



**Confédération
des syndicats nationaux**

Mémoire présenté par la
Confédération des syndicats nationaux (CSN)

à la Commission des relations avec les citoyens

sur le projet de loi n° 115,
Loi visant à lutter contre la maltraitance envers
les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité

13 janvier 2017

Confédération des syndicats nationaux
1601, avenue De Lorimier
Montréal (Québec) H2K 4M5
Tél. : 514 598-2271
Télec. : 514 598-2052
www.csn.qc.ca

Table des matières

Avant-propos	5
Introduction.....	7
Définition de la maltraitance	9
Formes de maltraitance	11
Prévention, sensibilisation et formation.....	13
Financement public adéquat comme élément de lutte contre la maltraitance	15
Utilisation de caméras de surveillance et autres moyens technologiques.....	19
Levée du secret professionnel	20
Conclusion	21

Avant-propos

La Confédération des syndicats nationaux (CSN) est une organisation syndicale composée de près de 2 000 syndicats et représente plus de 325 000 travailleuses et travailleurs. Ces syndicats sont regroupés sur une base sectorielle, multisectorielle ou professionnelle dans huit fédérations et sont répartis sur une base régionale au sein de treize conseils centraux sur l'ensemble du territoire du Québec et au Canada.

Un nombre important de nos membres, issus de la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS) ainsi que de la Fédération des professionnelles (FP), travaillent auprès de personnes vulnérables, particulièrement auprès de personnes âgées en perte d'autonomie. Dans les faits, nous représentons plus de 120 000 personnes qui travaillent au quotidien dans l'ensemble des différents établissements de santé et de services sociaux du réseau public : centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), et dans ses organisations partenaires : résidences privées pour personnes âgées, ressources intermédiaires (RI), résidences de type familial (RTF), organismes communautaires et d'économie sociale.

D'emblée, la CSN tient à remercier la Commission des relations avec les citoyens pour son accueil dans le cadre des consultations particulières sur le projet de loi n° 115, Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

Pour la CSN, les questions de santé et de services sociaux et celles reliées à la protection et au bien-être des personnes vulnérables sont d'une importance capitale. Depuis longtemps, la CSN milite pour la défense des services publics destinés notamment aux personnes en situation de vulnérabilité dont font partie certaines personnes âgées en perte d'autonomie. En 2009, la CSN adoptait une première plateforme de revendications intitulée *Vieillir dans la dignité* et visait à relancer la mobilisation citoyenne autour de ces questions. La réflexion s'est poursuivie lors du congrès de la CSN en 2011 et s'est concrétisée en 2013, par l'élaboration d'un document *Vision pour un continuum de services globaux et intégrés pour les aînés-es*¹.

La CSN participe également aux différentes consultations et forums gouvernementaux portant sur la question des personnes âgées. Par ses travaux et la mobilisation de ses membres, la CSN veut contribuer à l'amélioration et au renforcement des soins et services publics, tant au niveau de la qualité, que de l'accessibilité pour tous et toutes.

¹ [www.csn.qc.ca/2013-06-05_memoire_aine_csn/].

Introduction

La maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité est un sujet de préoccupation important. D'autant que pour diverses raisons, le nombre de personnes vulnérables augmente d'année en année au Québec, qu'il s'agisse du vieillissement de la population, de l'augmentation de la prévalence de l'autisme², etc. Nous devons donc redoubler d'efforts afin que toutes et tous puissent jouir d'une vie exempte de maltraitance. En ce sens, le projet de loi n° 115 constitue une avancée, même si certains de ses aspects doivent être revus ou bonifiés.

Dans les pages qui suivent, il sera d'abord question de l'importance de bien définir la maltraitance et de tenir compte des différentes formes qu'elle emprunte, qu'elle soit physique, psychologique, sexuelle ou financière. Elle peut également être systémique, lorsqu'elle résulte de décisions et d'actions politiques ou organisationnelles.

Nous traiterons ensuite de l'importance de la prévention en cette matière, c'est-à-dire la sensibilisation, l'information et la formation de la population, des personnes vulnérables ainsi que du personnel soignant.

Il sera par la suite question de l'élément clé pour une véritable lutte contre la maltraitance, c'est-à-dire un financement public adéquat des services de santé et des services sociaux.

Nous terminerons notre mémoire en commentant deux éléments précis dont nous souhaitons le retrait du projet de loi. Il s'agit de la possibilité pour le gouvernement de légiférer par voie réglementaire en matière d'utilisation de caméras de surveillance et de tout autre moyen technologique, ainsi que de la levée du secret professionnel au nom d'un « risque sérieux » et d'un « sentiment d'urgence ».

² Fédération québécoise de l'autisme, [www.autisme.qc.ca/tsa/recherche/le-taux-de-prevalence.html].

Définition de la maltraitance

Il importe de bien définir la maltraitance et de prendre en considération ses différentes formes afin de pouvoir la cibler, l'identifier et surtout, mieux la prévenir. Or, définir la maltraitance n'est pas une tâche simple. Elle prend souvent place dans des situations multiples et complexes où interagissent la personne rendue vulnérable (en raison d'une déficience, d'un handicap, d'une perte d'autonomie, etc.) et une ou plusieurs autres personnes avec lesquelles elle vit souvent un rapport de dépendance, qu'il s'agisse de la famille, d'amis ou du personnel soignant. Notons en outre que des cas d'abus ou d'agressions entre personnes vulnérables sont possibles³.

La définition proposée par le gouvernement québécois dans le cadre du projet de loi n° 115 s'inspire largement de celle adoptée par l'Organisation mondiale de la santé⁴ (OMS) dans le cadre de la Déclaration de Toronto de 2002 « un geste singulier ou répétitif ou un défaut d'action appropriée qui se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance et qui cause du tort ou de la détresse à une personne. » Cette définition nous paraît, à certains égards, trop large. Elle pourrait conduire à une judiciarisation à outrance des rapports entre personnes. Un « défaut d'action appropriée » « qui cause du tort » pourrait viser n'importe quelle erreur bénigne, tout écart de comportement même mineur ou tout désagrément causé à la personne; cela n'est certainement pas souhaitable. D'un autre côté, nous remettons en question l'idée que le geste ou le défaut d'action doive nécessairement se produire « dans une relation où il devrait y avoir de la confiance ». Cet élément subjectif risque de restreindre la protection contre la maltraitance. Nous déplorons, par ailleurs, que l'abus économique ne figure pas dans la définition de la maltraitance.

Cela dit, il nous apparaît nécessaire d'adopter une approche de la maltraitance fondée sur les droits. Au Québec, la Charte des droits et libertés de la personne (CDLP) reconnaît à toute personne des droits et libertés qui ont un caractère fondamental. Les situations de maltraitance présentent généralement une violation à l'un ou l'autre de ces droits, notamment le droit à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne⁵, le droit à la sauvegarde de sa dignité⁶, le droit au respect de sa vie privée⁷ et le droit à la jouissance paisible et la libre disposition de ses biens⁸. Certains cas de maltraitance pourraient même

³ « Les situations dénoncées d'agressions entre résidents font ressortir un problème de mixité de clientèle, jumelé à une organisation des soins et services déficiente, un autre des constats mis en évidence dans les rapports annuels du Protecteur du citoyen depuis 2008-2009. Le problème perdure et s'accroît en raison du rehaussement des critères d'admissibilité et du nombre croissant de résidents souffrant de démence associée à de l'agressivité et à de la violence », Mémoire du Protecteur du citoyen, *Les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD*, 17 février 2014, p. 16.

⁴ *Déclaration de Toronto sur la prévention globale des mauvais traitements envers les aînés*, OMS, 2002. En 2016, dans son Rapport mondial sur le vieillissement et la santé, l'OMS optait pour cette définition de la maltraitance : « un acte unique ou répété, ou l'absence d'agissement approprié, survenant dans une relation au sein de laquelle un sentiment de confiance est attendu, ce qui est source de préjudice ou de détresse pour la personne âgée », p. 84, [www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr/].

⁵ Charte des droits et liberté de la personne, RLRQ, c. C-12, article 1.

⁶ *Ibid.*, article 4.

⁷ *Ibid.*, article 5.

⁸ *Ibid.*, article 6.

porter atteinte au droit à la vie⁹. À ces droits et libertés s'ajoute une protection spécifique aux personnes âgées et aux personnes handicapées. La CDLP leur confère le droit d'être protégées contre toute exploitation¹⁰. Cette protection nécessite la présence de trois conditions : la personne doit être vulnérable, il doit y avoir une mise à profit de sa vulnérabilité par une autre personne qui détient sur elle un pouvoir et il doit en résulter un effet nocif sur la personne vulnérable¹¹.

Rappelons que les droits et libertés consacrés par la CDLP doivent être lus à la lumière des grands principes de droit international, notamment ceux de la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH). Cette dernière reconnaît notamment à son article 25, le droit de toute personne à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé et son bien-être, dont les soins médicaux ainsi que les services sociaux nécessaires. Elle a également droit à la sécurité en cas d'invalidité ou de vieillesse.

En 1991, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté *Les Principes des Nations Unies pour les personnes âgées*¹². Ils prévoient notamment : le droit des personnes âgées de pouvoir vivre à domicile le plus longtemps possible (n° 6); d'avoir accès à des services sociaux capables de renforcer leur capacité d'autonomie (n° 12); de pouvoir jouir des droits humains et des libertés fondamentales lorsqu'elles sont en résidence dans un foyer ou dans un établissement de soins (n° 14) et d'avoir la possibilité de vivre dans la dignité et la sécurité sans être exploitées ni soumises à des sévices physiques et mentaux (n° 17).

Mentionnons également qu'en 2010, le Canada a ratifié la *Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées*. Cette dernière prévoit explicitement le droit des personnes handicapées de ne pas être soumises à l'exploitation, à la violence et à la maltraitance¹³.

Aussi, afin de bonifier la définition proposée de « maltraitance », il serait pertinent d'y introduire la notion d'atteinte aux libertés et droits fondamentaux, car comme le note M^e Claire Bernard de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) « les comportements abusifs à l'endroit d'une personne âgée portent le plus souvent atteinte à ses droits fondamentaux¹⁴. »

⁹ Charte des droits et liberté de la personne, RLRQ, c. C-12, article 1.

¹⁰ *Ibid.*, article 48.

¹¹ Commission des droits de la personne et de la jeunesse, Rapport de consultations et recommandations *L'exploitation des personnes âgées, vers un filet de protection resserré*, octobre 2001, p. 7 et 8. [www.cdpdj.qc.ca/Publications/exploitation_age_rapport.pdf].

¹² Nations Unies, Résolution 46/91, le 16 décembre 1991.

¹³ Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, article 16. [www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413].

¹⁴ M^e Claire Bernard, *Le droit des personnes âgées d'être protégées contre l'exploitation : nature et portée de l'article 48 de la Charte des droits et libertés de la personne*, communication présentée le 3 novembre 2005 au Colloque 2005 de la Chaire du notariat de l'Université de Montréal : « L'exploitation des aînés : problématique et pistes de solutions » p. 1.

C'est aussi en ce sens que le Conseil de l'Europe a défini l'abus :

« Tout acte, ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une personne vulnérable, y compris les relations sexuelles ou les opérations financières auxquelles elle ne consent ou ne peut consentir valablement, ou qui visent délibérément à l'exploiter¹⁵. »

Formes de maltraitance

Dans le cadre du projet de loi n° 115, il est impératif que le gouvernement reconnaisse et s'attaque à toutes les formes que peut prendre la maltraitance. Mentionnons d'emblée qu'elle peut être physique, psychologique, sexuelle, financière ou systémique.

Il serait faux de croire que la maltraitance des personnes vulnérables relève uniquement de comportements individuels. Elle est souvent systémique. Elle revêt un tel caractère lorsqu'elle est le fruit d'un système, lorsqu'elle est induite par des pratiques et des décisions politiques ou organisationnelles. La maltraitance dite « systémique » n'est malheureusement pas un phénomène nouveau au Québec et c'est souvent de cette maltraitance systémique que découlent les abus, la violence et la maltraitance individuelle. À titre d'exemple, mentionnons les coupes budgétaires dans le réseau de la santé et des services sociaux, qui entraînent un manque de personnel et une augmentation de la charge de travail du personnel bien peu propice à l'humanisation des soins. De plus, la surcharge de travail des professionnels dans les secteurs des CHSLD et du soutien à domicile rend excessivement difficile le travail de prévention et de dépistage des situations d'abus. Comme l'explique le Protecteur du citoyen :

« Les enquêtes du Protecteur du citoyen révèlent que le plan de travail quotidien des préposés [en CHSLD] laisse peu de marge de manœuvre pour véritablement respecter ces conditions, pourtant nécessaires à une réponse adéquate aux besoins. Ces préposés expriment être conscients et souvent déçus de ne pouvoir accorder plus de temps à chacun des résidents, pour ainsi maximiser la relation de confiance. La pression imposée au personnel dans l'exécution de sa tâche ne favorise pas un respect du rythme plus lent de résidents en lourde perte d'autonomie¹⁶. »

Le manque de personnel et de ressources a donc de sérieuses conséquences sur les soins et services donnés aux personnes en situation de vulnérabilité. Cela se répercute aussi sur les travailleurs, puisque leurs conditions de travail en sont affectées négativement (obligation de faire des heures supplémentaires, de travailler plus rapidement, voire à la chaîne, de s'occuper d'un trop grand nombre de résidents, etc.). Dans ce contexte, l'annonce d'un investissement de 65 millions dans les CHSLD¹⁷, paraît insuffisante, considérant l'ampleur des besoins. Citons, à titre d'exemple, un extrait du dernier rapport du Protecteur du citoyen

¹⁵ Conseil de l'Europe, Comité de travail sur la violence, la maltraitance et les abus à l'égard des personnes handicapées, Rapport portant sur *La protection des adultes et enfants handicapés contre les abus*, 30 janvier 2002.

¹⁶ Mémoire du Protecteur du citoyen présenté à la Commission de la santé et des services sociaux, « Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée » mandat d'initiative, Québec, le 17 février 2014, p. 22.

¹⁷ [www.journaldemontreal.com/2016/11/18/65-millions--de-plus-dans-les-chsld].

illustrant les conditions de vie rendues parfois difficiles en CHSLD en raison de la maltraitance systémique :

« Chaque année, des personnes dénoncent auprès du Protecteur du citoyen des situations où des résidents en centre d'hébergement sont négligés sur le plan des soins et parfois même maltraités par le personnel. Les plaintes signalent notamment de longs délais de réponse aux demandes d'assistance aux besoins d'élimination, un niveau d'aide insuffisant pour l'alimentation et les soins d'hygiène, un manque d'employés et un roulement de personnel déstabilisant ainsi qu'un milieu de vie non stimulant. [Pis encore], au fil de ses enquêtes, le Protecteur du citoyen a constaté que les problèmes que vivent les résidents sont parfois connus des autorités. Dans certains cas précis, des pratiques de gestion et de supervision déficientes et inadéquates font perdurer des situations inacceptables. En agissant de la sorte, par manque d'écoute et de soutien, les gestionnaires abdiquent leurs responsabilités à l'égard du bien-être des résidents¹⁸. »

Ces situations inacceptables que décrit le Protecteur du citoyen sont en bonne partie la résultante de problèmes systémiques, mais elles n'en constituent pas moins des formes de maltraitance auxquelles il faut s'attaquer.

De son côté, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) souligne :

« Il faut reconnaître que les difficultés inhérentes aux organisations de soins dans certains établissements engendrent des conditions d'exercice difficiles. Les soignants sont en effet confrontés à de nombreuses contraintes sur lesquelles il faut impérativement agir. Les horaires sont serrés, les ressources manquent souvent, la continuité des soins est laborieuse, le personnel est parfois insuffisant ou pas suffisamment formé et les locaux souvent mal adaptés. Ces conditions sont favorables à la maltraitance systémique. Le soignant à lui seul ne peut corriger ces failles. Il est du devoir des dirigeants du système de santé de mettre en place des conditions qui permettent de prendre soin avec bienveillance¹⁹. »

La nécessité de cibler la maltraitance organisationnelle est donc bien réelle, et, comme l'exprime une équipe de chercheurs québécois :

« La définition de la maltraitance de l'OMS mériterait d'être bonifiée pour y inclure spécifiquement et nommément des aspects plus systémiques et organisationnels. De plus, que ce soit dans le cadre d'une loi ou pour bonifier des mécanismes existants, la maltraitance doit être déclinée en une série d'indicateurs qui vont permettre de l'opérationnaliser²⁰. »

Nous souscrivons à cette approche.

¹⁸ Rapport annuel du Protecteur du citoyen, 2015-2016, p. 101, [www.myvirtualpaper.com/doc/protecteur-du-citoyen/rapport-annuel-2016/2016091901/#0].

¹⁹ Synthèse des prises de position de l'OIIQ 2013-2016, Consultation du Secrétariat aux aînés du ministère de la Famille, Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022, mai 2016, p. 3, [www.oiiq.org/sites/default/files/3464-aines-plan-action-gouv-maltraitance.pdf].

²⁰ Beaulieu, Manseau-Young, Pelletier, Spencer, *La maltraitance envers les personnes âgées en milieu d'hébergement*, État de situation sur sa prise en charge et mise en perspective d'une approche visant le signalement obligatoire, janvier 2015, Sommaire exécutif, p. 16. [www.maltraitancedesaines.com/images/Sommaire-Executif_final_4mai2016.pdf].

Par ailleurs, il importe de tenir compte du genre dans la lutte contre la maltraitance. En effet, dans le cadre de la consultation sur le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*, le Conseil du statut de la femme (CSF) rappelle avec justesse que :

« La maltraitance englobe différentes formes de violence et il est bien documenté que la violence constitue un phénomène fortement marqué par le genre. [...] référer à la maltraitance de façon globale a pour effet d'invisibiliser le fait que certains types de violence sont subis principalement par les femmes. [...] Au-delà des enjeux entourant la prévalence des différents types de maltraitance chez un sexe ou l'autre, [il] est crucial de tenir compte des différences entre les femmes et les hommes pour réfléchir à la manière de prévenir la maltraitance et d'y répondre²¹. »

Prévention, sensibilisation et formation

La CSN se réjouit que le projet de loi n° 115 prévoie l'adoption par les établissements d'une politique visant notamment à prévenir la maltraitance par des activités de sensibilisation, d'information ou de formation (article 3). Nous ne saurions trop insister sur ce point; les activités de prévention sont essentielles pour enrayer la maltraitance et valoriser la bientraitance des personnes vulnérables. La CDPDJ note d'ailleurs que « l'intervention préventive des abus est nécessaire, car sa portée est beaucoup plus grande que celle de l'intervention correctrice, par ailleurs essentielle²². »

La préparation de la société aux défis du vieillissement s'impose depuis déjà un bon moment. De la même manière, la société tout entière doit être sensibilisée et informée quant au respect des droits des personnes vivant avec un handicap, qu'il s'agisse d'une déficience physique, intellectuelle, de troubles cognitifs ou d'un trouble du spectre de l'autisme. Il faut également informer les personnes en situation de vulnérabilité, leurs proches et le personnel soignant, de ce qu'est la maltraitance et des moyens disponibles pour y mettre fin. Cela permettra de déceler précocement les manifestations d'abus, évitant ainsi que la maltraitance ne perdure dans le temps et ne cause un préjudice encore plus grand à la personne.

La formation du personnel œuvrant auprès de personnes en état de vulnérabilité est également essentielle dans la lutte contre la maltraitance. Une bonne formation initiale pour les professionnels de ce domaine est nécessaire tout comme la formation continue en cours d'emploi pour tous les employés. Il est essentiel d'assurer la mise à jour des connaissances et des compétences relatives à des sujets spécifiques (soins palliatifs, soins psychiatriques, troubles cognitifs, etc.) compte tenu des besoins qui se diversifient et se complexifient²³.

²¹ [www.csf.gouv.qc.ca/article/2016/05/10/plan-daction-gouvernemental-pour-contrer-la-maltraitance-envers-les-personnes-ainees-2017-2022-lettre-au-sous-ministre-adjoint-aux-aines/].

²² Commission des droits de la personne et de la jeunesse, Rapport de consultations et recommandations *L'exploitation des personnes âgées, vers un filet de protection resserré*, octobre 2001, p. 128. [www.cdpedj.qc.ca/Publications/exploitation_age_rapport.pdf].

²³ Nous constatons depuis la fusion des établissements en lien avec la loi n° 10 un transfert de clientèle ayant des besoins spécifiques vers d'autres centres où les salarié-es ne possèdent pas la formation nécessaire pour répondre aux besoins spécifiques. De plus, cette mixité de clientèle présente parfois un risque pour la clientèle hébergée en CHSLD.

Il importe aussi de sensibiliser le personnel soignant aux besoins de groupes particuliers. À cet égard, la CDPDJ indique que :

« La formation du personnel devrait comporter, dans les cas pertinents, un volet portant sur les besoins spécifiques des personnes issues de communautés autochtones ou des communautés ethnoculturelles. Ces formations devraient être élaborées en s'assurant de la collaboration étroite et constante de ressources provenant de ces milieux. »

Les besoins des minorités sexuelles doivent aussi être pris en compte. Les établissements de santé doivent afficher une réelle ouverture à la diversité sexuelle et instaurer un climat de confiance et de dialogue propices à l'expression des besoins des personnes trans (LGBT)²⁴.

La CDPDJ préconise aussi une formation spécifique en gérontologie pour les personnes appelées à travailler auprès des personnes âgées en perte d'autonomie²⁵. Le même raisonnement vaut pour les travailleuses et travailleurs œuvrant auprès des personnes vivant avec une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme.

À l'instar de la CDPDJ, nous croyons que « la formation continue des intervenants, à quelque niveau que ce soit, fait de ces derniers des agents de prévention des abus²⁶. »

C'est notamment dans cette optique de prévention que la CSN réclame depuis longtemps que les soins et services à domicile, aussi appelés aide à la vie quotidienne (AVQ), soient donnés exclusivement par des auxiliaires santé et services sociaux (ASSS) plutôt que par des préposé-es d'aide à domicile (PAD) relevant de l'entreprise privée ou des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD). Le travail de l'ASSS s'inscrit dans une approche de soutien à l'autonomie et de maintien à domicile²⁷. De plus, le personnel du réseau public de santé travaille en équipe multidisciplinaire. Les ASSS facilitent ainsi la communication et la transmission de l'information entre les membres de l'équipe, ce qui facilite le dépistage et l'action concertée en matière de prévention à la maltraitance. En conséquence, la CSN réitère que dans le respect du consensus du Sommet de 1996 sur l'économie et l'emploi, le gouvernement doit s'assurer que les EÉSAD ne sont pas en concurrence avec le système public en matière de soutien à domicile. Quant à l'entreprise privée, elle n'a pas sa place dans ce secteur.

²⁴ Notamment par l'implantation de la Charte de bientraitance des personnes âgées homosexuelles dans les établissements. Élaborée par la Fondation Émergence, cette charte vise à sensibiliser et à informer les personnes à l'œuvre auprès des aînés relativement aux réalités des aînés homosexuels et transsexuels.

²⁵ Commission des droits de la personne et de la jeunesse, Rapport de consultations et recommandations *L'exploitation des personnes âgées, vers un filet de protection resserré*, octobre 2001, p. 27 et suivantes. [www.cdpdj.qc.ca/Publications/exploitation_age_rapport.pdf].

²⁶ *Ibid.*, p. 27 et 28, [www.cdpdj.qc.ca/Publications/exploitation_age_rapport.pdf].

²⁷ L'ASSS peut également être appelée à travailler dans une résidence, un foyer de groupe ou milieu de même nature.

Financement public adéquat comme élément de lutte contre la maltraitance

Nous le savons tous, l'argent est la plupart du temps le nerf de la guerre. En ce sens, la volonté et l'engagement du gouvernement de lutter contre la maltraitance doivent être accompagnés d'un réinvestissement dans les services de santé et de services sociaux, et ce, à la hauteur des besoins de la population. Autrement, le projet de loi n° 115 ne sera qu'un vœu pieux. Dans les lignes qui suivent, nous démontrerons la nécessité et l'urgence d'un financement public adéquat pour soutenir les personnes vulnérables, que ce soit pour une mise en œuvre réussie de la politique de lutte contre la maltraitance, un élargissement du rôle du commissaire local aux plaintes, un réel soutien à domicile, un meilleur accès à l'hébergement public et aux programmes spécialisés.

Politique de lutte contre la maltraitance

De manière réaliste, les établissements devront disposer de ressources additionnelles pour l'adoption et la mise en œuvre de leur politique de lutte contre la maltraitance, et ce, d'autant plus qu'ils doivent agir préventivement par des activités de sensibilisation, d'information ou de formation (article 3, alinéa 2). Ils doivent également assurer le soutien aux personnes désirant formuler une plainte ou effectuer un signalement (article 3, alinéa 5). Le projet de loi n° 115 exige, par ailleurs, la révision de la politique au plus tard tous les cinq ans (article 7).

Par souci de cohérence et d'économie des ressources, la CSN préconise une démarche standardisée. Au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'heure est d'ailleurs aux « meilleures pratiques », notamment dans les CHSLD²⁸. Il ne nous paraît pas efficient que chaque établissement ait une politique distincte de lutte contre la maltraitance, qui comporte des mesures de prévention, des modalités d'application, des mesures de soutien ainsi que des sanctions différentes. La politique devrait être la même partout. Toutes les personnes vulnérables au Québec ont droit à la même protection et aux mêmes mesures de soutien. Nous considérons donc que l'adoption d'une seule politique demeure le meilleur gage d'égalité devant la maltraitance. Cela dit, rien n'empêche que les établissements puissent apporter des modifications locales à la politique, en fonction de leur réalité propre²⁹.

²⁸ MSSS, [www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-chsld/].

²⁹ Comme le souligne Beaulieu et al. (note 17) « plutôt que de leur demander [aux établissements] de se doter d'une politique originale, il importe de leur fournir un modèle adaptable à leur établissement » p. 20.

Élargissement du rôle du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Nous accueillons favorablement le fait que le projet de loi n° 115 octroie aux commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services, la responsabilité de traiter les plaintes et les signalements effectués dans le cadre de la politique. Cela étant, un nombre accru de plaintes est à prévoir. Nous croyons que des ressources additionnelles devraient être dégagées afin de garantir un traitement efficace de celles-ci dans un délai raisonnable.

Par ailleurs, nous saluons le fait que les articles 11 et 12 du projet de loi interdisent les représailles et accordent l'immunité de poursuite à une personne qui de bonne foi fait un signalement ou collabore à une enquête. La protection est toutefois insuffisante, car elle ne vaut que si le signalement a lieu « dans le cadre de la politique ». Or, un signalement peut intervenir autrement que dans le cadre de la politique et rien ne justifie d'écarter la protection légale pour ce motif. De plus, la protection doit s'étendre à la dénonciation des cas de maltraitance systémique. Or, la révélation de ce type d'abus est souvent le fait des médias d'information. La personne qui est à la source d'une telle information journalistique doit pouvoir bénéficier de la protection de la loi et de l'immunité, dans la mesure bien sûr où elle est de bonne foi.

Soutien à domicile

Selon le dernier rapport annuel du Protecteur du citoyen, la population de personnes âgées s'accroît annuellement de plus de 3 % au Québec, depuis 10 ans. Or, le nombre de personnes âgées qui reçoivent des services de soutien à domicile se situe sous le seuil de 2 %³⁰. Nous pouvons donc en déduire qu'une majorité de personnes vulnérables sont laissées pour compte, alors que leur condition requiert une aide de soutien à domicile. Le Protecteur du citoyen a d'ailleurs constaté que « de nombreux usagers font les frais d'une interprétation de plus en plus restreinte, voire d'une mésinterprétation, de la Politique de soutien à domicile³¹. » Rappelons que cette dernière date de 2003 et qu'elle n'a jamais été mise à jour depuis, malgré les demandes de nombreux groupes et organisations, dont la CSN. Toujours selon le Protecteur du citoyen :

« Les établissements aux prises avec une demande croissante de services et des ressources limitées établissent des scénarios d'aide bien en deçà des besoins réels et déterminent de nouveaux critères d'exclusion qui sont contraires à la Politique de soutien à domicile ».

Cette année encore, le Protecteur du citoyen déplore à nouveau « l'action insuffisante des autorités publiques en matière de soutien à domicile et appelle, de façon pressante, à une prestation de services qui réponde davantage aux besoins ». Pour ce faire, un investissement financier à la hausse est incontournable.

³⁰ Rapport annuel du Protecteur du citoyen, 2015-2016, p. 92, [www.myvirtualpaper.com/doc/protecteur-du-citoyen/rapport-annuel-2016/2016091901/#0].

³¹ *Ibid.*, p. 96, [www.myvirtualpaper.com/doc/protecteur-du-citoyen/rapport-annuel-2016/2016091901/#0].

Rappelons que le manque de soutien à domicile entraîne l'épuisement et la détresse des proches aidants qui, dans la majorité des cas, sont des femmes. Le Protecteur du citoyen note à raison que ces dernières sont souvent traitées davantage comme des aidantes que comme des proches. Les coûts économiques, sociaux, physiques et psychologiques encourus par le proche aidant sont d'ailleurs bien documentés par la recherche :

« L'engagement soutenu [des proches aidantes] peut entraîner une réduction significative de leur revenu à vie, sans compter qu'elles sont nombreuses à connaître le stress, l'isolement social et la culpabilité. Or, ce prix personnel qu'elles doivent payer menace leur sécurité économique, leur santé et leur bien-être³². »

Pour la CSN, les besoins des proches aidantes doivent être évalués au même titre que ceux de la personne qu'elles accompagnent, et des services spécifiques doivent être déployés avec les organismes partenaires (répit, groupe de soutien, formation, etc.) pour améliorer et assurer leur qualité de vie.

En plus des bienfaits démontrés sur la qualité de vie de la personne qui reçoit des services de soutien à domicile et de sa proche aidante, il en coûte beaucoup moins cher au gouvernement d'investir dans le soutien à domicile que dans l'hébergement en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)³³. De plus, il est important de calculer les bénéfices sociaux de l'investissement dans les soins à domicile. À titre d'exemple, les services d'ergothérapie pour adapter le domicile réduisent les risques de chutes, donc d'hospitalisation. Des services psychosociaux en temps opportun pour des proches aidants permettront d'éviter, par ailleurs, le placement d'une personne âgée en CHSLD.

Le gouvernement se doit donc d'ajuster le financement des services de soutien à domicile, à la hauteur des besoins. Cela garantira le respect des droits fondamentaux des personnes vulnérables handicapées ou âgées, améliorera leur qualité de vie ainsi que celle de leurs proches aidantes, et retardera leur séjour en CHSLD, tout en limitant les risques de maltraitance. Les soins à domicile permettent aussi de briser l'isolement de la personne âgée et de favoriser le repérage des situations d'abus.

Accès à l'hébergement public

On dénombre 3866 personnes âgées en lourde perte d'autonomie qui attendent une place en CHSLD³⁴. De ces personnes, 51 % vivent actuellement dans leur domicile, avec tout ce que cela implique comme responsabilités et contraintes pour leurs proches. D'autres sont à l'hôpital en attente d'une place en CHSLD; il va de soi que les conditions de vie en centre hospitalier ne sont nullement adaptées à leur situation. D'autres enfin doivent accepter un hébergement provisoire dans une ressource éventuellement inadaptée et où ils seront éloignés de leurs proches. C'est le droit d'accès à des soins adéquats dans le réseau public

³² Janice Keefe, *Supporting Caregivers and Caregiving in an Aging Canada*, IRPP study, 23 novembre 2011, p. 2, [irpp.org/fr/research-studies/study-no23/].

³³ Rapport annuel du Protecteur du citoyen. 2015-2016, p. 94, [www.myvirtualpaper.com/doc/protecteur-du-citoyen/rapport-annuel-2016/2016091901/#0].

³⁴ Données de la liste d'attente pour une place en CHSLD, Ministère de la Santé et des Services sociaux, [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001637/].

qui se trouve ainsi dénié « des délais d'attente démesurément longs, de la rigidité dans l'application des critères d'admission et le recours systématique à l'hébergement transitoire comme première étape limitent en effet l'accessibilité au régime public³⁵. »

Le récent rapport de la Commission de la santé et des services sociaux sur les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD³⁶ confirme, par ailleurs, l'hétérogénéité des profils des personnes hébergées ainsi que leurs besoins complexes et croissants, alors qu'elles présentent une lourde perte d'autonomie dès leur arrivée au centre d'hébergement.

Il est donc impératif d'améliorer substantiellement l'accès et les conditions d'hébergement en CHSLD de manière à répondre véritablement aux besoins. Il en va de la bientraitance de nos aînés.

Accès aux programmes spécialisés et de réadaptation

En 2015, avec l'adoption du projet de loi no 10 sous le bâillon³⁷, la CSN était de ceux qui craignaient une diminution de services ainsi que des incidences négatives sur l'accessibilité aux soins résultant de la centralisation des structures et de l'intégration des politiques régionales³⁸. De son côté, le Protecteur du citoyen craignait un nivellement vers le bas par l'application de la moins généreuse des offres locales de services à l'échelle régionale. Un an plus tard :

« Cela se vérifie particulièrement dans la façon d'appliquer les critères d'admission aux programmes destinés aux personnes présentant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. [...] la majorité des établissements privilégient désormais une interprétation restrictive des normes d'admission, réduisant ainsi l'accès à un plus grand nombre d'usagers. [Ils] doivent attendre des années avant d'accéder à des services qui leur sont nécessaires, comme des services spécialisés de réadaptation. De plus, quand ils y ont enfin droit, les services ne leur sont pas toujours rendus selon l'intensité requise³⁹. »

Le gouvernement fait un bien mauvais calcul en faisant des économies de bouts de chandelle dans les soins et services aux personnes vulnérables. Ces choix politiques ont de graves incidences non seulement sur les personnes concernées et leurs proches, mais sur toute la société. Selon nous, pour compenser les incidences négatives de l'hyper-centralisation, le gouvernement doit financer à la hauteur des besoins, les programmes spécialisés et de réadaptation pour les personnes vivant avec une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme.

³⁵ Mémoire du Protecteur du citoyen, *Les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD*, 17 février 2014, p. 9.

³⁶ Commission de la santé et des services sociaux, *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, Observations, Conclusions et Recommandations, juin 2016, p. 2 et 3.

³⁷ Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

³⁸ Mémoire de la CSN présenté à la Commission de la santé et des services sociaux, dans le cadre de la consultation sur le projet de loi n° 10, [www.csn.qc.ca/2014_memoire_projet_de_loi_10/].

³⁹ Rapport annuel du Protecteur du citoyen, 2015-2016, p. 107.
[www.myvirtualpaper.com/doc/protecteur-du-citoyen/rapport-annuel-2016/2016091901/#0].

Utilisation de caméras de surveillance et autres moyens technologiques

La CSN est d'avis qu'il n'est pas opportun, dans le cadre du projet de loi n° 115, que le gouvernement légifère sur l'utilisation de caméras de surveillance et autres moyens technologiques. Rappelons que la Commission d'accès à l'information du Québec (CAI) a déjà fait des travaux et des consultations sur la vidéosurveillance avec enregistrement dans les lieux publics par les organismes publics. Les établissements de santé et de services sociaux publics (dont font notamment partie les CHSLD et les CR⁴⁰) et les établissements privés qui fonctionnent en ayant recours à des sommes d'argent provenant du fonds consolidé du revenu sont des organismes publics au sens de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels⁴¹. Dans une large mesure, les règles édictées par la CAI⁴² s'appliquent donc. Mentionnons toutefois que les chambres d'hôpital et les bureaux de travail des employé-es sont exclus du champ d'application des règles établies par la CAI, puisque ces endroits ne sont pas des espaces collectifs généralement accessibles au public⁴³.

Par ailleurs, la jurisprudence a établi des balises juridiques claires quant à l'utilisation de caméras de surveillance dans les chambres de résidents en CHSLD ou en résidences privées pour personnes âgées. L'utilisation de telles caméras est assujettie au respect des articles 4, 5 et 46 de la Charte des droits et libertés de la personne, qui édictent notamment le droit de toute personne à des conditions de travail justes et raisonnables, le droit à la dignité et à la vie privée, et ce, même si la caméra ne surveille qu'indirectement le travail des salariés ou si la surveillance est minime. En rendant sa décision dans l'affaire *Vigi Santé*, l'arbitre de griefs a confirmé un courant jurisprudentiel bien établi⁴⁴. Cette décision arbitrale a d'ailleurs été maintenue par un jugement de la Cour supérieure⁴⁵.

Si le gouvernement décidait malgré tout de légiférer sur cette question, il va de soi qu'il devrait respecter la Charte des droits et libertés et les balises fixées par la jurisprudence.

⁴⁰ Centres de réadaptation dont la mission est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes présentant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme notamment.

⁴¹ Voir article 7 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, chapitre S-4.2.

⁴² Commission d'accès à l'information, *Les règles d'utilisation de la vidéosurveillance avec enregistrement dans les lieux publics par les organismes publics*, juin 2004.
[www.cai.gouv.qc.ca/documents/CAI_G_regles_videosurveillance.pdf].

⁴³ *Ibid.*, p. 2.

⁴⁴ *Vifan Canada Inc. et Syndicat des travailleuses et travailleurs de Vifan Canada Inc.* (CSN), DTE2007T698.

⁴⁵ *Vigi Santé ltée c. Barrette* 2015 QCCS 3564, par. 52 et 60 à 63. Le juge note : « L'Arbitre en arrive à la conclusion qu'en présence d'une surveillance électronique sur les lieux de travail, l'analyse des motifs justifiant une telle surveillance est capitale dans la détermination des droits des parties », et que c'est à l'Employeur de démontrer qu'il était, dans les circonstances, justifié de permettre l'installation d'une caméra ou de moyens de surveillance électronique de ses salariés », parag. 46,
[www.canlii.org/fr/qc/qccs/doc/2015/2015qccs3564/2015qccs3564.html?searchUrlHash=AAAAAQAO MjAxNSBRQONTIDM1NjQAAAAAAQ&resultIndex]. Une requête pour permission d'en appeler, déposée par l'employeur, a été acceptée par la Cour d'appel en décembre 2015 (2015QCCA 2045). Cela dit, au moment d'écrire le présent mémoire, aucun jugement de cette cour n'a encore été rendu et la décision arbitrale s'applique toujours.

Levée du secret professionnel

La CSN est préoccupée par les modifications que le gouvernement veut apporter à nombre de lois⁴⁶, dont le Code des professions, la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Loi sur la protection de la jeunesse et la Loi sur le Barreau, pour faciliter la levée du secret professionnel. Un professionnel pourrait désormais au nom d'un « risque sérieux » et d'un « sentiment d'urgence », communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel. Actuellement, la communication d'un tel renseignement exige la présence d'un « danger imminent ».

C'est en 2001⁴⁷ que l'article 60.4 du Code des professions, de même que d'autres législations, a été modifié pour permettre la divulgation d'informations confidentielles en cas de danger imminent de mort ou de blessures graves. Ces amendements faisaient suite à un jugement de la Cour suprême⁴⁸ qui permettait exceptionnellement de passer outre au secret professionnel de l'avocat dans un contexte mettant en cause la sécurité publique. Le secret professionnel étant d'une importance capitale au plan social, la Cour avait assujéti sa levée à des conditions strictes : « (1) Une personne ou un groupe de personnes identifiable sont-elles clairement exposées à un danger? (2) Risquent-elles d'être gravement blessées ou d'être tuées? (3) Le danger est-il imminent? ». C'est ce test que codifie l'article 60.4 du Code des professions de même que les autres lois amendées à l'époque.

Le projet de loi n° 115 vient aujourd'hui substituer au « danger imminent » de mort ou de blessures graves la notion de « risque sérieux » qui nous apparaît nettement moins contraignante même avec la précision que la menace doit inspirer un « sentiment d'urgence ». Qui plus est, la loi précise que « blessures graves » s'entend de « toute blessure physique ou psychologique qui nuit de manière importante à l'intégrité physique, à la santé ou au bien-être d'une personne ou d'un groupe de personnes identifiable ».

Ce faisant, on s'écarte nettement du test rigoureux de l'atteinte à la sécurité publique, ce qui n'est pas souhaitable. Comme le note la Cour suprême, le secret professionnel de l'avocat doit être « jalousement protégé et ne doit être levé que dans les circonstances les plus exceptionnelles⁴⁹. » Cela vaut tout autant pour l'ensemble des professionnels qui sont tenus au respect de la confidentialité, notamment en santé⁵⁰.

La CSN estime que les modifications législatives proposées pavent la voie à une banalisation dangereuse de la levée du secret professionnel et dépassent largement le cadre du débat sur la maltraitance. Il convient, selon nous, d'étudier la question avec les ordres professionnels avant de procéder à toute modification.

⁴⁶ Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, Loi sur l'administration fiscale, Loi sur le notariat, Loi sur les normes du travail, Loi concernant le partage de certains renseignements de santé, Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Autochtones.

⁴⁷ Loi modifiant diverses dispositions législatives eu égard à la divulgation de renseignements confidentiels en vue d'assurer la protection des personnes, L.R.Q. 2001, c. 78, article 5.

⁴⁸ Smith c. Jones, [1999] 1 RCS 455.

⁴⁹ Alberta (Information and Privacy Commissioner) c. University of Calgary, 2016 CSC 53.

⁵⁰ *Report of the Commission of Inquiry into the Confidentiality of Health Information* (la commission Krever), 1980, « Il n'est pas déraisonnable de présumer que ceux qui ont besoin de soins pourraient, dans certaines circonstances, être dissuadés de chercher à les obtenir s'ils croient que les médecins, les employés d'hôpitaux et les autres dispensateurs de soins de santé sont tenus de divulguer à la police des renseignements confidentiels sur leur santé », cité dans R. c. Dyment, [1988] 2 RCS 417, parag. 29.

Conclusion

Dans l'ensemble, la CSN accueille favorablement le projet de loi n° 115. La problématique de maltraitance des personnes vulnérables doit être enrayée. Elle prend place dans des contextes multiples et emprunte diverses formes, mais comporte généralement une violation de droits; d'où l'importance d'adopter une définition qui fait état de l'atteinte aux libertés et aux droits fondamentaux qu'elle engendre. La définition doit aussi inclure les atteintes résultant de la maltraitance systémique. Cela est particulièrement essentiel dans un contexte de compressions budgétaires qui amenuisent les ressources humaines et matérielles du système de santé et de services sociaux.

Ce n'est pas de gaité de cœur, mais en raison d'un manque de temps et de ressources que le personnel œuvrant auprès des aînés et des personnes handicapées en soit parfois réduit à différer l'heure du repas ou de la toilette. Les pratiques d'optimisation du travail adoptées par les établissements et visant le minutage du temps de travail (comme la méthode Lean ou la méthode Toyota) ont d'ailleurs participé à une déshumanisation regrettable des soins.

La privation de soins et de services aux personnes vulnérables relève, dans bien des cas, d'une maltraitance systémique plutôt qu'individuelle. Sachant cela, le gouvernement peut et doit investir davantage dans le système de santé et de services sociaux, afin de répondre adéquatement aux besoins. Des ressources doivent aussi être consacrées à la prévention et à la formation du personnel.

En terminant, le Québec doit aller bien au-delà de la lutte contre la maltraitance et mettre en pratique le concept de bientraitance des aînés, c'est-à-dire « (...) poser un regard plus global permettant de considérer l'ensemble des politiques publiques qui traitent directement ou de manière oblique de la vieillesse, en ne se limitant pas aux rapports gouvernementaux et aux politiques spécifiques de lutte contre la maltraitance⁵¹. »

Le vieillissement de la population pose plusieurs enjeux : l'aménagement urbain répondant aux besoins des aînés, le transport adapté, la participation sociale des aînés, les modèles d'habitation alternatifs, etc. Il faut accélérer l'implantation de la démarche d'une municipalité amie des aînés (MADA). Il faut enfin s'assurer que la famille et les proches auront du temps pour visiter leurs aînés et en prendre soin; à cet égard, une législation assurant la conciliation-travail-famille-études s'impose de façon urgente.

⁵¹ Marie BEAULIEU et Marie CREVIER, *Contre la maltraitance et promouvoir la bientraitance des personnes aînées*, Regard analytique sur les politiques publiques au Québec, *Gérontologie et société*, 2010/2 n°133, p. 69-87.