and Special-care Homes Act*, R.S.S., c. H-13 (Saskatchewan)
- *Housing and Special-care Homes Regulations*, Sask. Reg. 34/66, Sask. Gaz. 1966.56
- *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*, L.O. 1992, c. 30 (Ontario)
- *Loi prévoyant l'agrément de maisons de soins, protégeant les droits des locataires et modifiant la Loi de 1997 sur la protection des locataires*, Projet de loi 53, 1^{ère} sess., 37^e législature, rejeté en 2^e lecture 5 octobre 2000 (Ontario)
- *Loi de 1992 sur l'intervention*, L.O. 1992, c. 26, abrogée par L.O. 1996, c. 2, art. 1 (Ontario)
- *Loi sur la protection des personnes recevant des soins*, Projet de loi 7, 1^{ère} sess., 37^e législature, sanction royale 18 août 2000 (Manitoba)
- *Loi sur la sécurité de la vieillesse*, L.R.C. (1985), c. O-9 (Canada)
- *Loi sur la tutelle*, L.R.T.N.-O. 1988, c. H-2 (Territoires du Nord-Ouest)
- *Loi sur les foyers de soins*, L.N.B., c. N-11 (Nouveau-Brunswick)
- *Règlement général - Loi sur les foyers de soins*
- *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos*, L.R.O. 1990, c. H.13 (Ontario)

- *Loi sur les maisons de soins infirmiers*, L.R.O. 1990, c. N.7 (Ontario)
- *Loi sur les personnes vulnérables ayant une déficience mentale*, C.C.S.M., c. V90 (Manitoba)
- *Loi sur les procurations*, C.C.S.M., c. P97 (Manitoba)
- *Loi sur les services à la famille*, L.N.B., c. F-2.2 (Nouveau-Brunswick)
- *Neglected Adults Welfare Act*, R.S.N. 1990, c. N-3 (Terre-Neuve)
- *Protection Against Family Violence Act*, R.S.A., c. P-19.2 (Alberta)
- *Protection for Persons in Care Act*, R.S.A., c. P-19.5 (Alberta)
- *Representation Agreement Act*, S.B.C. 1993, c. 67, modifiée par *Adult Guardianship Statutes Amendment Act*, 1999, S.B.C. 1999, c. 25 (Colombie-Britannique)

176

ÉTATS-UNIS

Lois

- *Family Violence Prevention and Treatment Act*, 42 U.S.C. § 10401
- *Nursing Home Quality Reform Act*, P.L. 100-203, Title IV, Subtitle C, codifié sous 42 U.S.C. §§ 1395-1396
- *Older Americans Act*, 42 U.S.C. § 3015

Règlements

- *Conditions of Participation : Home Health Agencies*, 42 C.F.R. § 484
- *Requirements for Long Term Care Facilities*, 42 C.F.R. § 483, Subpart B

INSTRUMENTS INTERNATIONAUX

- *Déclaration universelle des droits de l'homme*, Rés. AG 217A (III), Doc. NU A/810, 10 décembre 1948
- *Principes des Nations Unies pour les personnes âgées*, A/RES/46/91, 16 décembre 1991

JURISPRUDENCE

- *Bélanger c. Guérin*, [1992] R.R.A. 649 (C.S.), désistement d'appel, C.A.M., n° 500-09-001017-920, 29 avril 1996
- *Blanchette-Miller c. Brochu*, J.E. 2000-1791 (C.S.)
- *Brochu c. Trust Prêt et Revenu*, J.E. 2000-574, REJB 2000-17544 (C.S.)
- *Brown c. Jargaille*, [2000] R.D.F. 286, REJB 2000-17748 (C.S.)
- *Carrefour de la santé et des services sociaux de la S... c. C...*, [1999] R.D.F. 292 (C.S.)
- *Centre hospitalier de Chandler c. C.C.*, [2000] R.J.Q. 1159, REJB 2000-17538 (C.S.)
- *Centre hospitalier universitaire de Québec (Pavillon Hôtel-Dieu de Québec) c. R. (L.)*, REJB 2000-20477, J.E. 2000-1984 (C.A.)
- *Centre hospitalier universitaire de Québec (Pavillon Hôtel-Dieu de Québec) c. R. (L.)*, REJB 2000-21356, J.E. 2000-2148 (C.S.)
- *Chicheportiche c. Brûlé-Duval*, [1986] D.L.Q. 22 (C.P.)
- *Collins c. Centre hospitalier de Sept-Îles*, REJB 2000-20110 (C.Q.)

- *Commission des droits de la personne du Québec c. Brière*, C.S., n° 200-05-002592-868, 16 décembre 1986, j. I. Mignault, demande d'injonction interlocutoire provisoire; 3 février 1987, j. H. Walters, demande d'injonction interlocutoire; 23 mars 1987, j. C. Rioux, demande d'injonction interlocutoire permanente
- *Commission des droits de la personne du Québec c. Brzozowski*, [1994] R.J.Q. 1447 (T.D.P.Q.)
- *Commission des droits de la personne du Québec c. Centre d'accueil Villa Plaisance*, [1995] R.J.Q. 511 (T.D.P.Q.)
- *Commission des droits de la personne du Québec c. Coutu*, J.E. 98-2088 (C.A.), confirmant en partie [1995] R.J.Q. 1628 (T.D.P.Q.)
- *Commission des droits de la personne du Québec c. Gagnon et C.R.S.S. Laurentides-Lanaudière*, C.S., n° 500-05-013033-773, 23 juin 1977, j. P. Boudreault
- *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse c. Fiset*, (1998) 34 C.H.R.R. D/61, J.E. 99-150 (T.D.P.Q.)
- *Cordeau c. Cordeau*, [1984] R.D.J. 201 (C.A.)
- *Curateur public du Québec c. R. (É.)*, [1999] R.D.F. 59 (C.S.)
- *Desjardins c. Gianchetti*, J.E. 96-2103 (C.Q.)
- *Diez c. Boisvert*, D.T.E. 91T-474 (C.S.)
- *Dufour c. Centre hospitalier St-Joseph-de-la-Malbaie*, [1992] R.J.Q. 825 (T.D.P.Q.), appel accueilli sur un autre point, D.T.E. 98T-1136, J.E. 98-2178, demande d'autorisation d'appel à la Cour suprême du Canada rejetée, n° 26986, 14 octobre 1999
- *Dupaul c. Beaulieu*, [2000] R.J.Q. 1186, REJB 2000-18191 (C.S.)
- *Fiset c. Boisvert*, (1992) 45 Q.A.C. 23, confirmant J.E. 89-1604 (C.S.) *sub nom. Fiset c. Maël*
- *Forest c. Lapointe*, [1997] R.J.Q. 105 (C.S.)
- *Forte c. Tribunal des professions*, J.E. 2000-1018 (C.S.)
- *Gesualdi c. Québec (Curateur public)*, J.E. 97-584 (T.D.P.Q.)
- *Godbout c. Ville de Longueuil*, [1997] 3 R.C.S. 844
- *Gougeon c. Bousquet*, 94DCQ 262, C.Q. Longueuil, 505-02-002245-938, 11 mai 1994
- *Jones c. Smith*, [1999] 1 R.C.S. 455
- *Labbé c. Laflamme*, [1997] R.J.Q. 1054 (C.S.)
- *Lafortune c. Bourque*, J.E. 2000-1378, REJB 2000-18711 (C.S.), en appel, C.A.M., n° 500-09-009856-006
- *Larouche c. Larouche*, REJB 2000-16317 (C.Q.)
- *Laurentide Motels c. Beauport*, [1989] 1 R.C.S. 705
- *Lévesque Canuel c. Canuel*, J.E. 94-962 (C.S.)
- *M. (M.-C.) c. G. (M.)*, J.E. 97-350 (C.S.)
- *Ordre professionnel des infirmières et infirmiers c. Senneville*, D.D.E. 96D-69, [1996] D.D.O.P. 209 (T.P.), infirmant [1995] D.D.O.P. 23 (C.D. Inf.)
- *Québec (Curateur public) c. Syndicat national des employés de l'hôpital St-Ferdinand*, [1996] 3 R.C.S. 211
- *Québec (Procureur général) c. Vigi Santé*, [1999] R.J.Q. 997, REJB 1999-11877 (C.A.), demande d'autorisation d'appel à la Cour suprême du Canada rejetée, n° 27351, 30 mars 2000
- *R. c. Côté*, J.E. 98-1187 (C.S.)
- *Résidences de Longpré inc. c. Fortier*, [1998] R.J.Q. 3305 (C.Q.)

- *Servais c. G. (M.)*, REJB 1999-14342 (C.S.)
- *Services de santé et services sociaux-3*, [1982] C.A.S. 388
- *Services de santé et services sociaux-4*, [1982] C.A.S. 391
- *Services de santé et services sociaux-7*, [1987] C.A.S. 579
- *Services de santé et services sociaux-7*, [1994] C.A.S. 330
- *The Gazette (Division Southam Inc.) c. Valiquette*, [1997] R.J.Q. 30 (C.A.)
- *Trempe c. Dow Chemical of Canada Ltd*, [1980] C.A. 571
- *Veilleux c. Roy*, [1987] R.J.Q. 2120 (C.S.)

DOCUMENTS GOUVERNEMENTAUX

- ANCTIL, Hervé et Lucie BÉLANGER (2000), *Rapport d'évaluation sur la place des entreprises d'aide domestique du secteur de l'économie sociale dans les services à domicile - État de situation et pistes de solution*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux
- ASSEMBLÉE NATIONALE (1999), *Journal des débats de la Commission permanente de la culture*, n° 11, 1^{er} juin 1999
- ASSEMBLÉE NATIONALE, COMMISSION DE LA CULTURE (2000), *Mandat portant sur l'étude du Rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le Conseil des aînés*, Rapport final
- ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC (1999), *Mémoire pour des milieux de vie et de soins de qualité en centre d'hébergement et de soins de longue durée*
- ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC (2000), *Pour une vision commune et une stratégie collective*. Orientations de l'Association sur les services aux personnes âgées
- BUREAU QUÉBÉCOIS DE L'ANNÉE INTERNATIONALE DES PERSONNES ÂGÉES (2000), *R.S.V.P. Le Québec vieillissant, un enjeu de société*
- CHARPENTIER, Michèle (1999), *Le droit et les rapports de dépendance vécus par les aînés : le cas des résidences privées pour personnes âgées*, Ottawa, Commission du droit du Canada
- COMMISSAIRE AUX PLAINTES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (1999), *Rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes 1998-1999*
- COMMISSAIRE AUX PLAINTES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (2000), *Avis sur l'amélioration du régime actuel des plaintes des usagers du réseau de la santé et des services sociaux et recommandant des amendements à la loi*
- COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (2000), *Les solutions émergentes. Rapport et recommandations*
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (2000), *Rapport annuel d'activité 1999 concernant l'application de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels et de la Loi favorisant le civisme*, Montréal
- COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE DU QUÉBEC (1978), *Avis concernant le manque de qualité de la nourriture dans un établissement pour personnes âgées ou handicapées*, Montréal
- COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE DU QUÉBEC (1983), *L'exploitation des personnes âgées ou handicapées*, cahier n° 6, rés. COM-155-2.1.1, Montréal
- COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE DU QUÉBEC (1988), *Compétence de la Commission en vertu de l'alinéa 1 de l'article 48 : exploitation*, rés. COM-316-9.1.3, Montréal
- COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE (1988), *Enquête sur les relations entre les corps policiers et les minorités visibles et ethniques - Rapport final du Comité d'enquête*, rés. COM-318-3.1.1, Montréal

- COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE (1994), *De l'illégalité à l'égalité – Rapport de consultation publique sur la violence et la discrimination envers les gais et lesbiennes*, rés. COM-385-4.2, Montréal
- COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE (2000), « À tout âge, des droits et libertés », Atelier de sensibilisation sur les droits et libertés de la personne destiné aux groupes de personnes âgées, aux groupes communautaires et aux intervenants de CLSC et de CHSLD. Cahier du participant. Document réalisé par madame Constance Leduc
- COMMISSION DES SERVICES JURIDIQUES (1999), *Étude auprès des personnes âgées de plus de 50 ans sur leurs attitudes et leurs besoins en matière d'informations juridiques*, Enquête réalisée par Léger & Léger Recherche et Stratégie Marketing
- COMMISSION DU DROIT DU CANADA (2000), *La dignité retrouvée. La réparation des sévices infligés aux enfants dans des établissements canadiens*
- CONSEIL DES AÎNÉS (1995), *Avis sur les abus exercés à l'égard des personnes âgées*, Québec
- CONSEIL DES AÎNÉS (1996), *Mémoire sur le Projet de loi 191 : Loi sur la protection des droits des aînés*, Québec
- CONSEIL DES AÎNÉS (1997), *La réalité des aînés québécois*, Québec
- CONSEIL DES AÎNÉS (2000), *Avis sur l'hébergement en milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*, Québec
- CONSEIL DES AÎNÉS (2000), *La démence, ce mal silencieux... tel qu'entendu par six spécialistes*
- CONSEIL DES RELATIONS INTERCULTURELLES (1999), *Les personnes âgées immigrées au Québec*, Étude préliminaire, Montréal
- CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (2000), *Pour un virage ambulatoire qui respecte les femmes*, Québec
- CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC (1999), *La protection de la personne inapte et de ses biens. Bilan de la 1^{ère} année de la réforme au Curateur public du Québec*, Rapport déposé auprès des membres de la Commission parlementaire de l'administration publique
- CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC (2000), *Le virage en faveur de la protection de la personne inapte. Rapport d'étape sur la réforme au Curateur public du Québec*, Rapport déposé auprès des membres de la Commission parlementaire de l'administration publique
- DESCHÊNES, Jean-Claude et Sylvie GAGNON (1998), *La mission du Curateur public du Québec : ses fondements, sa portée, ses conditions de réussite*, Rapport remis à monsieur Pierre Gabrièle, Curateur public du Québec
- DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA (2000), *Taux des prestations de la Sécurité de la vieillesse*, octobre – décembre 2000, <<<http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/seniors/french/new.htm>>>
- FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (1996), *La qualité de vie des adultes et personnes âgées en perte d'autonomie vivant en ressource intermédiaire et de type familial*, Montréal
- GARANT, Louise et Mario BOLDUC (1990), *L'aide par les proches : mythes et réalités. Revue de littérature et réflexions sur les personnes âgées en perte d'autonomie, leurs aidants et aidantes naturels et le lien avec les services formels*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation
- GARON, Muriel (1995), *Quelques notes en marge de la consultation du Conseil des aînés sur l'opportunité d'une loi sur la protection des aînés*, Montréal, Commission des droits de la personne du Québec

- GARON, Muriel et Jeanne MAYO (1994), *Les ressources relatives à l'hébergement des personnes âgées*, Montréal, Commission des droits de la personne du Québec
- GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ÉCONOMIE SOCIALE (1996), *Osons la solidarité! Rapport du Groupe de travail sur l'économie sociale*, Sommet sur l'économie et l'emploi
- GUBERMAN, Nancy et Pierre MAHEU (1996), *La prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie dans les familles d'origine italienne et haïtienne*, Montréal, Conseil québécois en recherche sociale
- LITHWICK, Maxine, Myrna REIS, Michael STONES, Katherine MACNAUGHTON-OSLER, Nadia CANDERAN et al. (1997), « Pas dans notre communauté » – *Prévenir les mauvais traitements envers les aînés : un guide à l'intention des communautés ethnoculturelles*, (Série de recherche n° 4), Montréal, CLSC René-Cassin/Institut universitaire de gérontologie sociale du Québec
- MANITOBA LAW REFORM COMMISSION (1999), *Adult Protection and Elder Abuse*, Report # 103, Winnipeg
- MARTEL, Diane (1997), *La violence envers les gens âgés – Recension des écrits*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique
- McDONALD, Lynn P. et April COLLINS (1998), *Mauvais traitements et négligence à l'égard des aînés : Document de travail*, Centre national d'information sur la violence dans la famille, Ottawa, Santé Canada
- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (1998), *Le Québec et l'intégration sociale des personnes handicapées : état de situation multisectoriel*, Drummondville, Direction de l'évaluation, de l'intervention et des programmes
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2000), *L'exercice infirmier en soins de longue durée. Au carrefour du milieu de soins et du milieu de vie*. Guide d'exercice
- POIRIER, Donald et Norma POIRIER (1999), *Pourquoi est-il si difficile de lutter contre la violence des aînés et en particulier contre l'exploitation économique dont ils sont victimes?*, Ottawa, Commission du droit du Canada
- PROTECTEUR DU CITOYEN (1997), *Le Curateur public et les droits de la personne inapte*
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA JUSTICE (1993), *Commentaires du ministre de la Justice : Le Code civil du Québec*, Québec, Publications du Québec
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989), *Viellir ... en toute liberté*, Rapport du Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées, Québec
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994a), *Les résidences privées pour personnes âgées, non titulaires d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux, Plan d'action*
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994b), *Les services à domicile de première ligne, Cadre de référence*
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1995a), *Guide d'information, Prérequis à une demande de permis pour un centre d'hébergement et de soins de longue durée privée non conventionné (C.H.S.L.D.)*, Direction générale de la coordination régionale
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1995b), *Guide d'information, Résidence pour personnes âgées autonomes*, Direction générale de la coordination régionale
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999), *Bien vivre avec son âge – Revue de littérature sur la promotion de la santé des personnes âgées*, Collection « Promotion de la Santé » n° 1

- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001), *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (1993), *Cadre de référence sur les services à dispenser aux personnes âgées en perte d'autonomie en habitation à loyer modique*
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, Secrétariat à LA CONDITION FÉMININE, MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, Secrétariat à LA FAMILLE (1995), *Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*
- QUÉBEC, MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES (1979), *Les services à domicile : politique du ministère des Affaires sociales*
- QUÉBEC, MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES (1980), *Pour mieux vieillir au Québec*
- QUÉBEC, MINISTÈRE DES FINANCES (1999), *Bulletin d'information 99-5*, 26 novembre 1999
- QUÉBEC, MINISTÈRE DES FINANCES (2000), *Bulletin d'information 2000-4*, 29 juin 2000
- QUÉBEC, SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (1997), *L'action gouvernementale en habitation : orientations et plan d'action*
- QUÉBEC, SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC et FONDS QUÉBÉCOIS D'HABITATION COMMUNAUTAIRE (2000a), *Programme AccèsLogis (Pour coopératives et OSBL). Document d'information générale*
- QUÉBEC, SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC et FONDS QUÉBÉCOIS D'HABITATION COMMUNAUTAIRE (2000b), *Programme AccèsLogis (Pour coopératives et OSBL). Guide de présentation des projets*
- RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (1998), *Le programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique*
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (1998), *Répertoire des résidences privées recommandées dans Lanaudière 1998-1999*
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1995a), *État de la situation de santé et de bien être des personnes âgées de Montréal-Centre et inventaire régional des principaux services et ressources, Montréal*
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1995b), *Programme de contrôle de la qualité dans les ressources d'habitation non titulaires d'un permis d'hébergement pour dispenser des services de santé et des services sociaux*, Andrée DEMERS-ALLAN, Services aux personnes âgées, Direction de la programmation et coordination
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1998a), *Cadre de référence concernant les ressources d'habitation privées*
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1998b), *Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002*
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1998-1999), *Rapport annuel, Le défi de l'accès, L'an 1*, Montréal
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1999), *Rapport sur les plaintes des usagers 1997-1998*
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (2000a), *Les ressources d'habitation privées de la région de Montréal-Centre, Répertoire de résidences avec services pour personnes âgées*
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (2000b), *Rapport sur les plaintes des usagers 1998-1999 et rétrospective*

- SANTÉ QUÉBEC (1992-1993), *Aspects sociaux reliés à la santé : rapport de l'enquête sociale et de santé*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec (1995), 3 volumes
- SASKATCHEWAN STEERING COMMITTEE ON THE ABUSE OF ADULTS IN VULNERABLE CIRCUMSTANCES (1997), *Report and Recommendations*, Regina
- SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT ET SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (1998), *Guide de participation au programme de logements adaptés pour aînés autonomes*
- SPENCER, Charmaine et Marie BEAULIEU (1999), *Le droit et les relations personnelles des personnes aînées au Canada – Aspects légaux, psychosociaux et axiologiques*, Ottawa, Commission du droit du Canada
- STATISTIQUE CANADA (2000), *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2000*, Centre canadien de la statistique juridique, n° 85-224-XIF
- VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC (1998), *Rapport spécial du Vérificateur général à l'Assemblée nationale portant sur le Curateur public du Québec*

182

MONOGRAPHIES

- AGNANT, Marie-Célie (1995), *La dot de Sara*, Les éditions du remue-ménage, CIDIHCA
- BAUDOIN, Jean-Louis et Pierre-Gabriel JOBIN (1998), *Les obligations*, 5^e édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais
- BAUDOIN, Jean-Louis et Patrick A. MOLINARI (2000), *Services de santé et services sociaux, 2000-2001*, 11^e éd., Montréal, Wilson & Lafleur
- BERGIN, Betty (1995), *La violence faite aux personnes âgées dans les communautés ethnoculturelles : étude exploratoire et mesures d'intervention et de prévention suggérées*, Ottawa, Association canadienne des travailleurs sociaux
- BRAVO, Gina, Michèle CHARPENTIER, Marie-France DUBOIS, Philippe DEWALS et Aline ÉMOND (1997), *La qualité des soins dispensés aux personnes âgées en perte d'autonomie par les ressources d'hébergement avec et sans permis ministériel*, Sherbrooke, Centre de recherche en gérontologie et gériatrie, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
- BRIÈRE, Germain (1997), *Le nouveau droit des successions*, 2^e éd., Montréal, Wilson & Lafleur
- CENTRE D'ORIENTATION PARALÉGALE ET SOCIALE POUR IMMIGRANTS INC. et al. (1997), *La sensibilisation et la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées au sein de la communauté latino-américaine*, Montréal, Comité latino-américain
- CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÈMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (1999), *Le système d'agrément*
- DELEURY, Édith et Dominique GOUBAU (1997), *Le droit des personnes physiques*, 2^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais
- DUFALT, Daniel (1998), *Les abus à l'égard des aînés : le rôle du droit dans un contexte multidisciplinaire*, mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal
- DUMONT, Fernand (1994), *Le lieu de l'homme*, Québec, Bibliothèque Québécoise
- GARANT, Patrice (1996), *Droit administratif*, 4^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais
- GORDON, Robert M. et Simon N. VERDUN-JONES (1992), *Adult Guardianship Law in Canada*, Toronto, Carswell (feuilles mobiles)
- HOLMBERG, Carl B. (1998), *Sexualities and Popular Culture*, London, Sage Publications, Collection Foundations of Popular Culture, n° 6

- KOSBERG, Jordan I. and Juanita L. GARCIA (eds.) (1995), *Elder Abuse : International and Cross-Cultural Perspectives*, New York, Haworth Press
- LAMONTAGNE, Denys-Claude et al. (1993), *Droit civil québécois*, Scarborough, Ont., Carswell (feuilles mobiles)
- LAPEYRONNIE, Didier (1993), *L'individu et les minorités, La France et la Grande Bretagne face à leurs immigrés*, Paris, PUF
- LESEMANN, Frédéric et Claude MARTIN (dir.) (1993), *Dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales*, Paris, La Documentation Française
- MACLEAN, Michael J. (1995), *Mauvais traitements auprès des personnes âgées : stratégies de changement*, Association canadienne de gérontologie, Montréal, Éd. Saint-Martin (traduction de *Abuse and Neglect of Older Canadians : Strategies for Change*, Toronto, Thomson Educational Publishing, 1995)
- MAISONDIEU, Jean (1997), *Deviens vieux et tais-toi. Les rapports de force dans la pratique gérontologique*, Journée de l'UNOPA, Paris
- OLIEVENSTEIN, Claude (1999), *Naissance de la vieillesse*, Paris, Éditions Odile Jacob
- PAQUET, Mario (1999), *Les professionnels et les familles dans le soutien aux personnes âgées dépendantes*, Paris, L'Harmattan
- PRITCHARD, Jacki (ed.) (1999), *Elder Abuse Work : Best Practice in Britain and Canada*, Londres, Jessica Kingsley Publishers
- PUIJALON, Bernadette et Jacqueline TRINCAZ (2000), *Le droit de vieillir*, Paris, Fayard
- REIS, Myrna et Daphne NAHMIASH (1998), *Les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées. Un manuel d'intervention*, Ste-Foy, P.U.L. (traduction de *When Seniors are Abused : A Guide to Intervention*, North York, Captus Press, 1995)
- ROY, Jacques (1996), *Les aînés et les solidarités dans leur milieu : l'envers du mythe*, en collaboration avec Aline VÉZINA et Anne CLICHE, Sainte-Foy, Université Laval, Centre de recherche sur les services communautaires
- STORK, E. Hélène (1999), *Introduction à la psychologie anthropologique*, Paris, Armand Colin
- TABLE DE CONCERTATION ABUS-VIOLENCE ENVERS LES AÎNÉS DE LAVAL (1997), *Guide de dépistage et d'intervention abus-violence envers les aînés*, Laval
- TABLE DE CONCERTATION SUR LA VIOLENCE, L'ABUS ET LA NÉGLIGENCE ENVERS LES AÎNÉS DE QUÉBEC (1998), *Violence, abus, négligence envers les aînés. Guide intervention ressources*, 2^e éd., Québec
- VAILLANCOURT, Yves (1997), *Vers un nouveau partage des responsabilités dans les services sociaux et de santé. Rôles de l'État, du marché, de l'économie sociale et du secteur informel*, en collaboration avec Christian JETTÉ, Université du Québec à Montréal, Cahiers du Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales

ARTICLES

- AGNANT, Marie-Célie (1997, mai), « Creuser doucement, délicatement », *Impressions*, n° 26, pp. 10-13
- BEAULIEU, Marie (1990), « Comment faire face aux situations abusives en institution », dans CARETTE, Jean et Louis PLAMONDON (dir.), *Vieillir sans violence*, Presses de l'Université du Québec, Québec, pp. 115-129
- BONAR, Rita (1996), « New perspectives on aged Italian women : implications for minority groups of aged ethnic women », *Canadian Ethnic Studies*, vol. 28, n° 2, pp. 64-81

- BOUQUILLARD, Marie France (1991), « La vision du vieillissement et de la mort dans six communautés culturelles de Montréal », *Le Gêrontophile*, vol. 13, n° 2, pp. 7-14
- BUNGENER, Martine (1993), « Familles et alternatives à l'hospitalisation », dans LESEMANN, Frédéric et Claude MARTIN (dir.), *Dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales*, Paris, La Documentation Française, pp. 27-52
- CÔTÉ-GAUTHIER, Suzanne (1997, mai), « Vieillir sous d'autres cieux », *Impressions*, n° 26, pp. 4-6
- COUGHLAN, Stephen G., Barbara DOWNE-WAMBOLDT, Robert G. ELGIE, Joan HARBISON, Pat MELANSON and Marina MORROW (1996), « Mandatory Reporting of Suspected Elder Abuse and Neglect : A Practical and Ethical Evaluation », *Dalhousie Law Journal*, vol. 19, pp. 45-70
- DELSOIN, Micheline (1991), « Vieillir dans son pays d'adoption », *Le Gêrontophile*, vol. 13, n° 2, pp. 15-16
- DIOP, Ousseynou (1997, mai), « Aller-retour sur deux continents », *Impressions*, n° 26, pp. 17-21
- DOUYON, Emerson (2000), « Le vieillissement et le contexte ethno-culturel », texte inédit disponible sur demande auprès de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
- FABIEN, Claude (1993), « Le nouveau droit du mandat », dans Barreau du Québec et Chambre des notaires (dir.), *La réforme du Code civil*, t. II, Sainte-Foy, P.U.L., pp. 881-954
- FABIEN, Claude (2001), « Passage du mandat ordinaire au mandat de protection », dans *Les mandats en cas d'inaptitude : une panacée?*, Service de la formation permanente, Barreau du Québec, n 146, Cowansville, Éditions Yvon Blais, pp. 105-148
- FUGAZZI, Benvenuto (1997), « Vieillir et mourir en exil », *Impressions*, n° 26, pp. 27-33
- GEOFFROY, Catherine (1991), « Les Italiens vieillissent-ils bien à Montréal? », *Le Gêrontophile*, vol. 13, n° 2, pp. 17-18
- GORDON, Robert M. (1995), « Adult Guardianship and Adult Protection Legislation in Canada : Recent Reforms and Future Problems », *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 4, suppl. 2, pp. 89-102
- GRAVEL, Sylvie, Maxine LITHWICK et Marie BEAULIEU (1997), « Quand vieillir ensemble fait mal; les mauvais traitements dans les couples âgés », *Criminologie*, vol. 30, n° 2, pp. 67-85
- GUAY, Gérard (1996), « Le mandat donné en prévision de l'inaptitude », dans CHAMBRE DES NOTAIRES DU QUÉBEC, *Répertoire de droit – Nouvelle série*, Montréal
- HALDEMANN, Verena (1995), « La solidarité entre générations : Haïtiennes âgées à Montréal », *Sociologie et Sociétés*, vol. 27, n° 2, pp. 43-56
- INIONS, Noela (1998), « Protection for Abused Adults in Alberta », *Health Ethics Today*, vol. 9, n° 2, pp. 9-13
- KAPP, Marshall B. (2000), « Quality of Care and Quality of Life in Nursing Facilities : What's Regulation Got to Do With It? », *McGeorge Law Review*, vol. 31, pp. 707-731
- KRAUSE, Neal et Linda M. GOLDENHAR (1992), « Acculturation and psychological distress in three groups of elderly Hispanics », *Journal of Gerontology*, vol. 47, n° 6, pp. 279-288
- LAI, Daniel Wing-Leung et J.R. McDONALD (1995), « Life Satisfaction of Chinese Elderly Immigrants in Calgary », *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 14, n° 3, pp. 536-552
- LESEMANN, Frédéric et Daphne NAHMIASH (1993), « Logiques hospitalières et pratiques familiales de soins (Québec) », dans LESEMANN, Frédéric et Claude MARTIN (dir.), *Dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales*, Paris, La Documentation Française, pp. 155-170

- MCGILLIVRAY, Anne (2000), « Mieux vivre par la Loi? Enquête sur la théorie *parens patriae* », dans COMMISSION DU DROIT DU CANADA, *La législation en question : Mémoires du concours Perspectives juridiques 1999*, document disponible sur le site <<<http://www.cdc.gc.ca>>>
- MEINTEL, Deirdre et Mauro PERESSINI (1993, printemps), « Seules et âgées en milieu urbain : une enquête auprès de Montréalaises de trois groupes ethniques », *Revue internationale d'action communautaire*, vol. 29, n° 69, pp. 37-45
- MONREAL, Inès Garcia (1997, mai), « Le courage de vieillir ici », *Impressions*, n° 26, pp. 14-16
- OLLIVIER, Émile (1997, mai), « Géographie intérieure », *Impressions*, n° 26, pp. 6-9
- ROSS-KERR, Janet C. (1998), « Legislated Trust : Protection for Persons in Care in Alberta », *Health Ethics Today*, vol. 9, n° 2, pp. 7-8
- ROULEAU, Edwidge (1991), « Accessibilité ethnique », *Le Gérontophile*, vol. 13, n° 2, pp. 22-24
- SANTERRE, Renaud (1991), « Les vieillesse ethniques », *Le Gérontophile*, vol. 13, n° 2, pp. 2-6
- SPENCER, Charmaine (1998), « Ethical dilemmas in dealing with abuse and neglect of older adults », *Ethica*, vol. 10, pp. 71-94
- STODDART, Jennifer (1995), « L'exploitation au sens de l'article 48 de la *Charte des droits et libertés de la personne* », dans *Développements récents en droit familial (1995)*, Montréal, Barreau du Québec, pp. 151-175
- STONES, Michael J. (1995), « Portée et définitions des mauvais traitements et de la négligence à l'endroit des personnes âgées au Canada », dans MACLEAN, Michael J. (dir.), *Mauvais traitements auprès des personnes âgées : stratégies de changement*, Éditions Saint-Martin, Montréal, pp. 151-157
- THIBAUT, Normand et Hervé GAUTHIER (1999), « Perspectives de la population du Québec au XXI^e siècle : changement dans le paysage de la croissance », *Statistiques, données sociodémographiques en bref*, Bureau de la statistique du Québec, vol. 3, n° 2
- THOMSON, Jim (1998), « Acting Upon Alberta's Protection for Persons in Care Act », *Health Ethics Today*, vol. 9, n° 2, pp. 4-6

AUTRES PUBLICATIONS

- ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE GÉRONTOLOGIE – Comité de formation – (1997) *La formation et le perfectionnement en gérontologie : état de la situation*
- BECKER, Darren (2000), « Getting a little help. Hospital will care for elderly Jewish patients », *The Gazette*, 5 septembre 2000

**ANNEXE I
LA PROTECTION DES
PERSONNES ÂGÉES
DANS D'AUTRES
JURIDICTIONS
CANADIENNES**

LA PROTECTION DES PERSONNES ÂGÉES DANS D'AUTRES JURIDICTIONS CANADIENNES

JURIDICTION	FONDEMENTS LEGISLATIFS	PERSONNES PROTEGEES	SITUATIONS VISEES	MESURES POUVANT ETRE IMPOSEES
<i>Alberta</i>	Protection for Persons in Care Act, adopté en 1997	tout adulte prestataire de services dans un établissement financé par l'État	abus institutionnel qui est d'ordre physique, psychologique, pharmacutique, sexuel, économique ou de la négligence	sanction disciplinaire ou retrait de financement; pas de mesure à l'égard de la victime
<i>Colombie-Britannique</i>	Adult Guardianship Act, adopté en 1993	entre autres, majeur dont la condition affecte sa capacité de prendre une décision au sujet de l'abus ou de la négligence	abus comprend abus physique, psychologique, pharmacutique, sexuel, économique, ouverture de courrier, atteinte à la vie privée et obstacle aux visites; négligence; auto-négligence	référé et assistance vers les services appropriés; référence au Public Trustee; ordonnance judiciaire; injonction
<i>Île-du-Prince-Édouard</i>	Adult Protection Act, adopté en 1988	majeur	abus physique, psychologique, sexuel, économique ou matériel qui cause un préjudice sérieux	assistance vers les services appropriés; ordonnance judiciaire
<i>Manitoba</i>	Loi sur la protection des personnes recevant des soins, adoptée en 2000 (non en vigueur)	adulte qui est un résident, un malade en consultation interne ou un bénéficiaire de soins de relève d'un établissement de santé	mauvais traitements d'ordre physique, sexuel, mental, affectif ou financier qui peuvent vraisemblablement causer le décès ou qui causent ou peuvent vraisemblablement causer un préjudice physique ou psychologique grave ou des pertes de biens importantes	directives adressées à l'établissement que celui-ci est obligé de suivre; renvoi à un organisme professionnel, lequel est obligé d'enquêter
<i>Nouveau-Brunswick</i>	Loi sur les services à la famille, adoptée en 1980	entre autres, personne âgée (définie comme ayant atteint l'âge de 65 ans) ou personne handicapée	abus physique, sexuel ou cruauté mentale; négligence; auto-négligence	octroi de services sociaux; mise sous régime de protection si la personne présente une incapacité mentale
<i>Nouvelle-Écosse</i>	Adult Protection Act, adopté en 1985	personne âgée d'au moins 16 ans incapable de se défendre ou de prendre soin d'elle-même en raison de déficience mentale ou physique	abus physique, sexuel ou cruauté mentale; négligence	assistance vers les services appropriés; ordonnance judiciaire; référence au Public Trustee
<i>Ontario</i>	Loi sur les maisons de soins infirmiers, disposition adoptée en 1987	personne admise et logée dans une maison de soins infirmiers	préjudice suite à acte illégal ou négligence	
<i>Terre-Neuve</i>	Neglected Adults Welfare Act, adopté en 1973	adulte incapable de prendre soin de lui-même en raison de déficience mentale ou physique	négligence	ordonnance judiciaire
<i>Territoires du Nord-Ouest</i>	Loi sur la tutelle, adoptée en 1994	adulte qui n'est pas en mesure de comprendre les renseignements lui permettant de prendre une décision ou d'en apprécier les conséquences	mauvais traitements physiques ou mentaux; négligence; privation de liberté ou de sécurité	ordonnance portant nomination d'un tuteur temporaire (3 mois maximum et renouvellement de 3 mois)

JURIDICTION	SIGNALEMENT	RÉCEPTEUR DU SIGNALEMENT	SECRET PROFESSIONNEL	SANCTION DE L'INEXÉCUTION DE L'OBLIGATION DE SIGNALEMENT
<i>Alberta</i>	signalement obligatoire signalement facultatif pour le client agence qui reçoit signalement doit signaler à la police si l'acte constitue une infraction criminelle	ministre du Développement communautaire; service de police; personne ou organisme désigné	levée du secret professionnel (sauf pour avocat)	amende n'excédant pas 2 000 \$; peine de prison n'excédant pas 6 mois plainte à ordre professionnel
<i>Colombie-Britannique</i>	signalement facultatif agence qui reçoit signalement doit signaler à la police si l'acte constitue une infraction criminelle	organismes régionaux désignés par règlement	immunité civile	N/A
<i>Île-du-Prince-Édouard</i>	signalement facultatif	personne désignée par le ministre de la Santé et des Services sociaux	immunité civile	N/A
<i>Manitoba</i>	signalement obligatoire signalement facultatif pour le client	ministre désigné par le lieutenant-gouverneur	levée du secret professionnel (sauf pour avocat) immunité civile	amende n'excédant pas 2 000 \$ pour un particulier et 30 000 \$ pour une personne morale
<i>Nouveau-Brunswick</i>	signalement facultatif	ministre de la Santé et des Services communautaires	immunité civile, y compris pour violation du secret professionnel	N/A
<i>Nouvelle-Écosse</i>	signalement obligatoire	ministre des Services communautaires	levée du secret professionnel	amende n'excédant pas 1 000 \$; peine de prison n'excédant pas 1 an; les 2
<i>Ontario</i>	signalement obligatoire	directeur de la maison de soins infirmiers	levée du secret professionnel (sauf pour avocat)	amende n'excédant pas 5 000 \$ pour une première infraction et 10 000 \$ pour chaque infraction subséquente
<i>Terre-Neuve</i>	signalement obligatoire	directeur des adultes négligés	levée du secret professionnel	amende n'excédant pas 200 \$; à défaut de paiement, peine de prison n'excédant pas 2 mois; les 2
<i>Territoires du Nord-Ouest</i>	N/A	N/A	N/A	

ANNEXE II

MÉMOIRES REÇUS DANS LE CADRE DES AUDIENCES PUBLIQUES SUR L'EXPLOITATION DES PERSONNES ÂGÉES

● PERSONNE OU ORGANISME REÇUS EN AUDIENCE

191

- Âge d'Or de St-Fabien
- Association d'aide et défense des aînés
- **Association des Centres d'accueil privés autofinancés**
- **Association des CLSC et des CHSLD du Québec**
- Association des établissements privés conventionnés
- Association des familles soutien des aînés de St-Hubert
- **Association des médecins gériatres du Québec**
- Association des personnes âgées vietnamiennes
- **Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec**
- **Association des résidences pour retraités du Québec**
- Association des retraitées et retraités de l'enseignement du Québec (secteur Lanaudière)
- Association des retraitées et retraités de l'enseignement du Québec
- **Association pour la défense des personnes et des biens sous curatelle publique**
- **Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées de Drummondville**
- **Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées de Québec**
- Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées de Chicoutimi
- Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées de Montréal-Nord
- Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées de Sherbrooke
- Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées Section Montréal
- Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées de Granby
- Association québécoise de gérontologie
- Caldwell Residences
- **CAVAC Longueuil et Centre communautaire des aînés de Longueuil**

- Centre de Santé Témiscaming
- **Chambre des notaires du Québec**
- CHSLD de Hull (La Pieta et Foyer du Bonheur)
- **CHSLD Horace-Boivin**
- CHSLD Montérégie
- CHSLD St. Margaret
- CLSC du Centre de la Mauricie
- CLSC du Havre
- CLSC Hochelaga-Maisonneuve
- CLSC Longueuil-Ouest
- CLSC Seigneurie de Beauharnois
- CLSC-CHSLD de la Vallée du Richelieu
- **Coalition des organismes communautaires pour le maintien dans la communauté (Montréal et alentours)**
- **Comité des résidents du CHSLD du Plateau Mont-Royal**
- **Comité des usagers du Carrefour de la santé et des services sociaux de la Saint-Maurice**
- Comité des usagers du Centre Santé et Services Sociaux Nicolet
- Comité des usagers du CHSLD de la MRC de Champlain
- Comité des usagers du CHSLD Meilleur
- Comité des usagers du CLSC-CHSLD du Ruisseau Papineau
- Comité des usagers Pavillon d'Arvida (Centre hospitalier de Jonquière)
- **Commissaire aux plaintes en matière de santé et services sociaux**
- **Commission des services juridiques**
- **Conseil des Aînés**
- **Conseil pour la protection des malades**
- Corporation des aîné(e)s en action du Cœur du Québec
- **Cummings Jewish Centre for Seniors**
- Dr Mark Yaffe, Centre hospitalier de St. Mary (St. Mary's Hospital Center)
- **Entraide Ahuntsic-Nord**
- Équipe ESPACE, École d'orthophonie et d'audiologie, Faculté de médecine de l'Université de Montréal
- **Fédération de l'Âge d'Or du Québec**
- Fédération de la santé et des services sociaux – CSN
- **Fédération des centres d'action bénévole et Conseil consultatif des aînés et aînées de l'Est-du-Québec**
- Fédération des Clubs de l'Âge d'Or de l'Est du Québec
- Fédération québécoise des centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle
- **Femmes Autochtones du Québec inc.**
- Fondation Gilles Kègle
- **Fondation Lucille Perreault**

- **Groupe prévention intervention (GPI) Orléans**
- **Groupe privilégié d'intervention (GPI) La Source**
- **Institut universitaire de gérontologie sociale du Québec/CLSC René-Cassin**
- **Intervenants de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie**
- **Le Curateur public**
- **Le Protecteur du citoyen**
- **Le Réseau d'ami(e)s de Sherbrooke et des environs**
- Les Aîné(e)s de Jonquière
- **Les petits frères des Pauvres**
- Madame Charmaine Spencer, Gerontology Research Centre, Simon Fraser University (Vancouver)
- **Madame Daphne Nahmiash, directrice du programme de certificat en gérontologie, Faculté des sciences sociales de l'Université Laval**
- **Madame Marie Beaulieu, directrice du programme d'études avancées en éthique de l'Université du Québec à Rimouski**
- **Madame Marietta H. Lubelsky**
- **Madame Michèle Charpentier, Centre de recherche en gériatrie de l'hôpital d'Youville, Sherbrooke**
- Madame Réjeanne Vézina
- Maître Michel Denis
- Monsieur André Stainier, ex-enquêteur-médiateur à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
- Monsieur Claude Robitaille, fils d'une usagère d'une unité de soins prolongés dans un centre hospitalier
- **Monsieur Donald Poirier, professeur à l'École de droit de l'Université de Moncton**
- Monsieur Michel Cantin, président du comité des usagers d'un centre d'hébergement
- **Monsieur Pierre Bohémier, Certificat en violence et société, Faculté de l'éducation permanente de l'Université de Montréal**
- **NDG Senior Citizens' Council Inc.**
- **Office des personnes handicapées du Québec**
- **Ordre des infirmières et infirmiers du Québec**
- **Ordre des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec**
- **Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec**
- **Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Côte-Nord**
- Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie
- Organisation des retraité(e)s de la CSN
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
- **Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord**
- **Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière et Évêché du diocèse de Joliette**
- Regroupement des aidantes et aidants naturels de Montréal

- **Regroupement des CHSLD de la région de Montréal**
- Regroupement des organismes montréalais d'aidants naturels
- Regroupement des syndicalistes à la retraite
- Sécurité publique de la Ville de Baie-Comeau
- Sécurité publique de la Ville de Boucherville
- **Service de police de la Communauté urbaine de Montréal**
- **Service de police de la Ville de Brossard**
- Service de police de la Ville de Québec
- **Société Alzheimer de la Mauricie – Maison Carpe Diem**
- **Société pour la Prévention des Abus envers les Aînés du Québec**
- Sûreté du Québec, Sherbrooke
- Sûreté municipale de Ste-Foy
- **Syndicat professionnel des diététistes du Québec**
- Table d'information – concertation 3^e âge de la MRC Deux-Montagnes
- **Table de concertation « Abus auprès des aînés » du Trois-Rivières métropolitain**
- **Table de concertation « Agir ensemble dans d'Autray pour prévenir et éviter la violence »**
- **Table de concertation contre l'abus-violence envers les aînés de Laval**
- **Table de concertation contre la violence aux personnes âgées de l'Estrie**
- **Table de concertation contre la violence, les abus et la négligence faite aux aînés du Chicoutimi métropolitain, CAVAC et Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées de Jonquière**
- Table de concertation des Aîné(e)s MRC du Val St-François
- Table de concertation sur l'abus, la négligence et la violence envers les personnes âgées du territoire du CLSC des Hautes Marées
- Table des Aîné(e)s de la Ville de La Baie
- Table des personnes âgées du Haut-St-François

