



Les outils Contrepoint

Ressources pour améliorer la pratique

Agir pour prévenir les
mauvais traitements
envers les aînés

Le projet Contrepoint — Document de travail

Passer de l'enquête à la stratégie : examen de cas représentatifs de mauvais traitements et de négligence envers les aînés dans la jurisprudence canadienne

Auteur

Centre canadien d'études sur le droit des aînés
2011

Document de réflexion numéro 6

Also available in English under the title:

The Counterpoint Project—Discussion Paper. Moving From Scrutiny to Strategy: An Analysis of Key Canadian Elder Abuse and Neglect Cases

Ce rapport a été préparé par le Centre canadien d'études sur le droit des aînés pour la Division du vieillissement et des aînés, Agence de la santé publique du Canada, dans le cadre de l'Initiative fédérale de lutte contre les mauvais traitements envers les aînés. Les opinions exprimées dans ce texte sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de l'Agence de la santé publique du Canada.

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	5
(a) Intervenir dans les cas de mauvais traitements et de négligence envers les aînés : le défi des travailleurs de la santé	5
(b) Comprendre les mauvais traitements et la négligence envers les aînés : le rôle de la jurisprudence	6
2. Étude de cas : les mauvais traitements et la négligence envers les aînés au Canada	8
(a) La jurisprudence	8
i) <i>R. c. Grant</i> (Nouveau-Brunswick)	
ii) <i>Vallée</i> (Québec)	
iii) <i>R. c. Chartrand</i> (Ontario)	
iv) <i>R. c. Foubert</i> (Ontario)	
v) <i>R. c. Matthias</i> (Colombie-Britannique)	
vi) <i>R. c. Morin</i> (Alberta)	
(b) Résumé des cas étudiés en matière de mauvais traitements et de négligence envers les aînés	13
(c) Survol des affaires choisies	15
3. Mauvais traitements, négligence et vulnérabilité : clarification du sens des expressions clés	19
(a) Qu'entend-on par mauvais traitements et négligence envers les aînés?	19
(b) Qu'entend-on par vulnérabilité?	21
4. Aperçu du droit canadien en matière de mauvais traitements et de négligence envers les aînés.....	25
(a) Introduction	25
(b) Le <i>Code criminel</i> canadien	25
(c) Les lois sur la protection des adultes et les lois connexes	26
i) Régimes exhaustifs de protection des adultes (Colombie Britannique, Yukon, Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince-Édouard)	
ii) Régimes de soins en établissement (Ontario, Alberta, Manitoba)	
iii) Régime protectionniste (Nouvelle-Écosse)	
iv) Régimes disparates (Territoires du Nord Ouest, Nunavut, Saskatchewan, Québec)	
v) Lois sur la négligence (Terre-Neuve-et-Labrador)	
vi) Résumé des lois sur la protection des adultes et des lois connexes en vigueur au Canada	
(d) Incidence du droit relatif à la capacité mentale sur les mauvais traitements et la négligence envers les aînés	46

(e)	Communication des renseignements personnels et des renseignements médicaux	50
	i) Introduction	
	ii) Quelles lois s'appliquent?	
	iii) Communication en l'absence de consentement	
	iv) Communication pour des raisons de santé et de sécurité	
(f)	Synthèse	55
5.	Le rôle des professionnels de la santé	63
(a)	Les soins de santé dans le cadre des services communautaires	63
(b)	La prestation de soins, la dépendance et les mauvais traitements et la négligence à l'égard des aînés.....	64
(c)	L'incidence de la réglementation professionnelle sur les interventions concernant les mauvais traitements et la négligence envers les aînés.....	66
	i) Les professionnels de la santé	
	ii) Les médecins	
	iii) Les infirmières	
	iv) Les travailleurs sociaux	
	v) Conclusion	
6.	La dynamique sociale des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des aînés : examen des principaux faits des affaires étudiées	71
(a)	<i>Grant, Chartrand, Vallée et Foubert</i> : la capacité mentale en tant que facteur de risque.....	71
(b)	L'isolement social : un déterminant de la vulnérabilité ou du risqué	73
(c)	L'affaire <i>Matthias</i> : abus d'alcool et d'autres drogues, maladie mentale, conflit familial et dynamique familiale complexe	74
(d)	Les affaires <i>Foubert</i> et <i>Morin</i> : le lien entre âgisme et maltraitance	75
(e)	L'affaire <i>Foubert</i> : les mauvais traitements à l'égard des personnes en établissement et la persécution à l'endroit des dénonciateurs	76
(f)	Occasions d'aide et d'intervention manquées	77
7.	Conclusion	78
(a)	Survol législatif	78
(b)	Recommandations	80
(c)	Mot de la fin	83

1. Introduction

(a) Intervenir dans les cas de mauvais traitements et de négligence envers les aînés : le défi des travailleurs de la santé

La population du Canada vieillit. En 2001, les gens de plus de 65 ans représentaient 13 % de la population; on s'attend à ce qu'ils forment 15 % en 2011 et, d'ici 2026, ils compteront pour environ 20 % de la population canadienne¹. En outre, on vit plus longtemps : l'espérance de vie moyenne a dépassé le cap des 80 ans pour la première fois en 2004². Le vieillissement démographique, conjugué aux progrès de la technologie, se traduit par un plus grand nombre d'adultes vivant pendant de nombreuses années au cours desquelles ils pourraient être davantage exposés aux mauvais traitements. À mesure que notre population vieillit, l'incidence des mauvais traitements envers les aînés est susceptible d'augmenter, ne serait-ce qu'en raison du contexte démographique.

Comme de nombreux professionnels qui travaillent auprès des personnes âgées, les travailleurs de la santé et des services communautaires sont conscients que les mauvais traitements envers les aînés sont un phénomène croissant, mais se heurtent à d'importants obstacles lorsqu'il s'agit de répondre à des préoccupations dans le cadre de leur pratique. Les travailleurs de la santé et des services communautaires sont les mieux placés pour déceler les cas de mauvais traitements et de négligence ou pour identifier les personnes âgées exposées à des risques, car ils ont la possibilité d'interagir avec les personnes âgées chez elles, de communiquer avec leurs autres aidants naturels et professionnels et de formuler des observations au sujet de leur santé et de leur bien-être. En raison de leur mandat de prestation de soins et de services, ce groupe de professionnels est également bien placé pour établir une relation de soutien qui pourrait empêcher que n'augmente la vulnérabilité et que ne se produisent d'autres incidents de mauvais traitements ou de négligence.

Cependant, dans la pratique, intervenir face aux mauvais traitements et à la négligence envers les aînés soulève des questions difficiles et pose des dilemmes éthiques. Voici quelques-unes des questions délicates auxquelles sont régulièrement confrontés les travailleurs de la santé et des services communautaires :

- Qu'ai-je l'obligation de faire dans les cas de mauvais traitements et de négligence?
- Ai-je la même obligation dans les cas de *risque* de mauvais traitements?
- Comment puis-je me conformer à la fois aux lignes directrices régissant la pratique professionnelle, aux lois applicables, notamment celles relatives à la protection des adultes, et aux politiques de mon employeur?
- Que dois-je faire lorsque ces règles semblent incompatibles?
- Quelles règles de confidentialité s'appliquent à la pratique?

¹ Santé Canada, *Vieillir au Canada*, Ottawa, Division du vieillissement et des aînés, 2002, p. 3.

² Gouvernement du Canada, *Relever les défis et saisir les occasions du vieillissement au Canada*, préparé à l'intention de la Commission des Nations unies pour le développement social afin de souligner le 5^e anniversaire de la deuxième Assemblée mondiale de 2002 des Nations unies sur le vieillissement, 2007, p. 5.

- Comment puis-je faire face aux préoccupations suscitées par les risques de manière à respecter le droit à la vie privée de la personne âgée, son indépendance et sa décision de vivre à ses risques et périls?
- Comment puis-je aider les personnes âgées avec lesquelles je travaille à vivre (et parfois à mourir) dans la dignité, et à vieillir chez elles, sans les abandonner à une relation marquée par la violence?
- Comment puis-je accomplir ce qui précède dans un contexte de désinstitutionnalisation croissante des soins de santé et d'une importance accrue accordée aux soins communautaires?

Les mauvais traitements envers les aînés constituent un problème social complexe et l'éventail de règles et de lignes directrices entourant la protection des adultes peut contenir un déluge de renseignements. Aucune des questions qui précèdent ne se prête à une solution simple et, ensemble, elles tendent à montrer dans quelle mesure l'intervention face aux mauvais traitements et à la négligence envers les aînés peut soumettre les intervenants à des facteurs de stress quotidien qui s'ajoutent à une description de travail vraisemblablement très exigeante.

Le projet Contrepoint a pour but d'offrir aux professionnels de la santé et des services communautaires une trousse d'outils pour la prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés, et la clarification des obligations découlant des diverses lois ayant une incidence en la matière. Le présent document de travail, qui examinera les questions susmentionnées, se veut un point de départ pour élaborer de tels outils.

(b) Comprendre les mauvais traitements et la négligence envers les aînés : le rôle de la jurisprudence

Le présent document recourt à la jurisprudence afin de mieux faire comprendre le droit en matière de mauvais traitements et de négligence envers les aînés, et ce à plusieurs égards. Tout d'abord, ces récits de mauvais traitements et de négligence visent à encadrer notre compréhension de la dynamique sociale qui dissimule les mauvais traitements et la négligence envers les aînés, accroît la vulnérabilité d'une personne âgée et traduit le dilemme éthique et juridique que pose la détermination de la réaction adéquate. Ensuite, ces décisions serviront de toile de fond pour clarifier le droit dans différentes provinces. Enfin, les faits qui sous-tendent ces décisions contribueront à ancrer notre analyse sur une vision commune des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés — un sujet qui est source de controverse.

Notre postulat de départ est qu'il est plus facile de comprendre la dynamique des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés dans le contexte de récits réels ou fictifs : il est difficile d'expliquer dans l'abstrait les facteurs sociaux qui exposent une personne vulnérable aux mauvais traitements, et il peut s'avérer difficile d'étudier les questions de la prévention et de la réaction sans se rapporter à des faits précis. Cependant, les incidents de mauvais traitements et de négligence envers les aînés touchent à des renseignements foncièrement personnels. Comme les décisions judiciaires sont publiées et font l'objet d'articles de journaux, elles offrent l'occasion d'analyser des incidents précis de mauvais traitements et de négligence envers les aînés sans violer leur droit à la vie privée. De plus, les incidents de mauvais traitements envers les aînés sont

extrêmement variés. L'examen d'un certain nombre de récits — six en l'espèce — nous permet de dresser un portrait détaillé de la dynamique de la vulnérabilité et du soutien potentiel.

Afin de produire un document de travail qui sera pertinent pour la pratique d'un large éventail de professionnels de la santé et des services communautaires, nous avons retenu des affaires où s'entrecroisent les diverses questions liées aux mauvais traitements envers les aînés, ainsi qu'aux soins de santé et de soutien communautaire. Les six affaires proviennent de différentes régions du Canada (différentes provinces, différentes communautés urbaines et rurales), de multiples genres de relations de violence et de dépendance (notamment la violence de la part d'un membre de la famille, d'un aidant non professionnel rémunéré, du personnel d'un établissement de santé, ainsi que des situations où il ne semble pas que des soins soient prodigués), différents environnements (à domicile ou en établissement), ainsi que différents types de mauvais traitements (tels l'exploitation financière, la violence physique et la négligence). Afin de ne pas inonder le lecteur, nous nous en sommes tenus à six décisions récentes.

Chacune de ces décisions présente une victime de mauvais traitements. Cependant, considérées sous un angle différent, ces affaires offrent également l'occasion d'examiner la manière dont les travailleurs peuvent fournir aide et soutien à une personne âgée de façon à éviter les écueils éthiques et juridiques évoqués au début du présent document. De plus, ces affaires fournissent un contexte pour considérer les changements infrastructurels requis pour améliorer la pratique en ce qui concerne les mauvais traitements et la négligence envers les aînés. Le présent document tente, en quelque sorte, de rapporter ces récits en imaginant comment des interventions différentes auraient pu avoir des conséquences différentes, plus positives, pour la personne âgée.

Dans certains cas, prendre la décision, valable en droit, de respecter la décision de vivre et de mourir, à ses risques et périls, d'une personne âgée capable est la seule solution convenable. Dans d'autres circonstances, la loi permet, voire exige, une intervention. Cependant, dans de nombreux cas, déterminer la solution qui s'impose s'avère une tâche complexe. Répondre aux préoccupations que soulèvent les mauvais traitements et la négligence envers les aînés exige d'aborder cette problématique d'une façon créative qui respecte tant la réalité sociale de la personne âgée que les obligations juridiques et professionnelles — ce qui n'est pas facile. Le projet Contrepoint est né du désir de faire la lumière sur cet aspect de la pratique.

Conformément à notre démarche, laquelle consiste à recourir aux faits sous-tendant un certain nombre de décisions judiciaires pour bien ancrer notre analyse du droit et de la dynamique sociale, on débutera par des résumés jurisprudentiels, pour passer ensuite à l'analyse du droit et du contexte social, et enfin rassembler les trois éléments — le droit, les faits, l'analyse du contexte social — dans l'avant-dernière section du présent document. Après avoir ainsi circonscrit le problème, nous nous pencherons dans la dernière section sur la direction à suivre pour appuyer la pratique. Nous formulerons des recommandations au niveau des changements à apporter en établissement et de l'élaboration d'outils visant à assurer une meilleure coordination de la pratique parmi les divers groupes de professionnels susceptibles d'être appelés à collaborer afin de favoriser une intervention rapide et appropriée pour contrer les mauvais traitements et la négligence envers les aînés.

Voici un bref aperçu des éléments du présent document :

Section 1	Survol du projet et méthodologie
Section 2	Résumé des décisions clés en matière de mauvais traitements et de négligence envers les aînés
Section 3	Le sens des concepts clés de mauvais traitements et de négligence envers les aînés et de vulnérabilité
Section 4	Les obligations découlant de la loi
Section 5	Le contexte des soins de santé, y compris les obligations découlant de l'accréditation professionnelle
Section 6	Intégration du droit, des faits et de l'analyse de la dynamique sociale
Section 7	Conclusion et recommandations

2. Étude de cas : les mauvais traitements et la négligence envers les aînés au Canada

(a) La jurisprudence

i) *R. c. Grant*³ (Nouveau-Brunswick)

- Omission de fournir les choses nécessaires à l'existence (al. 215(2)*b*) du *Code criminel*

Margaret Grant a plaidé coupable à l'accusation d'avoir omis de fournir à sa mère, âgée de 78 ans, les choses nécessaires à l'existence. Le 10 janvier 2007, Grant a appelé les services d'urgence et a dit que sa mère ne se sentait pas bien. À leur arrivée, les ambulanciers paramédicaux ont trouvé Kathleen Grant (la mère) assise dans un fauteuil au salon, duquel elle n'avait vraisemblablement pas bougé depuis plusieurs mois. La vieille dame était sale, souffrait de malnutrition, était assise dans de l'urine et des excréments et avait des plaies putrides et gangreneuses. Elle est décédée à l'hôpital quelques jours plus tard.

Margaret Grant avait environ 45 ans et travaillait comme concierge au moment où elle a été accusée d'avoir omis de fournir à sa mère les choses nécessaires à l'existence. Elle a habité avec sa mère pendant presque toute sa vie et partageait avec cette dernière les dépenses et les responsabilités. Elle faisait les courses et payait le loyer. Elle avait elle-même trois enfants, âgés de 17, 21 et 25 ans, tous placés dans des foyers d'accueil par le ministère de la Santé et des Services communautaires plusieurs années auparavant. Margaret était enfant unique.

Kathleen Grant était veuve, son mari étant décédé depuis plus de 25 ans. Elle avait reçu un diagnostic de maladies vasculaires périphériques. Elle avait été dirigée vers un chirurgien vasculaire, mais aucun rendez-vous n'avait été pris à la suite de cette recommandation. Elle n'avait pas vu de médecin depuis mai 2006.

³ *R. c. Grant*, 2009 NBCP 17 [*Grant*].

Lorsque Kathleen Grant a été admise à l'hôpital le 10 janvier 2007, on avait constaté qu'il s'agissait d'une « dame très frêle qui semblait maigre et qui n'avait que fort peu de réactions »⁴. Elle avait les deux jambes dans un état gangreneux avancé, sa chair était en train de pourrir et certaines parties de l'os et des tendons étaient à nu. Elle avait également des plaies au dos, aux bras, au coude et aux oreilles. Ses fesses étaient infectées et enflées et certains de ses organes étaient découverts. Un infectiologue, le docteur Gordon Dow, a dit de son état de santé qu'il n'avait jamais vu dans sa pratique « un état de négligence aussi terrible »⁵. Selon le docteur Dow, il était certain qu'elle se trouvait « dans cet état depuis une longue période et que ses affections ne sont pas apparues d'une façon aiguë »⁶.

Grant a été condamnée à quatre ans d'emprisonnement⁷.

ii) **Vallée⁸ (Québec)**

- Exploitation en contravention de la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec (art. 48)⁹

Roland Marchand, 81 ans, a fait la connaissance de Jeanne Vallée, 47 ans, vers la fin de l'année 1998. La même année, Marchand a éprouvé plusieurs grands malheurs : celle qui était son épouse depuis 60 ans est décédée; il est devenu aveugle au sens de la loi et est devenu incapable de conduire un véhicule; on a diagnostiqué chez lui un certain nombre de graves problèmes de santé, notamment au niveau cardiaque. À cette époque, Vallée travaillait comme serveuse et aussi à titre de femme de ménage chez plusieurs personnes âgées, dont Marchand. Le vieillard est devenu amoureux de Vallée et lui a proposé de l'épouser à l'automne de l'année suivante.

À partir de 1999, Marchand, qui se montrait auparavant très prudent dans sa façon de gérer ses finances, a rompu avec ses habitudes en matière de dépenses, de sorte qu'il avait dilapidé son capital de 118 000 \$ à la fin de 2001 et s'était endetté envers le fisc. Entre novembre 1999 et février 2000, Marchand a offert à Vallée les cadeaux suivants : paiement sur une maison (15 000 \$), bague (9 000 \$), voiture (29 000 \$). De plus, il lui a offert un collier d'une valeur de 3 599 \$ en novembre 2000. Marchand a effectué d'autres versements pour l'achat de la maison.

Marchand avait deux filles. Vallée a exigé de Marchand qu'il prenne ses distances par rapport à ses filles s'il voulait conserver son affection.

En septembre 2001, Marchand a été déclaré inapte et la Commission des droits de la personne a déposé une plainte contre Vallée pour violation du droit de Marchand d'être protégé contre toute forme d'exploitation en vertu de la *Charte des droits* du Québec. En première instance, la preuve médicale indiquait que Marchand souffrait d'un syndrome démentiel de type Alzheimer depuis au moins la fin de 2000 et que la maladie s'était probablement installée chez lui en 1997 ou 1998.

⁴ *Ibid.*, par. 15.

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*

⁷ Cette décision a été portée en appel.

⁸ *Vallée c. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse*, 2005 QCCA 316, [2005] R.J.Q. 961 [*Vallée*].

⁹ *Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q., ch. C-12, art. 48 [*Charte des droits*].

En première instance, Vallée a été condamnée à payer à Marchand des dommages-intérêts de 66 599 \$: 20 000 \$ pour dommages moraux, 10 000 \$ à titre de dommages-intérêts punitifs et 36 599 \$ pour dommages matériels. La Cour d'appel a confirmé le jugement.

iii) **R. c. Chartrand**¹⁰ (Ontario)

- Omission de fournir les choses nécessaires à l'existence (par. 215(2) du *Code criminel*)

Daniel Chartrand a été reconnu coupable d'avoir omis de fournir à Henry Matthews, un homme de 76 ans atteint de la maladie de Parkinson, les choses nécessaires à l'existence entre le 1^{er} janvier 2005 et le 19 août 2005. Matthews avait consenti à payer 3 000 \$ par mois à Chartrand en échange de services d'aidant. Matthews avait également accordé une aide financière à Chartrand et signé des garanties pour ses dettes au cours des années précédentes.

En juillet 2005, un neurologue a remarqué une détérioration significative de la santé mentale et physique de Matthews. Selon le docteur Stotts, cela était dû à une mauvaise alimentation et à l'absence de service d'alerte médicale¹¹. Il a informé Chartrand que Matthews [TRADUCTION] « avait besoin qu'on lui prodigue des soins quotidiennement et que si Chartrand n'était pas prêt à le faire, Matthews devrait être placé ou, à tout le moins, confié aux soins de quelqu'un d'autre¹² ».

Le 19 août 2005, un voisin a fait venir les services d'urgence chez Matthews. Les ambulanciers ont trouvé Matthews couché sur le dos sur le plancher de sa chambre, maculé d'urine et d'excréments. Matthews a été conduit à l'hôpital où on a constaté qu'il souffrait d'une légère déshydratation.

À sa sortie de l'hôpital, Matthews a été admis à la résidence pour personnes âgées Sterling Place. Le personnel hospitalier estimait que renvoyer Matthews chez lui pourrait mettre sa vie en danger, car il courait le risque de se blesser à la tête, de tomber et de se briser et de se fracturer la hanche, ce qui pouvait conduire à son décès, à l'insalubrité et à d'autres risques éventuels pour sa santé¹³. Les employés de la résidence pour personnes âgées ont décrit Matthews comme un homme émacié, avec des os saillants et des traits extrêmement tirés, et incapable de prendre soin de lui-même. Après que Matthews a reçu les soins attentifs d'une infirmière autorisée, sa santé physique et mentale s'est améliorée. Il est décédé environ deux ans plus tard, en 2007.

iv) **R. c. Foubert**¹⁴ (Ontario)

- Voies de fait (par. 265(1) du *Code criminel*)

Allan Foubert travaillait comme préposé aux services de soutien à la personne au Centre de santé Perley et Rideau pour anciens combattants (« C SPRAC ») depuis dix ans. Ses fonctions consistaient à s'occuper des résidents âgés en veillant à leurs besoins quotidiens, notamment en les aidant pour les repas, le bain et la toilette. Il travaillait dans une aile verrouillée pour les anciens combattants atteints d'Alzheimer ou de démence. Des employés du C SPRAC ont remarqué des ecchymoses sur les

¹⁰ R. c. Chartrand, [2009] O.J. No. 1742 [Chartrand].

¹¹ L'expression « service d'alerte médicale » s'entend d'un système de réponse d'urgence facilement accessible.

¹² Ibid., par. 50.

¹³ Ibid., par. 27.

¹⁴ R. c. Foubert, [2009] O.J. No. 5024 [Foubert].

résidents dont s'occupait Foubert et ont appelé le Service de police d'Ottawa. Après l'enquête policière, Foubert a plaidé coupable à l'accusation de voies de fait sur quatre résidents et trois employés. Voici les faits concernant ces voies de fait :

1. Le 14 février 2006, une infirmière a vu Foubert violenter Ernest Carter, qui était alors âgé de 92 ans. Foubert a soulevé Carter par un bras et une jambe puis l'a laissé tomber sur le lit, avec les fesses sales. Foubert a également engueulé Carter en lui répétant : [TRADUCTION] « Tu vois ce qui arrive quand tu n'écoutes pas! »
2. Le 20 février 2007, une préposée aux services de soutien à la personne a vu Foubert violenter Robert Lowe, qui était alors âgé de 84 ans. Foubert tenait Lowe au-dessus de son fauteuil roulant et a enjoint avec impatience à la préposée de le changer. Foubert a refusé de le déposer sur le lit, malgré le fait que Lowe ait dit : [TRADUCTION] « Dépose-moi, tu me fais mal! »
3. Le 21 février 2007, une préposée aux services de soutien à la personne a vu Foubert violenter Lomer Luceyer, qui était alors âgé de 81 ans. Luceyer avait mordu la main de la préposée. Irrité, Foubert a alors serré fort la main de Luceyer. Luceyer a crié : [TRADUCTION] « Lâche ma main, tu me fais mal! » La main de Luceyer était tuméfiée, mauve et enflée immédiatement après l'incident.
4. Au cours du mois de février 2007, un préposé aux services de soutien à la personne a vu Foubert violenter Arthur Kinchen, qui était alors âgé de 85 ans. Foubert a donné deux grands coups de genou sur la main de Kinchen. Kinchen avait des ecchymoses et des écorchures sur sa main.

Par ailleurs, entre le 1^{er} juin 2004 et le 28 février 2007, Foubert a eu un comportement étrange et agressif envers les employés : il a notamment, à trois occasions, jeté ses collègues sur son épaule puis couru dans le couloir. Ces trois employés ont dit clairement qu'ils n'avaient pas consenti à ce comportement de Foubert.

Les employés qui ont signalé les incidents éprouvaient un niveau élevé de stress et d'autres collègues les avaient traités de « mouchards » ou leur faisaient se sentir mal à l'aise après qu'ils aient alerté les autorités.

Foubert a été condamné à huit mois d'emprisonnement, avec probation de deux ans et interdiction de posséder une arme pendant dix ans.

v) **R. c. Matthias**¹⁵ (Colombie-Britannique)

- o Meurtre au deuxième degré/homicide involontaire coupable (sous-al. 229a)(ii) du *Code criminel*)

Le 1^{er} août 2008, Parker Kooper Matthias a fait venir les services d'urgence chez lui, à Blackpool (Colombie-Britannique). À leur arrivée, les policiers et les ambulanciers ont trouvé la mère de Matthias, Kathleen Jennings, gisant sur le sol avec de graves brûlures. À part ses jeans, tous ses

¹⁵ R. c. Matthias, 2009 BCSC 1729, [2009] B.C.J. No. 2514 [Matthias].

vêtements avaient brûlé ou fondu. Jennings est décédée cinq jours plus tard des suites de ses blessures.

Matthias avait alors 52 ans. Il était alcoolique depuis une trentaine d'années et cocaïnomane depuis une dizaine d'années. De plus, il était séropositif et avait une hépatite. La police s'était rendue chez lui à plusieurs reprises pour des problèmes liés à sa santé mentale. Il avait été hospitalisé plusieurs fois dans le passé, depuis l'âge de 19 ans, parce qu'il présentait un risque pour lui-même et les autres. Ses symptômes comprenaient la paranoïa, la dépression et les pensées suicidaires. Il prenait des médicaments pour la dépression et l'anxiété. Il était connu de la téléphoniste qui a répondu à son appel au 911 ainsi que des ambulanciers arrivés sur les lieux.

Kathleen Jennings est décédée à l'âge de 79 ans. Bien qu'elle ait eu une relation de longue durée avec un homme appelé « Art », elle n'avait pas de conjoint au moment de son décès. Elle avait deux autres enfants adultes qui ont neuf et sept ans de plus que Matthias.

Matthias et sa mère habitaient seuls dans une caravane. Matthias recevait une prestation d'invalidité et sa mère, une pension du gouvernement. Ils contribuaient tous deux aux frais afférents à leur domicile. Matthias et sa mère semblaient isolés sur le plan social. Ils allaient parfois acheter des provisions et de l'alcool, mais ils ne connaissaient personne dans leur localité. Ils avaient l'habitude de boire de l'alcool ensemble et se disputaient souvent lorsqu'ils buvaient. Matthias avait déjà cassé plusieurs fenêtres au cours de l'une de ces disputes. Lorsqu'il a résumé la preuve, le juge s'est exprimé ainsi concernant l'isolement de Matthias : [TRADUCTION] « Il est manifestement très solitaire et déconnecté des autres¹⁶ ». De plus, le juge a dit de Matthias qu'il était « dépendant » de sa mère¹⁷.

Le 1^{er} août 2008, Matthias et sa mère se sont disputés au sujet de la rénovation de leur caravane. Dans le dessein de faire peur à sa mère et de l'obliger à se taire, Matthias a versé de l'essence sur le plancher de la caravane en essayant de l'enflammer. Comme sa mère n'a pas eu la réaction qu'il souhaitait, il s'est mis à verser de l'essence sur sa bourse et y a mis le feu. Il a ensuite versé de l'essence sur le chien de sa mère alors que celui-ci se trouvait sur ses genoux. Puis, il a mis le feu à sa mère et au chien. Le feu a duré entre 45 et 60 secondes avant que Matthias ne l'éteigne, à l'aide de couvertures et d'un boyau d'arrosage.

Matthias a été déclaré non coupable de meurtre au deuxième degré, mais coupable d'homicide involontaire coupable¹⁸.

¹⁶ *Ibid.*, par. 82.

¹⁷ *Ibid.*, par. 104.

¹⁸ Pour être reconnue coupable de meurtre, la personne doit avoir l'intention de causer des lésions corporelles qu'elle sait être de nature à causer la mort, et qu'il lui est indifférent que la mort s'ensuive ou non. Cette définition de l'homicide coupable (*Code criminel*, L.R.C. 1985, ch. C-46, art. 299) est reproduite dans *Matthias, supra*, note 15, au par. 86. Au procès, le juge avait un doute raisonnable quant à savoir si Matthias avait eu l'intention de faire autre chose qu'effrayer sa mère, et s'il avait tenu compte, au moment d'allumer le feu, des conséquences possibles de son geste, bien que cela eût été évident pour une autre personne. La maladie mentale de Matthias et son état agité ont affecté sa perception des faits : [TRADUCTION] « ses pensées étaient si étroitement circonscrites ou si généralement désorganisées [...] [qu']il n'avait pas prévu subjectivement les conséquences, et n'avait donc pas l'intention spécifique requise pour commettre un meurtre » (par. 105).

vi) **R. c. Morin**¹⁹ (Alberta)

- Voies de fait (art. 265 du *Code criminel*)
- Agression armée (brosse à cheveux, téléphone et canne) (al. 267a) du *Code criminel*
- Séquestration sans autorisation légitime (par. 279(2) du *Code criminel*)
- Menaces de mort (al. 264.1(1)a) du *Code criminel*

Clifford Leo Morin a fait l'objet de quatre chefs d'accusation : voies de fait; agression armée; séquestration sans autorisation légitime; menaces de mort, tous en relation avec sa mère âgée. Du 1^{er} novembre 1999 au 4 juillet 2002, il habitait avec sa mère, Elizabeth Lussin. Ils partageaient un appartement et les dépenses courantes. Il était responsable des tâches ménagères et pourvoyait aux besoins de sa mère. Lussin recevait régulièrement des traitements de médecins spécialistes et d'une soignante, Jan Cooper. Morin contribuait aux soins apportés à sa mère et en est devenu obsédé. Plus particulièrement, il s'irritait lorsqu'elle se grattait.

Lussin avait un autre enfant adulte, June Yuedall. La relation entre Morin et sa sœur était nettement tendue en raison de la tristesse et des frustrations découlant de l'état de santé de leur mère. Morin a admis éprouver de la frustration et beaucoup de stress lorsqu'il s'acquittait de ses responsabilités. Il avait tendance à crier après sa mère. Afin d'empêcher sa mère de se gratter, il lui mettait des mitaines. De plus, il l'attachait à son lit, ou à un fauteuil, et plaçait des couvertures sur elle. On l'a entendu une fois menacer de jeter sa mère en bas du balcon.

Le 4 juillet 2002, Yuedall a remarqué des ecchymoses sur le visage de sa mère. Elle a alerté la police, qui a mené une enquête sur Morin. En première instance, le juge a exprimé un doute raisonnable quant à savoir si Morin avait intentionnellement frappé ou giflé sa mère ou utilisé des armes (p. ex. une brosse à cheveux, un téléphone ou une canne). Morin a été déclaré non coupable de voies de fait et d'agression armée, mais coupable de séquestration sans autorisation légitime et de menaces de mort²⁰.

(b) Résumé des cas étudiés en matière de mauvais traitements et de négligence envers les aînés

Par souci de commodité, les pages suivantes présentent un tableau comparatif qui met en relief les éléments clés de chaque affaire.

¹⁹ R. c. *Morin*, 2009 ABQB 486, [2009] A.J. No. 889 [*Morin*].

²⁰ *Ibid.*, par. 126.

**Tableau 1 : Résumé des cas étudiés en matière de mauvais traitements
et de négligence envers les aînés**

Affaire	Faits	Type de mauvais traitements	Condamnation criminelle
<i>Grant</i>	Margaret Grant habitait avec sa mère âgée de 78 ans. C'était la seule personne avec laquelle la mère a eu des contacts au cours des derniers mois de sa vie. Lorsque Grant a appelé le 911, sa mère souffrait de malnutrition, était assise dans de l'urine et des excréments et souffrait de gangrène à un stade si avancé que certains de ses organes étaient découverts. La vieille dame était assise dans un fauteuil duquel elle n'avait vraisemblablement pas bougé depuis plusieurs mois.	Négligence	Omission de fournir les choses nécessaires à l'existence <i>Code criminel</i> , al. 215(2) <i>b</i>
<i>Vallée</i>	Jeanne Vallée travaillait à titre de femme de ménage chez plusieurs autres personnes âgées. L'année suivant le décès de l'épouse de Marchand, âgé de 81 ans, Vallée est devenue sa femme de ménage. Le vieillard est rapidement devenu amoureux de Vallée, âgée de 47 ans. Moins d'un an après avoir fait sa connaissance, l'homme avait dilapidé toutes ses économies pour lui offrir des cadeaux extravagants. Marchand souffrait d'un certain nombre de problèmes de santé, notamment d'un syndrome démentiel de type Alzheimer et de cécité. Auparavant, il dépensait de façon modeste et prudente.	Exploitation financière	Aucune Exploitation en contravention de la <i>Charte des droits et libertés de la personne</i> du Québec, art. 48 Ordonnance de payer des dommages-intérêts
<i>Chartrand</i>	Daniel Chartrand était le seul aidant à s'occuper de Henry Matthews, âgé de 76 ans. Matthews payait au moins 3 000 \$ par mois pour les soins prodigués par Chartrand. Matthews a été trouvé dans son appartement, gisant sur le sol maculé d'urine et d'excréments, dans un état de malnutrition et de déshydratation. Au cours des années précédentes, Matthews avait versé à Chartrand des sommes d'argent considérables, parfois jusqu'à 8 000 \$ par mois.	Négligence Exploitation financière	Omission de fournir les choses nécessaires à l'existence <i>Code criminel</i> , par. 215(2)
<i>Foubert</i>	Allan Foubert travaillait comme préposé aux services de soutien à la personne dans un établissement de santé pour anciens combattants, dans une aile verrouillée pour les résidents atteints de démence et d'Alzheimer. Le personnel l'a vu : a) user d'une force excessive à l'égard des résidents; b) donner des coups de genou sur la main d'un résident, lui causant ainsi des lésions; c) ordonner à une collègue de changer un résident tandis que Foubert le tenait au-dessus de son fauteuil roulant;	Traitement déshumanisant et dégradant Violence physique Menaces Violence psychologique	Quatre chefs de voies de fait <i>Code criminel</i> , par. 265(1)

	d) laisser tomber un résident sur le lit, avec des fesses sales, en criant sans arrêt : « Tu vois ce qui arrive quand tu n'écoutes pas! »		
<i>Matthias</i>	Parker Matthias vivait seul dans une caravane avec sa mère âgée de 79 ans. Au cours d'une dispute, il a mis le feu à sa mère, lui causant ainsi des brûlures sur la moitié du corps. Elle est décédée des suites de ses blessures.	Violence physique	Homicide involontaire coupable <i>Code criminel</i> , sous-al. 229a)(ii)
<i>Morin</i>	Clifford Morin partageait un appartement avec sa mère âgée de 75 ans. Afin de maîtriser son grattage compulsif, il lui mettait des mitaines et la ligotait dans son lit ou un fauteuil. Morin a menacé de jeter sa mère en bas du balcon.	Violence physique Séquestration Menaces	- Menaces de mort, <i>Code criminel</i> , al. 264.1(1)a) - Séquestration sans autorisation légitime, par. 279(2)

(c) Survol des affaires choisies

En l'absence d'une définition juridique générale des mauvais traitements envers les aînés, nous qualifions les affaires susmentionnées de cas de mauvais traitements ou de négligence envers les aînés. Cependant, pour moult raisons, le repérage des cas de mauvais traitements et de négligence envers les aînés constitue une entreprise théorique et pratique ambitieuse, voire logiquement circulaire.

Comme nous le verrons à la section 4, les mauvais traitements et la négligence envers les aînés ne sont pas des crimes en soi. Les cas susmentionnés représentent plutôt un éventail d'affaires récentes mettant en cause des victimes âgées qui ont fait l'objet de différents types de maltraitance, lesquels ont donné lieu à une poursuite pénale ou, au Québec, à une violation des droits de la personne. Les affaires portent sur des crimes comme les voies de fait, la négligence criminelle et la séquestration et, au Québec, l'exploitation d'une personne âgée. Dans chaque cas, ce qui les caractérise comme des mauvais traitements ou de la négligence envers les aînés, c'est le fait que, outre l'âge avancé de la victime, il existait une relation d'intimité (membre de la famille, ami, partenaire de vie) ou de soutien et d'aide entre la personne âgée et l'agresseur.

Tenter de répertorier de façon exhaustive les cas de mauvais traitements envers les aînés constitue un véritable défi, étant donné qu'il n'y a pas d'infraction criminelle ou de droit d'action civile appelé « mauvais traitements envers les aînés ». Pour trouver de la jurisprudence relative aux mauvais traitements et à la négligence envers les aînés, il faut chercher des mentions subtiles de l'âge de la victime ou du plaignant et des faits entourant le comportement délictueux. Des centaines de cas répertoriés au Canada au fil des ans mettent en cause des personnes âgées qui ont subi une forme ou une autre de maltraitance. Plusieurs de ces décisions, qui ne comportent que peu ou pas d'analyse des circonstances ayant accru la vulnérabilité d'une personne âgée aux mauvais traitements et n'offrent que peu de détails susceptibles de jeter une lumière nouvelle sur la prévention, n'améliorent pas notre compréhension du phénomène des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés de manière à contribuer à atteindre les buts visés par le projet Contrepoint. C'est souvent le cas avec les braquages de domicile et les litiges civils pour abus de confiance relativement à des instruments de planification successorale et financière comme les testaments et les procurations. Aussi, bien que ces décisions forment une grande partie des cas répertoriés mettant en cause des victimes âgées et

correspondent à certaines définitions des mauvais traitements envers les aînés, nous ne les avons pas retenues.

Pour diverses raisons, il est impossible d'affirmer que les affaires que nous examinons dans le présent document sont représentatives des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés au Canada en général. L'un des problèmes est qu'aucune étude exhaustive de la prévalence des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés au Canada n'a été menée au cours des dernières années. L'étude nationale la plus récente a été publiée en 1990²¹. Elle a conclu que 4 % des participants avaient récemment fait l'objet de mauvais traitements²². Cependant, comme pour la plupart des études sur les mauvais traitements envers les aînés, étant donné qu'il s'agissait d'interviews téléphoniques aléatoires auprès de personnes âgées résidant dans des habitations privées, seul un sous-groupe des victimes de mauvais traitements ont pu être interrogées. Nous n'avons tout simplement pas accès à des statistiques nationales convenables sur les mauvais traitements et la négligence envers les aînés pouvant servir de point de repère²³.

D'autres études récentes provenant d'autres nations font état de chiffres beaucoup plus élevés ou beaucoup plus bas : une étude effectuée en Israël indique que 18,4 % des personnes âgées retraitées étaient exposées à au moins une forme de mauvais traitements au cours des 12 mois précédents²⁴; une étude comparable menée par d'éminents chercheurs au Royaume-Uni n'indiquait que 2,6 %²⁵. Fait intéressant, une étude espagnole publiée en 2008 indiquait que 1 % des adultes âgés de 65 ans ou plus disent avoir été victimes de mauvais traitements, alors que 4,5 % des aidants des personnes âgées admettent avoir maltraité une personne âgée²⁶. Toutes ces études sont partielles dans la mesure où elles excluent les personnes âgées qui résident dans des établissements de santé. Les résultats divers des études n'apportent que peu de précisions en ce qui a trait à l'ampleur du phénomène des mauvais traitements au Canada.

Pour diverses raisons, les statistiques sur les mauvais traitements envers les aînés sous-représentent probablement l'ampleur du problème. Ce n'est que récemment que les mauvais traitements envers les aînés se sont hissés parmi les priorités nationales et qu'ils sont apparus dans les manchettes — généralement à cause de la publicité entourant certaines des affaires examinées dans le présent document — et il n'y a toujours que très peu de décisions publiées en matière pénale qui entrent dans la catégorie des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés. De fait, derrière les

²¹ Elizabeth Podnieks, Karl Pillemer, J. Phillip Nicholson, Thomas Shillington et Alan Frizzel, *National Survey on Abuse of the Elderly in Canada: Final Report* (Toronto: Ryerson Polytechnic Institute, 1990), cité dans Elizabeth Podnieks, « National Survey on the Abuse of the Elderly in Canada », *Journal of Elder Abuse and Neglect* 4(1 & 2) (1992), 5, p. 5. D'autres sources considèrent le bilan compilé par Valerie Pottie Bunge et Daisy Locke pour le compte de Statistique Canada à l'aide des données de 1999 comme l'étude la plus récente sur les mauvais traitements envers les aînés. Voir Valerie Pottie Bunge et Daisy Locke, « La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2000 » (Ottawa, Statistique Canada, 2000), en ligne : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/85-224-x/85-224-x2000000-fra.pdf>>. Cependant, cette étude se limitait à la violence familiale, qui n'est qu'une des facettes des mauvais traitements envers les aînés.

²² Podnieks, *ibid.*, p. 48. Podnieks a émis l'hypothèse que l'étude sous-estimait probablement la prévalence de la violence envers les aînés, p. 50.

²³ Il est à espérer que cette situation va changer. L'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées dispose actuellement de fonds pour mener une recherche qui servirait de base pour une étude de prévalence pancanadienne.

²⁴ Ariel Lowenstein, Zvi Eisikovitz, Tova Band-Winterstein et Guy Enosh, « Is Elder Abuse and Neglect a Social Phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel », *Journal of Elder Abuse and Neglect* 21 (2009): 253.

²⁵ Simon Biggs, Jill Manthorpe, Anthea Tinker, Melanie Doyle et Bob Erens, *Mistreatment of Older People in the United Kingdom: Findings from the First National Prevalence Study*, Londres, Institute of Gerontology, King's College London, 2009.

²⁶ Isabel Iborra, *Elder Abuse in the Family in Spain*, Valence, Centro Reina Sofía, 2008.

affaires qui défraient les manchettes, on peut craindre que ne se cachent beaucoup d'autres victimes similaires pour chaque cas signalé de mauvais traitements ou de négligence envers les aînés.

Bien que nous sachions que les décisions publiées brossent un tableau incomplet des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés au Canada, il est impossible de déterminer avec exactitude à quel point ce tableau est partiel. Il en est ainsi parce que nous ne connaissons pas précisément le nombre de cas de mauvais traitements envers les aînés qui donnent lieu à des accusations au criminel (ou des plaintes relatives aux droits de la personne au Québec) mais qui sont finalement réglés hors cour ou auxquels l'État ne donne pas suite. Par ailleurs, ce ne sont pas toutes les décisions judiciaires qui sont publiées.

Pour les besoins du présent document, où l'on s'intéresse à la manière de renforcer la capacité des travailleurs de la santé et des services sociaux à réagir face à des cas de mauvais traitements et de négligence, ainsi qu'à intervenir au niveau de la prévention, nous avons réuni un éventail de décisions qui, ensemble, répondent aux trois critères suivants. Premièrement, chacune des décisions est assez récente, compte tenu qu'elles ont été publiées dans un répertoire de jurisprudence à la fin des années 2000²⁷. Deuxièmement, la série de décisions représente collectivement diverses situations de mauvais traitements :

1. Elles proviennent de diverses régions du Canada (Ontario, Colombie-Britannique, Alberta, Nouveau-Brunswick, Québec)²⁸;
2. Elles concernent différents types de mauvais traitements (violence physique, exploitation financière, négligence, séquestration, traitement dégradant, violence verbale, menaces);
3. Elles concernent différents crimes prévus par le *Code criminel* fédéral (voies de fait, homicide involontaire coupable, omission de fournir les choses nécessaires à l'existence, agression armée, séquestration sans autorisation légitime, menaces) ainsi que l'exploitation prévue par la *Charte des droits* du Québec;
4. Elles englobent différents contextes (domicile, établissement, urbain, rural).

Troisièmement, dans chaque cas, les mauvais traitements ou la négligence sont survenus dans le cadre d'une relation d'intimité (membre de la famille, ami, partenaire) ou de soutien et d'aide. L'acte ou l'omission a été commis par quelqu'un que la personne âgée connaissait, d'où l'exclusion des cas où le préjudice a été causé par un étranger.

Notre processus de sélection ne reposait pas sur un consensus concernant le sens de la notion de mauvais traitements et de négligence envers les aînés, mais plutôt sur la volonté de choisir des cas qui nous seraient utiles : les affaires mettant en cause des contrevenants connus, comme des membres de la famille et différents types de personnes apportant de l'aide ou du soutien à la

²⁷ Toutes les décisions, sauf *Vallée, supra*, note 8, ont été publiées en 2009. *Vallée* a été publiée en 2005. Une affaire, la décision *Morin, supra*, note 19, portait sur des faits remontant jusqu'à 12 ans avant le prononcé de la décision en 2009, la poursuite ayant été retardée en raison des problèmes de santé du contrevenant et de son âge avancé.

²⁸ Cette sélection reflète notre désir de faire de notre mieux pour établir un équilibre relativement aux différents provinces et territoires, mais étant donné l'insuffisance de signalement des cas de mauvais traitements et de négligence envers les aînés, notre désir de représenter différents types de scénarios et la longueur limitée du présent document, il est carrément impossible de couvrir uniformément l'ensemble des provinces et territoires.

personne âgée, sont celles où une intervention médicale et sociale est le plus susceptible d'empêcher que la situation ne s'aggrave. La maltraitance commise par des étrangers, des mystificateurs ou d'autres personnes inconnues de la personne âgée est plus aléatoire. Certes, cette rationalisation utilitariste est plutôt circulaire en ce qui concerne la définition de l'expression « mauvais traitements envers les aînés ». Toutefois, comme nous le verrons dans la section suivante, l'importance accordée aux relations d'intimité ainsi que de soutien et d'aide est également compatible avec les tendances dominantes en matière de définition des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés.

Un portrait détaillé, bien que manifestement partiel, des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés se dégage des faits exposés dans ces décisions. Bien qu'il soit impossible de savoir dans quelle mesure ces six cas donnent une image fidèle du phénomène des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés, ces affaires constituent assurément des exemples extrêmes de préjudice. Il ne faut pas oublier que les mauvais traitements et la négligence envers les aînés englobent des formes plus subtiles de maltraitance, dont certaines ne sont pas de nature criminelle. Par exemple, constitue des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés le fait pour une infirmière auxiliaire autorisée travaillant dans un établissement de santé d'omettre régulièrement d'aider une personne âgée à aller à la toilette de sorte que le résident âgé contracte des infections urinaires à répétition et qu'on doive finalement lui installer un cathéter²⁹; cela comprend aussi le fait pour un homme de persuader sa sœur de lui signer une procuration, de placer toutes ses économies dans un compte conjoint, puis de dépenser systématiquement tout l'argent de la femme pour ses propres affaires, notamment pour rembourser des dettes préexistantes, tout en négligeant de régler les dépenses de sa sœur et de compromettre sérieusement son style de vie; les mauvais traitements englobent les commentaires dégradants et discriminatoires envers les personnes âgées qu'une petite-fille fait quotidiennement à sa grand-mère, ce qui a pour effet d'aggraver la dépression préexistante de la vieille femme et de porter atteinte à son estime de soi, bien qu'elle prodigue néanmoins des soins excellents et souvent exigeants sur le plan physique. Pour diverses raisons, il est improbable que l'une de ces situations donne lieu à des poursuites au pénal, même si ces trois personnes âgées ont subi un préjudice.

Notre analyse s'étant limitée à des décisions judiciaires, cela a polarisé notre attention, dans une certaine mesure, sur les faits les plus extrêmes. Nous espérons que cette approche fera progresser la réflexion sur la réaction et la prévention, alors que la controverse à l'égard d'une définition progresse vers une conclusion. La clarification des obligations et des options au regard des exemples les plus radicaux de mauvais traitements et de négligence envers les aînés peut être considérée comme une piste de solution lorsque les faits sont plus subtils. Comme notre analyse le montrera plus loin, même lorsque les faits sous-tendant les mauvais traitements semblent extrêmes, les obligations peuvent s'avérer nébuleuses et des dilemmes se poseront.

²⁹ Nous empruntons cet exemple à Charmaine Spencer. Voir *Les mauvais traitements et la négligence envers les personnes âgées en milieu institutionnel : Document de travail rédigé à partir de documentation en langue anglaise*, Ottawa, Division de la santé mentale, Direction des services de santé, Santé Canada, 1994, p. 21.

3. Mauvais traitements, négligence et vulnérabilité : clarification du sens des expressions clés

(a) Qu'entend-on par mauvais traitements et négligence envers les aînés?

Qu'entend-on par mauvais traitements et négligence envers les aînés? Il s'agit d'une question complexe. Cette notion n'est pas définie dans la législation provinciale ou fédérale. Les définitions données se trouvent généralement dans les politiques et les écrits spécialisés, où il n'existe pas de consensus sur le sens à donner à l'expression.

L'expression « mauvais traitements envers les aînés » n'est définie nulle part en droit canadien, que ce soit dans la législation ou dans la jurisprudence. Les lois canadiennes desquelles relève la protection des personnes âgées qui ont été l'objet de mauvais traitements ou de négligence, ou sont susceptibles de l'être, définissent plutôt les termes « mauvais traitements » et « négligence » dans le cadre de régimes conçus pour protéger d'autres catégories d'adultes comme les adultes vulnérables ou les adultes à protéger — des catégories qui englobent certaines personnes âgées qui ont été maltraitées, ainsi que la maltraitance d'adultes plus jeunes dont la situation satisfait aux critères prévus par la loi. Au Canada, aucune loi qui définit les mauvais traitements ne s'applique exclusivement aux personnes de plus de 65 ans.

Il n'est pas certain que toute forme de maltraitance subie par une personne âgée constitue un exemple de mauvais traitements envers un aîné. Autrement dit, il faut plus que le seul âge avancé de la victime pour caractériser un acte comme des mauvais traitements ou de la négligence envers un aîné. Toutefois, la nature de cet élément additionnel de la définition ne fait pas l'unanimité.

La plupart des définitions font référence à un préjudice ou à de la maltraitance, ou à une violation des droits. Plusieurs définitions évitent un énoncé général et laissent plutôt le sens se dégager d'une liste et de descriptions de catégories de mauvais traitements qui comprennent toujours les principaux types de violence physique, d'exploitation financière et de violence psychologique (aussi appelée violence morale ou émotive), et incluent aussi parfois l'agression sexuelle, le fait de priver une personne de ses médicaments ou de lui donner une dose excessive, l'abandon, la négligence et la séquestration.

Un thème récurrent dans les définitions des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés est la notion de violation du lien de confiance. Par exemple, la Déclaration de Toronto sur la prévention de la maltraitance des personnes âgées dans le monde énonce ce qui suit :

[TRADUCTION]

La maltraitance des personnes âgées est un acte isolé ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, survenant dans une relation fondée sur la confiance et qui porte préjudice ou cause des souffrances à une personne âgée³⁰.

³⁰ Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse (2002), en ligne :

<http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/en/> or

<http://www.inpea.net/images/TorontoDeclaration_English.pdf> [Déclaration de Toronto]. La Déclaration de Toronto, rédigée conjointement par l'Organisation mondiale de la Santé, l'Université de Toronto et l'INPEA (Réseau international pour la prévention des mauvais traitements envers les aînés), est un appel à l'action lancé à l'échelle internationale. La définition a été élaborée dans un cadre multidisciplinaire. La Déclaration de Toronto adopte la

Sur le plan théorique, l'approche fondée sur la violation de la confiance est peut-être trop restrictive. Elle exclut certaines grandes catégories d'actes criminels caractérisés par le fait de cibler des personnes âgées, comme les braquages de domicile et les fraudes par téléphone. Elle exclut aussi les actes de violence aléatoires commis par des étrangers. Ce genre d'infraction implique que le contrevenant a pu profiter de la vulnérabilité d'une personne due à son âge et à sa maladie et que les répercussions pour la victime sont aggravées par son âge — deux dénominateurs communs de l'exploitation et de la maltraitance des personnes âgées — indépendamment de l'absence d'une relation entre la victime et le contrevenant.

En ce qui concerne les politiques sociales, s'il est si urgent de régler le problème des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés, c'est probablement en raison du lien entre l'âge et la vulnérabilité, ainsi qu'en raison du nombre croissant de personnes âgées vulnérables, vu le contexte démographique. Au cours des décennies précédentes, un engagement semblable envers les groupes vulnérables a stimulé l'élaboration de politiques en matière de protection de l'enfance, de violence familiale et de violence faite aux femmes. Comme dans le cas de la violence faite aux enfants, il est logique de parler de vulnérabilité et de dépendance. Ce point de vue sur les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées sous-tend les régimes de protection des adultes que nous examinerons plus loin dans le présent document, qui mettent l'accent sur l'obligation de signaler les situations, parfois au détriment du respect de la vie privée de l'aîné. Tout parallèle avec la violence envers les enfants doit cependant être fait avec prudence parce que l'idée de l'existence d'un lien entre l'âge et la vulnérabilité est une généralisation excessive : un grand nombre de personnes âgées demeurent en santé, robustes et pleines de ressources en vieillissant.

Pour les besoins du présent document, nous nous attachons aux mauvais traitements qui surviennent dans le cadre de relations de dépendance, d'aide ou de soutien, et dans le cadre de relations d'intimité, par exemple des mauvais traitements commis par des amis, des membres de la famille, un partenaire de vie ou d'autres êtres chers. Nous évitons d'employer le terme « confiance » pour un certain nombre de raisons. Au Canada, l'« abus de confiance » est un terme juridique ayant un sens précis, vraisemblablement plus restreint que la catégorie de comportements que souhaitent englober les auteurs de la Déclaration de Toronto³¹. En outre, déterminer si une relation repose sur la confiance est une question complexe. Les personnes âgées sont maltraitées par des membres de la famille et des amis qui leur sont chers, mais auxquels elles n'auraient pas dû accorder leur confiance, comme c'est peut-être le cas lorsque la dynamique de la relation révèle qu'il y a eu des mauvais traitements, de la violence familiale ou de la manipulation. Les gens se retrouvent également souvent isolés dans des relations d'interdépendance avec des personnes violentes auxquelles ils ne font pas confiance et pourtant, pour diverses raisons qui excèdent le cadre de la présente analyse, les gens restent dans ces relations dangereuses ou malsaines. Ces descriptions dénotent-elles des relations de confiance? La « confiance » est un terme aussi complexe que les « mauvais traitements envers les aînés » et mérite en soi d'importants éclaircissements.

définition des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés élaborée initialement par l'organisme britannique Action on Elder Abuse.

³¹ Tout acte commis par un fiduciaire en contravention de l'acte de fiducie ou en outrepassant ses pouvoirs et au détriment de la fiducie; ou l'omission préjudiciable par un fiduciaire de tout acte qu'il est tenu de commettre en vertu de l'acte de fiducie. Également le détournement, par le fiduciaire, de fonds ou de biens qui lui ont été légalement confiés à titre fiduciaire. Tout manquement, par un fiduciaire, à une obligation que l'*equity* lui impose, qu'il soit volontaire et frauduleux, commis par négligence ou simplement par mégarde ou par oubli, est un « abus de confiance ». *Black's Law Dictionary*, avec prononciations, 6^e éd., sous [TRADUCTION] « abus de confiance ».

Le rapport conceptuel entre « mauvais traitements » et « négligence » est un autre aspect légèrement controversé de la définition des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés. La négligence est-elle un type de mauvais traitements? Ou s'agit-il d'un concept différent, mais connexe? Pour les besoins du présent document, nous utilisons l'expression « mauvais traitements et négligence envers les aînés » dans un sens général où elle englobe différents actes et omissions qui causent un préjudice à une personne âgée. Dans la prochaine section, où nous décrivons le droit en vigueur au Canada, nous indiquons si une loi emploie l'expression « mauvais traitements » ou « négligence » ou les deux. Cependant, ces expressions ne sont pas aussi distinctes qu'elles semblent l'être, dans la mesure où la négligence peut être un type de mauvais traitements.

Enfin, bien que nous puissions débattre des éléments clés d'une définition exhaustive des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés, dans le cadre de la pratique, nous sommes nombreux à penser que « nous le saurons quand nous le verrons ». Pour les besoins du présent document de travail, nous laissons donc de côté le problème de la définition des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés pour nous appuyer plutôt sur les exemples de mauvais traitements fournis par les six décisions examinées. Le présent document aborde les choses sous l'angle de la relation de confiance étant donné que, dans les affaires que nous avons examinées, tous les contrevenants étaient connus des victimes et qu'il existait probablement une relation continue de dépendance, d'interdépendance ou d'affection. Cependant, ce choix est surtout pragmatique : il est né du désir de discuter de prévention et de mettre en évidence les cas où on a raté l'occasion d'intervenir et d'apporter un soutien.

(b) Qu'entend-on par vulnérabilité?

À la fin des années 1980 et au début des années 1990, le discours sur les mauvais traitements et la négligence envers les aînés est passé d'une définition paternaliste fondée sur l'âge à un modèle sans distinction quant à l'âge et fondé sur l'incapacité, de sorte que tout adulte qui se heurtait à des difficultés d'ordre social était étiqueté « vulnérable ». Bien que ce changement analytique se soit voulu progressiste, la « vulnérabilité » s'est avérée un concept intrinsèquement problématique. Quatre arguments principaux militent contre l'emploi de ce terme :

1. Il est vague, imprécis et trop large : sous certaines conditions, toute personne peut être vulnérable.
2. Il masque un certain paternalisme et est employé pour justifier une intervention qui n'a pas lieu d'être.
3. Il définit une personne en fonction de présomptions liées à une déficience perçue ou à un diagnostic médical.
4. Il fait de facteurs externes des éléments intrinsèques de l'identité individuelle de l'adulte³².

Dans le présent document, nous employons le mot « vulnérable » comme terme générique pour englober la notion de risque accru de mauvais traitements ou de négligence — un concept auquel les

³² Pour de plus amples renseignements sur la notion d'identité individuelle, voir : Centre for Research on Personhood in Dementia, en ligne : <www.crpdp.ubc.ca>.

différents régimes de protection des adultes dans le pays renvoient de diverses façons. Cependant, il s'agit ici d'un document portant sur le droit, et la vulnérabilité n'est pas, à proprement parler, un terme ayant une définition juridique. Très peu de lois définissent « vulnérables » et « vulnérabilité ».

La *Loi sur les personnes vulnérables ayant une déficience mentale* du Manitoba définit une « **personne vulnérable** » dans les termes suivants : « Adulte ayant une déficience mentale et qui requiert de l'aide pour satisfaire ses besoins essentiels relativement à ses soins personnels ou à la gestion de ses biens³³. » Comme son titre l'indique, cette loi — et donc la définition ci-dessus — s'applique uniquement aux personnes ayant une déficience mentale. La *Public Guardian and Trustee Act* de la Saskatchewan définit [TRADUCTION] « **adulte vulnérable** » comme [TRADUCTION] « une personne âgée de 16 ans ou plus qui a une maladie, une déficience, une invalidité ou une limitation liée au vieillissement qui l'exposent au risque d'exploitation financière »³⁴. Dans ce cas également, la portée de la définition est limitée par le contexte : elle s'applique seulement dans les cas d'exploitation financière. La *Loi sur le casier judiciaire* fédérale définit une « **personne vulnérable** » de la façon suivante :

Personne qui, en raison de son âge, d'une déficience ou d'autres circonstances temporaires ou permanentes :

- (a) soit est en position de dépendance par rapport à d'autres personnes;
- (b) soit court un risque d'abus ou d'agression plus élevé que la population en général de la part d'une personne en position d'autorité ou de confiance par rapport à elle³⁵.

Les lois canadiennes s'intéressant à la protection des adultes qui peuvent être particulièrement vulnérables aux mauvais traitements ou à la négligence, ou exigeant une intervention protectrice de l'État lorsque certaines catégories d'adultes sont victimes de maltraitance, ont recours à des combinaisons des expressions suivantes pour caractériser la catégorie d'adultes considérés comme vulnérables aux mauvais traitements et pour justifier la protection de l'État :

- incapable de demander du soutien et de l'aide³⁶
- une contention physique; ou un handicap physique; une maladie, une affection, une blessure ou une autre condition qui nuit à leur capacité de prendre des décisions sur des questions liées à la violence ou à la négligence³⁷
- une contention chimique ou physique; ou une incapacité physique ou intellectuelle; une maladie, une affection, une blessure ou une autre condition³⁸
- maladie, déficience, invalidité ou limitation liée au vieillissement qui expose la personne à un risque³⁹
- personne âgée ou handicapée susceptible d'être exploitée⁴⁰
- incapacité physique ou mentale⁴¹

³³ *Loi sur les personnes vulnérables ayant une déficience mentale*, C.P.L.M., ch. V90, par. 1(1).

³⁴ *Public Guardian and Trustee Act*, S.S. 1983, ch. P.-36.3, par. 40.5(1).

³⁵ *Loi sur le casier judiciaire*, L.R.C. 1985, ch. C-47, par. 6.3(1).

³⁶ *Adult Guardianship Act*, R.S.B.C. 1996, ch. 6, par. 46(1); *Loi sur la protection des adultes et la prise de décisions les concernant*, annexe A, L.Y. 2003, ch. 21, al. 59*b*).

³⁷ *Adult Guardianship Act*, *ibid.*, art. 44.

³⁸ *Loi sur la protection des adultes et la prise de décisions les concernant*, *supra*, note 36, al. 59*b*).

³⁹ *Public Guardian and Trustee Act*, *supra*, note 34, art. 19.

⁴⁰ *Charte des droits*, *supra*, note 9, art. 48.

- personne adulte handicapée ou personne âgée⁴²
- une déficience physique ou mentale ou toute autre incapacité⁴³.

Nous examinerons de manière plus approfondie le concept d'adultes protégés qui est employé dans chaque administration dans la prochaine section. Les expressions ci-dessus sont mentionnées dans le seul but de clarifier le sens du terme « vulnérable ».

À cause de la diversité des régimes de protection des adultes qui existent dans certaines provinces et certains territoires, la même situation de mauvais traitements n'exigera pas nécessairement une intervention dans toutes les administrations.

Nous nous fondons sur la conceptualisation de « vulnérabilité » étudiée dans le cadre du projet Vanguard, laquelle est reproduite ci-après :

[TRADUCTION]

1. *La vulnérabilité est relative.* Une personne est plus ou moins vulnérable. Ce terme ne décrit pas un état absolu.
2. *La vulnérabilité est relationnelle.* Une personne n'est pas vulnérable de manière générale, elle est toujours vulnérable à quelque chose.
3. *La vulnérabilité ne se réduit pas à une incapacité.* Une déficience ou un problème de santé est susceptible d'engendrer de la vulnérabilité selon les circonstances. À l'inverse, d'autres circonstances sociales peuvent rendre une personne vulnérable, qu'elle ait ou non une incapacité.
4. *La vulnérabilité est une condition sociale.* Cette condition sociale peut découler de divers facteurs sociaux, notamment l'isolement, le manque d'instruction, la pauvreté, l'absence de citoyenneté, la barrière linguistique, un diagnostic de maladie mentale, une maladie, une déficience sur le plan du développement, la toxicomanie, le sans-abrisme ou l'itinérance, des antécédents de violence, le genre ou le sexe, l'identité de genre et l'orientation sexuelle. Ces caractéristiques ou l'appartenance à un de ces groupes sont des indices de vulnérabilité.
5. *La vulnérabilité n'est pas une qualité inhérente.* La vulnérabilité ne constitue pas une lacune personnelle. Elle découle plutôt de la relation entre les caractéristiques ou la situation d'une personne et un agresseur potentiel. La notion de vulnérabilité serait dénuée de sens sans la possibilité de violence et la présence de la personne ou de l'établissement qui pourrait être à l'origine de la violence. En ce sens, la vulnérabilité est une construction sociale.
6. *La vulnérabilité n'est pas un concept statique.* Le contexte social change et les gens aussi⁴⁴.

⁴¹ *Adult Protection Act*, R.S.N.S. 1989, ch. 2, art. 3. Terre-Neuve utilise un libellé similaire, soit « incapacité physique ou mentale » : *Neglected Adults Welfare Act*, R.S.N.L. 1990, ch. N-3, al. 2j).

⁴² *Loi sur les services à la famille*, L.N.-B. 1980, ch. F-2.2, par. 34(1) et (2).

⁴³ *Adult Protection Act*, R.S.P.E.I. 1988, ch. A-5, al. 1j).

⁴⁴ BC Adult Abuse / Neglect Prevention Collaborative, *Vulnerable Adults and Capability Issues in BC: Provincial Strategy Document*, Vancouver, 2009, en ligne : <<http://www.bcli.org/ccel/projects/vanguard#tabs-projects-2>>, p. 16.

La vulnérabilité est donc déterminée par la société et non inhérente à un adulte. Voici certains facteurs qui pourraient indiquer de la vulnérabilité :

- Mauvais traitements ou négligence actuels ou antérieurs
- Isolement, tant physique que social
- Absence de soutien de la part de la famille, des amis et d'autres personnes
- Manque d'instruction
- Faible revenu / pauvreté
- Absence de citoyenneté ou incertitude
- Immigration récente
- Barrières linguistiques
- Diagnostic de maladie mentale
- Maladie
- Déficience sur le plan du développement
- Problèmes physiques ou fragilité
- Toxicomanie
- Sans-abrisme ou itinérance
- Genre/sexe
- Identité de genre
- Orientation sexuelle
- Culture d'origine, y compris la culture autochtone
- Obstacles en matière de transport

Aucun de ces indices n'est en soi totalement déterminant ni ne reflète une difficulté personnelle inhérente à l'adulte. Cette liste présente plutôt certaines des difficultés résultant d'une construction sociale auxquelles sont confrontés les gens. Par exemple, l'orientation sexuelle n'est pas une difficulté inhérente; cependant, la discrimination homophobe est une vulnérabilité, résultant d'une construction sociale, contre laquelle certains adultes peuvent se voir forcés de lutter et qui peut accroître la vulnérabilité d'un adulte dans certaines circonstances. L'incapacité peut être liée à une déficience fonctionnelle, mais c'est le manque d'accessibilité, de ressources et d'éducation dans la collectivité d'une personne qui fait le lien entre vulnérabilité et incapacité. La vulnérabilité découle de l'interaction entre une caractéristique personnelle ou l'appartenance à un groupe social et un agresseur donné ou une norme sociale rigide.

La liste ci-dessus est manifestement extrêmement large. Lorsque les circonstances s'y prêtent, à peu près n'importe qui peut être vulnérable.

La vulnérabilité tend à être caractérisée par l'absence de pouvoir social. La vulnérabilité est relative et comporte des degrés. La présence de plusieurs indices laisse augurer une plus grande vulnérabilité.

4. Aperçu du droit canadien en matière de mauvais traitements et de négligence envers les aînés

(a) Introduction

Le Canada est un État fédéral, ce qui signifie que la responsabilité de légiférer dans des secteurs particuliers est partagée entre le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces et des territoires. Dans la pratique, il existe un chevauchement considérable entre les lois fédérales et provinciales, et les mauvais traitements envers les aînés constituent un domaine où tous les gouvernements ont légiféré. Alors que les lois pénales sur les mauvais traitements et la négligence envers les aînés sont fédérales, la plupart des lois applicables en matière de santé, de services sociaux, de protection des consommateurs et de tutelle pour adultes sont provinciales et territoriales. En ce qui concerne les lois sur les mauvais traitements envers les aînés, les provinces et les territoires ont adopté diverses approches, de sorte que les recours varient selon la région où le praticien exerce ses fonctions.

Bon nombre de lois touchent aux mauvais traitements et à la négligence envers les aînés et elles varient selon les provinces. La présente partie propose un aperçu des lois pertinentes dans le but d'aider les professionnels de la santé et les travailleurs des services communautaires à comprendre les obligations légales en matière de mauvais traitements et de négligence envers les aînés. Dans la partie b), nous énonçons brièvement les dispositions pertinentes du *Code criminel* fédéral. Dans la partie c), nous décrivons les lois provinciales et territoriales sur la protection des adultes et la violence familiale, ainsi que les autres lois les plus pertinentes en ce qui a trait aux mauvais traitements et à la négligence envers les aînés, en faisant ressortir les dispositions qui imposent des obligations en matière d'intervention ou de signalement. Dans la partie d), nous examinons la notion de capacité mentale et sa pertinence au regard des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés. Enfin, dans la partie e), nous résumons les lois sur la confidentialité des renseignements personnels et médicaux.

La section 4 du présent document suit une approche comparative, en examinant les divers régimes et en condensant l'information dans plusieurs tableaux afin de faciliter les comparaisons et la consultation.

(b) Le *Code criminel* canadien

Contrairement à certains États américains, le *Code criminel* canadien (le Code) ne sanctionne pas spécifiquement les mauvais traitements ou la négligence envers les aînés. Toutefois, dans cinq des affaires examinées dans le présent document, le contrevenant a été accusé d'un crime prévu dans le Code, soit les crimes généraux de vol, fraude, voies de fait, séquestration sans autorisation, homicide involontaire (meurtre sans intention précise de tuer), menaces et omission de fournir les choses nécessaires à l'existence (négligence criminelle)⁴⁵. La perpétration d'un crime sert de fondement pour porter une accusation lorsqu'une personne âgée fait l'objet de mauvais traitements. Toutefois, en pratique, ce ne sont pas tous les incidents de mauvais traitements qui mèneront à une déclaration de

⁴⁵ La vulnérabilité de la victime en raison de son âge peut également avoir une incidence sur la détermination de la peine et selon le Code (article 718.2), les crimes perpétrés contre des personnes âgées sont passibles de peines plus sévères que les crimes dont les victimes sont moins vulnérables. La notion de vulnérabilité constitue donc un aspect des lois pénales touchant les mauvais traitements et la négligence envers les aînés.

culpabilité ou à une poursuite ou même qui s'inscriront facilement dans le paradigme du droit criminel. Dans la présente partie, nous examinerons brièvement le droit en matière de négligence criminelle, car cette infraction dont le sens n'est pas évident est souvent invoquée dans les affaires hautement médiatisées de mauvais traitements et de négligence envers les aînés.

L'article 215 du Code prévoit que toute personne est légalement tenue de fournir les choses nécessaires à l'existence à une personne à sa « charge », si cette personne est incapable a) de se soustraire à cette charge par suite de « détention, d'âge, de maladie, de troubles mentaux, ou pour une autre cause », et b) « de pourvoir aux choses nécessaires à sa propre existence »⁴⁶. Les tribunaux ont interprété cette description pour imposer à un enfant adulte, dans certaines circonstances, l'obligation de fournir des soins adéquats à un parent âgé (p. ex. l'affaire *Grant*), et pour imposer à un aidant rémunéré l'obligation de fournir des soins adéquats à un client (p. ex. l'affaire *Chartrand*), dans des circonstances où la personne âgée souffrait de malnutrition ou se trouvait dans un état déplorable de manque d'hygiène personnelle, situations qui ont entraîné la mort de la personne âgée ou ont mis sa vie en danger.

Comme le montrent les cas examinés dans le présent document de travail, les affaires de négligence criminelle tendent à présenter des exemples extrêmes de négligence, probablement en partie parce que la loi parle de conduite « dangereuse pour la vie » et de « préjudice permanent »⁴⁷. Prenons les deux affaires de négligence illustrées dans le présent document. Kathleen Grant et Henry Matthews n'avaient tous deux aucune réaction lorsqu'ils ont été trouvés, assis ou allongés dans des excréments. La gangrène de Kathleen Grant était si avancée qu'elle avait atteint les organes et les os et a entraîné sa mort après quelques jours d'hospitalisation. Dans l'affaire *Chartrand*, l'intervention précoce a permis au vieil homme de vivre encore quelques années. Ces deux cas reflètent la gamme des affaires de négligence rapportées dans les recueils de jurisprudence. Toutefois, la plupart des décisions publiées présentent des faits proches des circonstances atroces sur lesquelles repose l'affaire *Grant*⁴⁸.

(c) Les lois sur la protection des adultes et les lois connexes

Chaque province et territoire a adopté une approche différente quant aux lois et aux obligations concernant les mauvais traitements et la négligence envers les adultes. La différence de démarche traduit des orientations idéologiques divergentes quant à l'importance de l'intervention en vue

⁴⁶ *Code criminel, supra*, note 18, art. 215.

⁴⁷ *Ibid.*, (2) Commet une infraction quiconque, ayant une obligation légale au sens du paragraphe (1), omet, sans excuse légitime, dont la preuve lui incombe, de remplir cette obligation, si :

a) à l'égard d'une obligation imposée par l'alinéa (1)a) ou b) :

(i) ou bien la personne envers laquelle l'obligation doit être remplie se trouve dans le dénuement ou dans le besoin,

(ii) ou bien l'omission de remplir l'obligation met en danger la vie de la personne envers laquelle cette obligation doit être remplie, ou expose, ou est de nature à exposer, à un péril permanent la santé de cette personne;

b) à l'égard d'une obligation imposée par l'alinéa (1)c), l'omission de remplir l'obligation met en danger la vie de la personne envers laquelle cette obligation doit être remplie, ou cause, ou est de nature à causer, un tort permanent à la santé de cette personne.

⁴⁸ Voir également, par exemple, *R. c. Noseworthy*, 2007 Carswell Ont 9064 (C.S.J. Ont.) [*Noseworthy*], *R. c. Nanfo*, 2008 ONCJ 313, 78 W.C.B. (2d) 580, [2008] O.J. n° 2742 (C.S. Ont.) [*Nanfo*], et *R. c. Chappell*, décision rendue de vive voix le 17 avril 2000 (C.S. Ont. (1^{re} inst.)) [*Chappell*]. Dans *Noseworthy* et *Nanfo*, les victimes sont décédées avant que les autorités ne soient contactées. Dans l'affaire *Chappell*, la victime est décédée quelques jours après avoir été retirée de la garde de Chappell.

d'assurer la protection par opposition à la nécessité de maintenir, autant que possible, l'autonomie de l'adulte et son droit de vivre à ses risques et périls. Certains régimes exigent de signaler les cas de violence et de négligence envers les adultes; d'autres permettent ou exigent l'intervention si un adulte vulnérable est exposé à un risque⁴⁹. Certaines lois s'appliquent seulement aux adultes qui résident dans des établissements de soins; d'autres s'appliquent à tous les adultes qui satisfont à la définition d'un adulte à protéger qu'elles prévoient.

Aucune loi sur la protection des adultes ne s'applique exclusivement aux personnes âgées. Ces lois prévoient plutôt des obligations envers des groupes de personnes tels les adultes à risque, les adultes vulnérables, les personnes pouvant être exploités, les victimes de violence et les adultes recevant des soins.

On peut grouper ainsi les divers cadres législatifs :

- i) Régimes exhaustifs de protection des adultes
- ii) Régimes de soins en établissement
- iii) Régimes protectionnistes
- iv) Régimes disparates
- v) Lois sur la négligence

La présente partie est de nature comparative. Nous examinerons des lois provenant de l'ensemble des provinces et territoires. Nous passerons en revue les différentes approches, en faisant ressortir ce qu'implique l'obligation de signalement ou d'intervention imposée aux travailleurs de la santé ainsi que les mesures de protection offertes à la personne qui signale un cas de mauvais traitements.

Nous mettrons l'accent sur les lois les plus pertinentes pour la pratique dans chaque province et territoire. Dans chaque cas, le type de régime ressort de l'interaction entre les différentes lois pertinentes qui existent dans chaque province ou territoire.

i) Régimes exhaustifs de protection des adultes (Colombie-Britannique, Yukon, Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince-Édouard)

Une loi qui crée un régime exhaustif est une loi qui porte explicitement sur les mauvais traitements et la négligence envers les adultes. Les provinces et les territoires disposant de régimes exhaustifs traitent généralement des mauvais traitements et de la négligence dans le cadre d'un régime plus large de tutelle ou de soutien à la prise de décisions⁵⁰.

Les régimes de tutelle et de soutien à la prise de décisions prévoient la désignation de mandataires ou d'aides à la prise de décision pour les adultes qui n'ont pas la capacité mentale de prendre leurs propres décisions, une caractéristique qui peut aussi rendre une personne âgée vulnérable aux mauvais traitements ou à la négligence. Dans ces régimes, la capacité mentale devient une notion clé

⁴⁹ De plus, certaines lois examinées plus loin dans la présente partie sont muettes au sujet du signalement.

⁵⁰ Le terme « exhaustif » n'est pas employé pour exprimer un jugement de valeur indiquant la supériorité de cette approche. Il indique simplement que ces régimes 1. prévoient un certain nombre de mesures éventuelles en cas de mauvais traitements et de négligence (et pas seulement, par exemple, l'obligation ou la capacité de signaler les mauvais traitements) et 2. visent les mauvais traitements et la négligence dans le contexte d'une loi conçue pour assurer la protection des adultes de manière générale (par opposition à une loi qui porte exclusivement sur la violence familiale, l'une des nombreuses formes que peuvent prendre les mauvais traitements envers un aîné).

au regard des mauvais traitements et de la négligence envers les adultes⁵¹. Quatre provinces et territoires — la Colombie-Britannique, le Yukon, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard — ont des régimes exhaustifs en matière de protection des adultes⁵².

Chacune des lois définit une catégorie précise d'adultes protégés contre une série de formes de mauvais traitements et de négligence. Les régimes exhaustifs s'appliquent aux adultes indépendamment de leurs conditions de vie, de sorte qu'ils s'appliquent aux adultes qui vivent de façon autonome comme aux adultes qui résident dans des établissements de soins⁵³. Les lois confèrent à un organisme le pouvoir d'enquêter sur les allégations de mauvais traitements et de négligence, permettent à toute personne de signaler volontairement un cas de mauvais traitements et protègent les personnes qui signalent un cas de mauvais traitements (les dénonciateurs) contre les conséquences juridiques et les conséquences en matière d'emploi découlant de leur geste. Ces lois reconnaissent également l'autonomie décisionnelle innée des adultes vulnérables, favorisent la consultation des adultes à protéger et permettent ou exigent une vaste gamme d'options en matière d'intervention. L'*Adult Protection Act* de l'Île-du-Prince-Édouard caractérise l'aide qui peut être apportée à un adulte à protéger dans les termes suivants :

[TRADUCTION]

10. Sans limiter la généralité de l'article 9, l'aide peut inclure la fourniture de services comme les suivants, des arrangements à cette fin, le paiement de ces services ou l'aiguillage vers ces services :

- (a) évaluation et planification;
- (b) counselling et autres types de services sociaux;
- (c) orthophonie et audiologie;
- (d) ergothérapie et physiothérapie;
- (e) soins de relève et soins de jour;
- (f) activités sociorécréatives et formation professionnelle;
- (g) aide familiale, nutrition et contacts amicaux;
- (h) conseils juridiques et gestion financière;
- (i) demandes de fiducie ou de tutelle;
- (j) facilités de logement et soins personnels ou infirmiers et tout autre type de services de santé, de services sociaux ou autres qui peuvent être jugés nécessaires pour le bien-être de la personne⁵⁴.

⁵¹ Les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres maladies menant à la démence sont des exemples de personnes pouvant être frappées d'incapacité mentale. Un régime législatif sur la tutelle prévoit la désignation d'un mandataire pour assister l'adulte n'ayant pas la capacité mentale de prendre toutes les décisions ou une catégorie de décisions. Dans certaines provinces et territoires, on prévoit une solution moins intrusive, soit la possibilité de recourir, dans le cas d'un adulte souffrant d'une incapacité limitée, à divers mécanismes comme une entente, une autorisation ou une ordonnance désignant une aide à la prise de décisions. Cela est possible dans le cas d'une personne qui est en mesure de prendre des décisions avec l'aide de quelqu'un d'autre. Nous examinerons la notion de capacité mentale plus en détail à la section 4d).

⁵² La Nouvelle-Écosse a aussi une loi générale sur la protection des adultes. Il sera question de ce régime protectionniste dans une autre section parce que, contrairement aux quatre administrations qui sont examinées ici parce qu'elles ont des régimes exhaustifs, la Nouvelle-Écosse a à la fois une loi sur la protection des adultes et une loi qui s'applique exclusivement à la protection des adultes résidant dans des établissements de soins. L'existence de ces deux lois crée un cadre juridique légèrement différent en ce qui concerne les mauvais traitements et la négligence envers les adultes.

⁵³ En Colombie-Britannique, la loi régissant les établissements de soins crée également une obligation limitée de signalement : les titulaires d'un permis d'établissement de soins doivent signaler les incidents de mauvais traitements et de négligence et faire enquête sur eux conformément à la *Community Care and Assisted Living Act*, R.S.B.C. 2002, ch. 75, et au *Residential Care Regulation*, B.C. Reg. 96/2009, art. 77.

⁵⁴ *Adult Protection Act*, *supra*, note 43, art. 10.

Voici un extrait de l'*Adult Guardianship Act* de la Colombie-Britannique, pour illustrer l'obligation d'intervenir dans les cas de mauvais traitements et de négligence et la protection offerte aux travailleurs de la santé et à d'autres employés qui signalent un cas de mauvais traitements :

[TRADUCTION]

Signaler les mauvais traitements ou la négligence

46 (1) Quiconque possède des renseignements indiquant qu'un adulte est, à la fois :

- (a) victime de mauvais traitements ou de négligence;
 - (b) incapable, pour l'une des raisons mentionnées à l'article 44 [contraintes/handicap/maladie, blessure ou tout autre problème de santé affectant la capacité mentale], de demander du soutien et de l'aide;
- peut signaler le cas à un organisme désigné.

(2) Nul ne doit divulguer ni être tenu de divulguer l'identité d'une personne qui signale un cas en vertu du présent article.

(3) Aucune action ni poursuite en dommages-intérêts ne peut être intentée contre la personne qui signale un cas en vertu du présent article ou qui participe à une enquête en vertu de la présente Partie, à moins qu'elle ne fasse une déclaration fautive avec l'intention de nuire.

(4) Il est interdit à tout employeur

- (a) de refuser d'employer ou de continuer d'employer une personne;
- (b) de menacer de licencier une personne ou de la menacer de prendre d'autres mesures à son égard;
- (c) de faire à l'égard d'une personne des distinctions injustes en matière d'emploi ou d'autres conditions d'emploi ou en matière d'adhésion à une organisation professionnelle ou syndicale;
- (d) d'user de menaces ou de coercition à l'encontre d'une personne, de prendre des mesures disciplinaires à son égard, de lui imposer une sanction, pécuniaire ou autre, pour le motif que cette personne signale un cas ou participe à une enquête en vertu de la présente Partie.

(5) Au paragraphe 4, les mesures disciplinaires comprennent

- (a) le refus de délivrer ou de renouveler un permis ou un certificat permettant d'exercer une profession ou un métier;
- (b) le refus d'accorder ou de renouveler un permis d'exercer dans un hôpital ou la décision d'annuler un permis d'exercer⁵⁵.

La Colombie-Britannique a un statut particulier parce que, bien que le signalement des cas de mauvais traitements y soit volontaire selon les dispositions susmentionnées, les autorités sanitaires régionales sont tenues d'enquêter sur les cas de mauvais traitements soupçonnés et de signaler les cas de mauvais traitements à la police, ainsi que les crimes qui auraient été commis à l'égard d'adultes protégés en vertu de cette loi⁵⁶. En pratique, les autorités sanitaires ont interprété ces dispositions comme exigeant une intervention de la part de tous les employés des différentes autorités sanitaires. Ainsi, en Colombie-Britannique, la question de savoir si l'intervention motivée par des soupçons de mauvais traitements ou de négligence est obligatoire ou volontaire dépend de l'identité de l'employeur : s'il s'agit d'un hôpital public, il faut signaler les cas de mauvais traitements à un supérieur afin qu'une enquête soit menée et signaler les crimes présumés à la police; s'il s'agit d'un établissement de soins de santé privé ou d'une agence qui ne dispense pas de services en vertu d'un contrat conclu avec une autorité sanitaire, l'intervention est volontaire.

⁵⁵ *Adult Guardianship Act*, *supra*, note 36, art. 46.

⁵⁶ *Ibid.*, art. 1, 47, 50, 61(a.1), et *Designated Agencies Regulation*, C.-B. Reg. 19/2002, art. 3 et 4. Les autorités sanitaires comprennent la Fraser Health Authority, l'Interior Health Authority, la Northern Health Authority, la Vancouver Coastal Health Authority et la Vancouver Island Health Authority. La Providence Health Care Society a été ajoutée à titre d'organisme désigné.

En vertu du régime du Yukon, le signalement est entièrement volontaire, mais les organismes désignés doivent enquêter sur les cas de violence soupçonnée⁵⁷. À l'Île-du-Prince-Édouard, le signalement est volontaire et s'applique aux adultes à risque :

[TRADUCTION]

4. (1) Toute personne qui a des motifs raisonnables de croire qu'une personne a ou risque fort d'avoir besoin d'aide ou de protection peut signaler la situation de la façon et à l'autorité prévues par le ministre⁵⁸.

La *Loi sur les services à la famille* du Nouveau-Brunswick a une approche assez unique en ce sens que la protection des adultes est abordée dans le contexte d'une loi qui porte principalement sur la protection de l'enfance. Un court article de la Loi porte sur les adultes ayant besoin de protection. La Loi prévoit que le signalement est volontaire dans le cas des « professionnels » et permet à ceux-ci de divulguer des renseignements confidentiels concernant un client ou un patient pour appuyer une enquête :

35.1(1) Un professionnel peut divulguer au Ministre des renseignements concernant une personne pour laquelle il a des raisons de croire qu'elle est un adulte négligé ou maltraité, y compris des renseignements qui ont été obtenus dans l'exercice de ses responsabilités professionnelles ou au cours d'une relation professionnelle⁵⁹.

Le mot « professionnel » désigne les travailleurs de la santé et des services sociaux⁶⁰.

L'une des raisons pour lesquelles nous considérons que les régimes de ces quatre administrations sont exhaustifs est que, dans les cas où l'on soupçonne la violence, la loi prévoit une gamme d'options allant du soutien offert et des ressources communautaires à la demande d'ordonnance de tutelle. De plus, les ordonnances de tutelle peuvent être adaptées de façon à autoriser l'intervention dans la prise de décisions dans la seule mesure nécessaire pour assurer la protection de l'adulte et de ses biens. Ces lois traduisent cependant une tension en raison de l'importance qu'elles accordent à l'autonomie de l'adulte vulnérable. Les principes directeurs de l'*Adult Guardianship Act* de la Colombie-Britannique attachent une grande importance à l'autonomie de l'adulte et à sa participation à la prise de décisions concernant les interventions de soutien :

[TRADUCTION]

Principes directeurs

2 La présente loi est appliquée et interprétée conformément aux principes suivants :

⁵⁷ *Loi sur la protection des adultes et la prise de décisions les concernant*, *supra*, note 36, par. 61(1) et 62(1). À l'heure actuelle, le seul organisme désigné est la Section des services aux aînés et de la protection des adultes, qui est située à Whitehorse.

⁵⁸ *Adult Protection Act*, R.S.P.E.I., *supra*, note 43, par. 4(1).

⁵⁹ *Loi sur les services à la famille*, *supra*, note 42, par. 35.1(1).

⁶⁰ *Ibid.*, par. 35.1(5). Cette disposition prévoit ce qui suit :

Aux fins du présent article

« professionnel » désigne un employé dans un établissement de soins aux adultes ou d'un service résidentiel ou en institution, un conseiller ou instructeur de formation professionnelle, un éducateur, un médecin, un infirmier, un dentiste ou autre professionnel de la santé ou de l'hygiène mentale, un administrateur d'hôpital, un administrateur en service social, un travailleur social ou autre professionnel en service social, un agent de police ou d'exécution de la loi, un psychologue, un conseiller d'orientation, un administrateur ou employé de services de loisirs, et s'entend également de toute autre personne dont l'emploi ou l'occupation comporte la responsabilité de s'occuper d'une personne âgée ou d'un adulte handicapé.

- (a) tous les adultes ont le droit de vivre comme ils l'entendent et d'accepter ou de refuser un soutien, une aide ou une protection tant qu'ils ne nuisent à personne et qu'ils sont capables de prendre des décisions au sujet de ces questions;
- (b) tous les adultes devraient bénéficier de la forme de soutien, d'aide ou de protection la plus efficace, mais la moins restrictive et intrusive, lorsqu'ils sont incapables de s'occuper d'eux-mêmes ou de leurs affaires;
- (c) il ne devrait pas être demandé au tribunal de nommer des décideurs ou des tuteurs, et celui-ci ne devrait pas en nommer, à moins que des solutions de rechange, telles que le soutien et l'aide, n'aient été mises à l'essai ou examinées soigneusement⁶¹.

La loi indique également ce qui suit au sujet de la participation de l'adulte au processus de détermination des mesures appropriées :

[TRADUCTION]

Participation de l'adulte à la prise de décisions

52 L'organisme désigné doit faire participer l'adulte, dans toute la mesure du possible, aux décisions au sujet de la façon :

- (a) d'obtenir du soutien et de l'aide;
- (b) de fournir le soutien et l'aide nécessaires pour éviter à l'avenir les mauvais traitements ou la négligence⁶².

Pour sa part, l'*Adult Protection Act* de l'Île-du-Prince-Édouard énonce un ensemble de principes directeurs qui met l'accent à la fois sur la protection et l'autonomie, avant d'accorder la priorité à la première :

[TRADUCTION]

Principes

- (a) la société a l'obligation d'offrir à ses membres, sans égard à leurs capacités individuelles ou à leur situation, la possibilité de jouir de la sécurité et des choses nécessaires à la vie;
- (b) les personnes ayant une déficience qui nuit à leur capacité de prendre soin d'elles-mêmes ont droit aux traitements, aux soins et à l'attention nécessaires les plus efficaces, mais les moins intrusifs ou restrictifs;
- (c) même si leur déficience peut réduire leur capacité de s'exprimer, les adultes ont besoin de jouir de l'autodétermination et de voir leur personne, leurs biens et leurs droits civils être protégés;
- (d) un adulte a le droit de vivre comme il l'entend et d'accepter ou de refuser de l'aide, pourvu qu'il s'agisse d'un choix conscient et que cela ne nuise pas à autrui;
- (e) toute intervention pour aider ou protéger une personne devrait être adaptée aux besoins particuliers de celle-ci, avoir une portée limitée et être susceptible d'examen et de révision si la situation et les besoins de la personne changent;
- (f) *l'intérêt supérieur de la personne est le critère prépondérant de toute intervention visant à l'aider ou à la protéger*⁶³.

Les lois décrites dans la présente section sont plutôt longues et détaillées. Même si elles sont regroupées dans cette section afin de permettre les comparaisons et la réflexion conceptuelle, chaque loi emploie des termes particuliers pour définir la catégorie d'adultes qu'elle protège et les interventions qu'elle permet. En pratique, les travailleurs de la santé et des services sociaux doivent bien connaître les lois qui s'appliquent dans la province ou le territoire où ils fournissent des

⁶¹ *Adult Guardianship Act*, *supra*, note 36, art. 2.

⁶² *Ibid.*, art. 52.

⁶³ *Adult Protection Act*, R.S.P.E.I., *supra*, note 43, art. 3. [italique ajouté]

services. Le tableau 2, qui figure à la fin de la section 4c), décrit les obligations en matière d'intervention dans chaque administration.

ii) Régimes de soins en établissement (Ontario, Alberta, Manitoba)

En Ontario, au Manitoba et en Alberta, il n'y a pas des lois générales sur la protection des adultes, mais plutôt des lois particulières sur la protection des adultes qui résident dans certains types d'établissement ou qui y reçoivent des services⁶⁴. Dans ces provinces, le personnel et la population en général ont l'obligation de signaler les cas de mauvais traitements présumés ou de risque de mauvais traitements, et ils commettent une infraction s'ils ne le font pas⁶⁵.

La *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* de l'Ontario est une longue loi qui s'applique aux foyers de soins infirmiers et aux établissements de soins privés⁶⁶. Cette loi porte sur de nombreuses questions relatives à la réglementation des établissements de soins autres que les mauvais traitements et la négligence. Elle prévoit que l'exploitant d'un foyer de soins a l'obligation de protéger les résidents contre les mauvais traitements et la négligence :

⁶⁴ Au Manitoba, il y a également la *Loi sur les personnes vulnérables ayant une déficience mentale*, *supra*, note 33, qui s'applique à une catégorie restreinte de personnes âgées répondant aux définitions suivantes :

- « **déficience mentale** » Réduction marquée du fonctionnement intellectuel accompagnée d'une détérioration du comportement adaptatif et se manifestant avant l'âge de 18 ans. La présente définition exclut toute déficience mentale attribuable exclusivement à un trouble mental au sens de l'article 1 de la *Loi sur la santé mentale*.
- « **personne vulnérable** » Adulte ayant une déficience mentale et qui requiert de l'aide pour satisfaire ses besoins essentiels relativement à ses soins personnels ou à la gestion de ses biens.

Il ressort de ces définitions que la loi ne s'applique qu'aux adultes ayant reçu un diagnostic de déficience mentale ou développementale (et non de maladie mentale), avant l'âge de 18 ans, et qui requièrent de l'aide pour satisfaire leurs besoins essentiels relativement à leurs soins personnels ou à la gestion de leurs biens. La loi impose à un fournisseur de services, un subrogé ou un curateur l'obligation de signaler les cas de violence (par. 21(1)), prévoit une forme de protection pour les personnes qui signalent de bonne foi un cas de violence (par. 162(1) et (2)), et prévoit que quiconque omet de signaler un cas de violence commet une infraction et encourt une amende ou un emprisonnement (par. 164(1)). En Nouvelle-Écosse, une loi particulière vise la protection des personnes résidant dans un établissement de soins. Il sera question de la Nouvelle-Écosse dans la section suivante parce que son système est différent dans l'ensemble, la province ayant également adopté une loi générale sur la protection des adultes.

⁶⁵ *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, ch. 8, par. 24(5); *Loi sur la protection des personnes recevant des soins*, C.P.L.M., ch. P144, par. 12(1); *Protection for Persons in Care Act*, S.A. 2009, ch. P-29.1, par. 7(5). Dans deux autres administrations, l'obligation de signaler les cas de mauvais traitements envers les adultes résidant dans des établissements de soins est plus limitée. En Colombie-Britannique et en Saskatchewan, les titulaires d'un permis d'établissement de soins, c.-à-d. les particuliers qui détiennent un permis les autorisant à exploiter un établissement de soins, sont tenus de signaler à des autorités ou à des particuliers désignés les cas de mauvais traitements et de négligence ainsi que d'autres incidents graves causant un préjudice à un résident. Voir la note 53 (Colombie-Britannique) et la note 83 (Saskatchewan).

⁶⁶ *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, *ibid.* Cette loi a remplacé la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*, L.R.O. 1990, ch. N.7, le 1^{er} juillet 2010. Elle s'applique à une catégorie légèrement plus grande d'établissements de soins accrédités qui hébergent des personnes âgées. Les maisons de retraite sont régies par la *Loi de 2010 sur les maisons de retraite*, L.O. 2010, ch. 11. Selon cette loi, quiconque soupçonne qu'un préjudice a été causé à un résident ou qu'un résident est victime de mauvais traitements ou de négligence ou est susceptible de l'être doit le signaler au registraire de l'Office de réglementation des maisons de retraite (par. 75(1)), et le titulaire de permis doit protéger les résidents contre les mauvais traitements et signaler les incidents au registraire (par. 67(1) et art. 74). Ces dispositions ne sont pas encore en vigueur.

Obligation de protéger

19. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce qu'ils ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel⁶⁷.

La loi de l'Ontario prévoit aussi que toute personne, à l'exclusion d'un résident, a l'obligation de signaler les mauvais traitements ou le risque de mauvais traitements au « directeur »⁶⁸ :

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

24. (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.
2. Le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.
3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident.
4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident.
5. La mauvaise utilisation ou le détournement de fonds octroyés à un titulaire de permis aux termes de la présente loi ou de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*⁶⁹.

Les personnes suivantes commettent une infraction si elles ne font pas rapport des cas de mauvais traitements au directeur :

- le personnel;
- le gestionnaire du foyer de soins;
- les personnes qui fournissent des services professionnels à un résident dans les domaines de la santé, du travail social ou des techniques de travail social;
- les personnes qui fournissent des services professionnels à un titulaire de permis dans les domaines de la santé, du travail social ou des techniques de travail social⁷⁰.

Cette obligation de faire rapport s'applique aux renseignements confidentiels⁷¹ et les employés qui font de bonne foi un rapport fondé sur des motifs raisonnables sont protégés contre les mesures disciplinaires ou d'autres sanctions en matière d'emploi⁷².

La *Protection for Persons in Care Act* de l'Alberta et la *Loi sur la protection des personnes recevant des soins* du Manitoba sont différentes de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* de l'Ontario à plusieurs égards. Premièrement, au lieu de réglementer les établissements de soins de manière plus large, ces lois plus courtes portent exclusivement sur les mauvais traitements et la négligence envers les adultes recevant des services d'un hôpital ou d'autres organismes de services de santé. De plus, elles

⁶⁷ *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, ibid.*, par. 19(1).

⁶⁸ Le terme « directeur » désigne une personne nommée par le gouvernement et non le directeur d'un foyer de soins donné.

⁶⁹ *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, ibid.*, par. 24(1).

⁷⁰ *Ibid.*, par. 24(5).

⁷¹ *Ibid.*, par. 24(4).

⁷² *Ibid.*, par. 26(2).

s'appliquent à une catégorie plus large d'adultes vulnérables, à savoir les adultes qui reçoivent des services d'un établissement, et pas seulement les résidents⁷³.

La *Protection for Persons in Care Act* de l'Alberta et la *Loi sur la protection des personnes recevant des soins* du Manitoba imposent à la population générale l'obligation de signaler les cas de mauvais traitements soupçonnés, en érigeant en infraction punissable d'une amende le défaut de signaler ces cas au ministre responsable des établissements de soins de santé dans la province. Contrairement aux régimes exhaustifs, les régimes de soins en établissement visent uniquement le signalement, sans prévoir de mesures de soutien pour les adultes vulnérables ou la tutelle des adultes. L'obligation de signalement s'applique aux renseignements confidentiels. Au Manitoba, cette obligation s'applique également aux patients qui risquent de subir des mauvais traitements :

SIGNALEMENT DES CAS DE MAUVAIS TRAITEMENTS

Obligation de signaler les cas de mauvais traitements

3(1) Le fournisseur de services ou toute autre personne qui croit pour des motifs raisonnables qu'un patient subit ou risque de subir des mauvais traitements fait part de sa conviction et fournit les renseignements sur lesquels celle-ci se fonde au ministre ou à son représentant, et ce, rapidement.

Renseignements confidentiels

3(2) L'obligation de signaler les cas de mauvais traitements existe malgré la confidentialité des renseignements sur lesquels se fonde la conviction de la personne et même si la communication de ces renseignements est restreinte par des dispositions législatives ou autrement. Toutefois, cette obligation ne s'applique pas aux renseignements qui sont protégés par le secret professionnel de l'avocat⁷⁴.

La loi prévoit également ce qui suit :

Renseignements et documents

6(2) L'enquêteur peut exiger qu'une personne qu'il juge en mesure de lui donner des renseignements sur l'affaire faisant l'objet de l'enquête :

- (a) lui fournisse les renseignements;
- (b) produise pour examen ou reproduction des documents ou d'autres choses — y compris des renseignements médicaux personnels au sens de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels* — qui, selon lui, ont trait à l'affaire faisant l'objet de l'enquête et qui peuvent se trouver en la possession ou sous la responsabilité de cette personne⁷⁵.

La loi de l'Alberta ne mentionne pas le risque :

[TRADUCTION]

Signalement des cas de mauvais traitements

7 (1) Sous réserve du paragraphe (6), toute personne qui a des motifs raisonnables de croire que des mauvais traitements sont infligés ou ont été infligés à un client doit le signaler dans le délai prévu au paragraphe 8(1) :

⁷³ La loi de l'Alberta définit un « client » dans les termes suivants : [TRADUCTION] « un adulte qui reçoit des soins ou des services de soutien d'un fournisseur de services » : *Protection for Persons in Care Act*, R.S.A., *supra*, note 65, al. 1*b*); la loi du Manitoba définit un « patient » de la façon suivante : « Adulte [...] qui est résident ou malade en consultation interne d'un établissement de santé ou bénéficiaire de soins de relève d'un tel établissement », à l'exception des adultes vulnérables visés par la *Loi sur les personnes vulnérables ayant une déficience mentale : Loi sur la protection des personnes recevant des soins*, C.P.L.M., *supra*, note 65, art. 1.

⁷⁴ *Loi sur la protection des personnes recevant des soins*, C.P.L.M., *ibid.*, art. 3.

⁷⁵ *Ibid.*, par. 6(2).

- (a) soit à un agent des plaintes;
- (b) soit à un service de police;
- (c) soit à un comité, une personne ou un organisme autorisé en vertu d'une autre loi à enquêter sur un tel cas⁷⁶.

La loi établit clairement que la relation entre la confidentialité des renseignements personnels et médicaux et la protection des adultes fait en sorte que l'obligation de signaler les cas de mauvais traitements et de communiquer des renseignements à l'appui d'une enquête l'emporte sur toutes les préoccupations concernant la confidentialité, à l'exception du secret professionnel de l'avocat.

La loi de l'Alberta impose aussi aux travailleurs de la santé et des services sociaux l'obligation de protéger les clients contre les mauvais traitements :

[TRADUCTION]

Obligations des personnes qui fournissent des soins ou des services de soutien

10 (1) Tout fournisseur de services ou tout particulier employé par un fournisseur de services ou dont les services sont retenus par un fournisseur de services qui fournit des soins ou des services de soutien à un client a l'obligation :

- (a) de prendre des mesures raisonnables pour protéger le client contre les mauvais traitements pendant qu'il lui fournit des soins ou des services de soutien;
 - (b) d'assurer un niveau de sécurité raisonnable au client.
- (2) Lorsqu'il est avisé que des mauvais traitements ont été signalés conformément à la présente loi, tout fournisseur de services ou particulier employé par un fournisseur de services ou dont les services sont retenus par un fournisseur de services prend toutes les mesures raisonnables pour assurer la sécurité et le bien-être immédiats du client faisant l'objet de ce signalement et de tout autre client susceptible d'être l'objet de mauvais traitements.

[...]

(5) Toute personne qui ne se conforme pas au présent article commet une infraction⁷⁷.

iii) **Régime protectionniste (Nouvelle-Écosse)**

La Nouvelle-Écosse paraît avoir le régime le plus protectionniste au pays. Elle combine les aspects des deux approches examinées précédemment. Le système de la Nouvelle-Écosse est fractionné : l'*Adult Protection Act* s'applique aux personnes vivant dans la collectivité; la *Protection for Persons in Care Act* s'applique aux résidents des établissements de soins de santé.

Nous considérons que le régime de la province est protectionniste en partie parce que l'*Adult Protection Act* qui y est en vigueur impose à la population générale l'obligation de signaler les cas de mauvais traitements envers des adultes vulnérables, peu importe si l'adulte demeure dans une habitation privée ou dans un établissement de soins de santé, et érige en infraction le défaut de signaler ces cas. Cette approche est différente des régimes exhaustifs examinés précédemment, qui exigent qu'une enquête soit effectuée dans certaines circonstances, mais qui n'obligent généralement pas les personnes à signaler les cas de mauvais traitements et de négligence. L'*Adult Protection Act* décrit l'obligation dans les termes suivants :

⁷⁶ *Protection for Persons in Care Act*, R.S.A., *supra*, note 65, par. 7(1). Cette loi est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2010. Elle remplace la *Protection for Persons in Care Act*, R.S.A. 2000, ch. P-29, qui prévoyait une obligation de signalement au par. 2(1).

⁷⁷ *Protection for Persons in Care Act*, R.S.A., *ibid.*, art. 10.

[TRADUCTION]

Obligation de communiquer des renseignements

5 (1) Toute personne qui détient de l'information, qu'elle soit ou non confidentielle ou protégée, indiquant qu'un **adulte a besoin de protection** doit communiquer cette information au ministre⁷⁸.

- 3 (b) « adulte ayant besoin de protection » Adulte qui, à l'endroit où il réside,
- (i) est victime de violence physique ou sexuelle, de cruauté mentale ou d'une combinaison de ces dernières, dont il est incapable de se protéger en raison d'une déficience physique ou mentale, et refuse de prendre des mesures pour se protéger, est incapable de le faire ou tarde à le faire;
 - (ii) ne reçoit pas des soins et une attention adéquats, est incapable de prendre adéquatement soin de lui-même en raison d'une déficience physique ou mentale, et refuse de prendre des mesures pour obtenir des soins et une attention adéquats, est incapable de le faire ou tarde à le faire⁷⁹.

Cette caractérisation indique que la loi s'applique à des adultes âgés qui sont incapables de se protéger contre les mauvais traitements ou la négligence à cause d'une déficience physique ou mentale.

La *Protection for Persons in Care Act* ressemble aux régimes examinés à la section (ii), sous réserve de légères différences. Elle renferme des dispositions particulières qui énoncent l'obligation des administrateurs d'établissement de soins de santé, des fournisseurs de services⁸⁰ et de la population en général d'intervenir dans les cas de mauvais traitements :

[TRADUCTION]

Obligations de l'administrateur d'un établissement de santé

- 4 (1) L'administrateur d'un établissement de santé a l'obligation de protéger les patients ou résidents de l'établissement contre les mauvais traitements et de leur assurer un niveau de sécurité raisonnable.
- (2) L'administrateur d'un établissement de santé signale au ministre toutes les allégations de mauvais traitements contre un patient ou un résident dont il a connaissance.

Obligation du fournisseur de services

- 5 (1) Le fournisseur de services qui a des motifs raisonnables de croire qu'un patient ou un résident subit ou risque de subir des mauvais traitements fait part de sa conviction et fournit les renseignements sur lesquels celle-ci se fonde au ministre ou à son représentant, et ce, rapidement.
- (2) L'obligation de signalement existe malgré la confidentialité des renseignements sur lesquels se fonde la conviction de la personne et même si la communication de ces renseignements est restreinte par des dispositions législatives ou autrement. Toutefois, cette obligation ne s'applique pas aux renseignements qui sont protégés par le secret professionnel de l'avocat.

Obligation de signaler les cas de mauvais traitements réels ou appréhendés

- 6 (1) Toute personne qui a des motifs raisonnables de croire qu'un patient ou un résident est victime de violence ou qu'il est susceptible de l'être, peut le signaler et communiquer au ministre ou à son délégué les renseignements à cet égard.
- (2) Une personne peut signaler des mauvais traitements en application du paragraphe (1) malgré la confidentialité des renseignements sur lesquels se fonde sa conviction et même si la communication de

⁷⁸ *Adult Protection Act*, R.S.N.S., *supra*, note 41, par. 5(1).

⁷⁹ *Ibid.*, al. 3*b*).

⁸⁰ « Fournisseur de services » s'entend d'une personne qui fournit des services à un patient ou à un résident et qui est employée par un établissement de santé ou fournit des services pour le compte d'un établissement de santé. *Protection for Persons in Care Act*, S.N.S. 2004, ch. 33, al. 2*f*).

ces renseignements est restreinte par des dispositions législatives ou autrement. Toutefois, cette obligation ne s'applique pas aux renseignements qui sont protégés par le secret professionnel de l'avocat⁸¹.

Selon ces dispositions, les administrateurs doivent protéger les résidents et les patients contre les mauvais traitements et faire part de toute allégation de mauvais traitements au ministre, les fournisseurs de services doivent signaler les cas de mauvais traitements ou de risque de mauvais traitements envers un résident ou un patient, et toute personne peut signaler ces cas même si l'information se fonde sur des renseignements confidentiels, autres que les renseignements protégés par le secret professionnel de l'avocat. Toutefois, comme l'*Adult Protection Act* de la Nouvelle-Écosse impose à toute personne qui possède des renseignements selon lesquels un adulte a besoin de protection l'obligation générale de faire rapport au ministre des Services communautaires, il est possible que, dans certaines circonstances, une personne autre qu'un fournisseur de services ou un administrateur soit légalement tenue de signaler les cas de mauvais traitements qui surviennent dans un établissement de soins. Les deux lois ne disent rien au sujet de leur interrelation.

Nous considérons que le régime de la Nouvelle-Écosse est protectionniste parce que toute personne dans la province a l'obligation légale de signaler les cas de mauvais traitements envers les adultes vulnérables et que, combinées, les deux lois s'appliquent aux adultes résidant dans des établissements de soins et aux adultes vivant de façon autonome. De plus, comparativement aux lois plus modernes sur la protection des adultes et la tutelle de la Colombie-Britannique et du Yukon, l'*Adult Protection Act* accorde peu d'importance au respect des désirs des adultes vulnérables et énonce plutôt le principe protectionniste prédominant suivant :

[TRADUCTION]

Dans toute instance introduite sous le régime de la présente loi, le tribunal ou le juge statue en fonction du principe que le facteur prépondérant est le bien-être de l'adulte ayant besoin de protection⁸².

iv) **Régimes disparates (Territoires du Nord-Ouest, Nunavut, Saskatchewan, Québec)**

L'approche axée sur la violence familiale (Territoires du Nord-Ouest, Nunavut, Saskatchewan)

Dans plusieurs provinces et territoires, il n'existe pas de lois particulières sur la protection des adultes ou des personnes résidant dans des établissements de soins de santé. Le vide est comblé avant tout par les lois sur la violence familiale.

Dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut, les seules lois qui s'intéressent aux mauvais traitements infligés aux personnes âgées sont les lois sur la violence familiale. En Saskatchewan, s'ajoute à la loi sur la violence familiale une loi régissant les maisons de soins, qui oblige les titulaires d'un permis d'établissement de soins à signaler les incidents graves à un certain nombre d'organismes, notamment aux autorités sanitaires régionales. Selon cette loi, un [TRADUCTION] « incident grave à signaler » s'entend notamment d'[TRADUCTION] « un préjudice dont est ou pourrait être victime un résident par suite d'un acte illicite, de traitements ou de soins

⁸¹ *Ibid.*, art. 4, 5 et 6.

⁸² *Adult Protection Act*, R.S.N.S. 1989, *supra*, note 41, art. 12.

inappropriés, de harcèlement ou de négligence »⁸³. La *Public Guardian and Trustee Act* de la Saskatchewan s'applique également aux adultes vulnérables au regard de l'exploitation financière seulement⁸⁴, mais cette loi n'exige pas le signalement. Ces deux lois doivent être mentionnées parce qu'elles font partie du régime juridique de protection des adultes en Saskatchewan. Cependant, pour ce qui est de la pratique des travailleurs de première ligne de la santé et des services sociaux, c'est la loi sur la violence familiale dont il est question dans la présente section qui est probablement la plus pertinente en ce qui a trait aux options en matière d'intervention, même si la violence familiale constitue seulement une facette des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés. La notion de régime disparate est des plus appropriée en Saskatchewan où le régime législatif est formé de plusieurs lois.

D'autres provinces et territoires examinés dans le cadre de cette analyse comparative ont adopté aussi des lois sur la violence familiale⁸⁵. Il n'en sera pas question ici en tant que régimes disparates ou de régimes concernant la violence familiale parce que, pour les raisons exposées plus loin, les lois sur la violence familiale sont conçues pour viser seulement une sous-catégorie de cas de mauvais traitements et de négligence envers les aînés. En ce sens, dans les provinces et les territoires dont il a été question précédemment dans le présent document, la loi sur la violence familiale peut présenter moins d'intérêt pour la pratique des travailleurs de la santé et des services sociaux que dans les Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et en Saskatchewan, où il n'existe pas d'autre cadre législatif. Il est toutefois important de se rappeler que des lois sur la violence familiale existent dans de nombreuses administrations et qu'en conséquence les recours examinés plus loin seront pertinents dans un grand nombre de provinces et de territoires.

Les lois sur la violence familiale des Territoires du Nord-Ouest et de la Saskatchewan ont une portée très limitée. Elles s'appliquent seulement aux cas où la victime et l'auteur de la violence habitent ou ont déjà habité ensemble⁸⁶. Les lois en question ne s'appliquent pas aux résidents des établissements de soins de santé relativement aux mauvais traitements infligés par les employés ou d'autres fournisseurs de soins. La *Loi sur l'intervention en matière de violence familiale* du Nunavut s'applique plus généralement aux relations familiales, aux relations intimes et aux relations de soins — présentes ou passées⁸⁷. Seule la loi du Nunavut utilise le mot « abuse » dans la version anglaise; les autres lois sur la violence familiale parlent de « violence ».

La prise de mesures dans les cas de mauvais traitements est volontaire selon ces lois, en ce sens qu'elles sont muettes sur la question du signalement et n'obligent personne à intervenir dans les cas de violence envers une personne âgée. En réalité, ces lois n'établissent pas un régime d'intervention auprès d'adultes vulnérables; elles n'ont pas pour objet d'encourager le signalement des cas de mauvais traitements, mais plutôt de permettre d'obtenir des ordonnances de protection et des ordonnances de protection d'urgence de courte durée dans les cas de violence familiale.

⁸³ *Personal Care Homes Regulations*, 1996, R.R.S., ch. P-6.01, Reg. 2, par. 13(1).

⁸⁴ *Public Guardian and Trustee Act*, *supra*, note 39, art. 40.7.

⁸⁵ Ce sont l'Alberta, le Manitoba, le Yukon, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador. Voir la *Protection Against Family Violence Act*, R.S.A., ch. P-27, la *Loi sur la violence familiale et le harcèlement criminel*, L.M. 1998, ch. 41, la *Loi sur la prévention de la violence familiale*, L.R.Y. 2002, ch. 84, la *Victims of Family Violence Act*, R.S.P.E.I. 1998, ch. V-3.2, la *Domestic Violence Intervention Act*, S.N.S. 2001, ch. 29, la *Family Violence Protection Act*, S.N.L. 2005, ch. F-31.

⁸⁶ *Victims of Domestic Violence Act*, S.S. 1994, ch. V-6.02, al. 2a), et la *Loi sur les mesures de protection contre la violence familiale*, L.T.N.-O. 2003, ch. 24, art. 2.

⁸⁷ *Loi sur l'intervention en matière de violence familiale*, L.Nun. 2006, ch. 18, art. 2.

Les lois relatives à la violence familiale confèrent aux tribunaux un large pouvoir discrétionnaire pour rendre une décision adaptée aux circonstances entourant la violence familiale; toutefois, de par leur nature, les ordonnances de protection ne prescrivent pas de services d'appui à la victime. Une ordonnance de protection d'urgence type interdit à l'agresseur de prendre contact avec la victime, accorde à la victime le droit exclusif d'occuper la résidence, ou interdit à l'agresseur de porter une arme; le but est de fournir une « protection immédiate » en séparant la victime de son agresseur⁸⁸. L'ordonnance de protection vise quant à elle à trouver des solutions plus larges au problème et peut contenir une disposition obligeant l'agresseur à suivre des ateliers sur la maîtrise de la colère ou à verser une indemnisation pour les pertes financières subies par la victime⁸⁹. Au Nunavut, on parle plutôt d'une « ordonnance d'intervention communautaire », mais la portée de l'intervention est largement la même, étant limitée au counselling⁹⁰.

Dans tous les contextes, le recours au régime relatif à la violence familiale exige la participation des tribunaux et de la police — en d'autres termes, il faut, selon la province ou le territoire concerné, porter plainte auprès de la police ou déposer des accusations, comparaître devant le tribunal criminel et témoigner ou communiquer avec d'autres témoins, avec tous les stigmates associés aux procédures criminelles que cela comporte. Les lois sur la violence familiale sont étroitement liées aux réparations et à la procédure de détermination de la peine en matière criminelle, et ne s'intéressent à la protection de la victime que dans un sens restreint. À cet égard, cette approche ne permet pas de répondre adéquatement aux situations de risque de mauvais traitements et de négligence envers les adultes vulnérables, mais elle peut être très utile dans les cas de violence familiale où il faut éloigner l'agresseur de l'ainé et de sa maison. Une ordonnance de protection peut constituer une mesure clé lorsque l'on veut protéger le droit d'une personne âgée à [TRADUCTION] « vieillir chez elle » au lieu d'être déménagée dans un établissement pour être protégée.

Une autre caractéristique qui distingue une approche en matière de violence familiale d'une approche en matière de protection des adultes est le rôle du consentement de la victime. Sous le régime de la *Loi sur l'intervention en matière de violence familiale* du Nunavut, seule la victime ou, avec son consentement, un représentant peut demander une ordonnance⁹¹. Les deux autres lois examinées dans la présente section exigent le consentement de la victime ou l'autorisation du tribunal pour qu'une demande d'ordonnance puisse être présentée. Par contre, un certain nombre de lois sur la protection des adultes dont il est question dans le présent document prévoient expressément que l'autonomie d'un adulte vulnérable en matière de prise de décisions n'est pas prépondérante⁹².

L'approche axée sur les droits de la personne (Québec)

Au Québec, la seule loi qui s'intéresse aux mauvais traitements infligés aux personnes âgées est la *Charte des droits*, qui accorde à ces personnes le droit d'être protégées contre l'« exploitation ». La loi prévoit ce qui suit :

⁸⁸ Voir, par exemple, la *Victims of Domestic Violence Act*, *supra*, note 86, par. 3(3), et la *Loi sur les mesures de protection contre la violence familiale*, *supra*, note 86, par. 4(3).

⁸⁹ *Victims of Domestic Violence Act*, *ibid.*, art. 7, et la *Loi sur les mesures de protection contre la violence familiale*, *ibid.*, art. 7.

⁹⁰ *Loi sur l'intervention en matière de violence familiale*, *supra*, note 87, art. 17.

⁹¹ Le par. 26(1) de la *Loi sur l'intervention en matière de violence familiale*, *ibid.*, exige le consentement, lequel se présume dans certaines circonstances (par. 26(2)).

⁹² *Victims of Domestic Violence Act*, *supra*, note 86, par. 8(1); *Loi sur les mesures de protection contre la violence familiale*, *supra*, note 86, par. 2(2) et (3).

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 lieu⁹³.

L'insertion d'une disposition sur la protection des adultes dans la *Charte des droits* confère à ces droits un statut quasi constitutionnel⁹⁴. Le sens du terme « exploitation » a été donc interprété de manière assez libérale pour englober différentes formes de mauvais traitements envers les aînés où il y avait un élément de dépendance et de vulnérabilité. Dans l'une de ses décisions, la Commission des droits de la personne a précisé ce qui suit :

En soi, l'expression « personne âgée » de l'article 48 n'a aucune connotation autre que de signifier une personne d'un âge plus avancé. [...] 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 moral⁹⁵.

La notion de vulnérabilité pour cause de dépendance est un des aspects de la notion d'« exploitation ». En ce sens, la loi protège uniquement les personnes âgées vulnérables, même si l'article 48 renvoie à « toute personne âgée ».

L'approche axée sur la *Charte des droits* a également une incidence importante sur les mesures pouvant être prises pour aider les personnes âgées vulnérables. Premièrement, l'intervention est autorisée par la loi seulement dans les cas où il y a déjà eu mauvais traitements; il n'y a aucun pouvoir d'agir en cas de risque ou de probabilité de mauvais traitements, ou pour prévenir les mauvais traitements. Deuxièmement, pour corriger la situation, quelqu'un — la personne âgée ou son tuteur légal, la Commission des droits de la personne, un témoin — doit déposer une plainte auprès du Tribunal des droits de la personne. Troisièmement, les seuls recours existants semblent être de nature financière, soit des sanctions pécuniaires destinées à rembourser à la victime les pertes financières, soit des dommages-intérêts additionnels exemplaires (punitifs) ou moraux, dans le cas de certaines conduites flagrantes. C'est peut-être pour cette raison qu'un pourcentage important des cas signalés en vertu de l'article 48 se rapporte à l'exploitation financière. Toutefois, la Commission a effectivement le pouvoir d'enquêter sur les mauvais traitements et elle indique avoir ouvert en 2009 48 enquêtes sur l'exploitation des aînés⁹⁶.

v) **Lois sur la négligence (Terre-Neuve-et-Labrador)**

Terre-Neuve-et-Labrador a une position particulière en ce sens que, bien que cette province n'ait pas de loi sur les mauvais traitements infligés aux personnes âgées, la négligence envers ces dernières y

⁹³ *Charte des droits*, *supra*, note 9. Au Québec, il y a aussi la *Loi sur le Curateur public*, L.R.Q. ch. C-81, mais cette loi est muette sur la question des mauvais traitements et du signalement des cas de mauvais traitements.

⁹⁴ *Vallée*, *supra*, note 8, par. 26.

⁹⁵ *Commission des droits de la personne c. Brzozowski*, 1994 CanLII 1792 (T.D.P. QC).

⁹⁶ Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, Communiqué de presse, « L'Équipe spécialisée de la Commission des droits des personnes et des droits de la jeunesse prête à intervenir auprès des personnes aînées » (1^{er} avril 2010). En ligne : <http://www.cdpedj.qc.ca/fr/communiqués/docs-2010/COMM_exploitation_equipe_speciale.pdf>.

est expressément visée par la *Neglected Adults Welfare Act*⁹⁷. Cette loi s'applique seulement aux adultes souffrant d'incapacité mentale ou physique qui sont incapables de prendre soin d'eux-mêmes, mais qui ne résident pas dans un établissement psychiatrique⁹⁸. En vertu de cette loi, quiconque soupçonne une situation de négligence commet une infraction par défaut de la signaler⁹⁹. La loi érige en infraction le fait de contribuer à la négligence envers une personne au moyen d'une action ou d'une omission.

Le libellé de la *Neglected Adults Welfare Act* ne met pas en évidence le droit d'un adulte de refuser des services ou de choisir de vivre à ses risques et périls. La loi accorde plutôt à l'État de vastes pouvoirs qui prévalent sur l'autonomie d'un adulte :

[TRADUCTION]

- (i) qui est incapable de prendre soin de lui-même en raison d'une déficience physique ou mentale,
- (ii) qui ne peut être admis dans un établissement de traitement conformément à la *Mental Health Care and Treatment Act*,
- (iii) qui ne reçoit pas les soins et l'attention dont il a besoin;
- (iv) qui refuse de prendre des mesures pour obtenir les soins et l'attention dont il a besoin, est incapable de le faire ou tarde à le faire¹⁰⁰.

Ces vastes pouvoirs incluent celui de retirer l'adulte de sa maison si cela est dans son intérêt :

[TRADUCTION]

Garde temporaire

8. En tout temps avant de rendre une décision finale sur une demande, le juge peut ordonner le déplacement immédiat de l'adulte vers un hôpital ou un autre endroit si un médecin atteste que, à son avis, cette mesure est nécessaire dans l'intérêt de l'adulte¹⁰¹.

vi) **Résumé des lois sur la protection des adultes et des lois connexes en vigueur au Canada**

Le tableau 2, aux pages suivantes, montre les principales caractéristiques des lois analysées dans la section 4 au regard des questions suivantes :

Quoi?	Quel est le titre de la loi ou des lois pertinentes dans la province ou le territoire?
Où?	Quels adultes sont protégés en vertu de la loi ou des lois, p. ex. les adultes vivant dans un établissement de soins, les adultes recevant des services d'un hôpital ou les adultes vivant dans la collectivité au sens plus large? L'agresseur doit-il habiter avec l'ainé?

⁹⁷ *Neglected Adults Welfare Act*, *supra*, note 41. Un certain nombre de lois examinées dans le présent document visent les mauvais traitements ET la négligence; la situation de Terre-Neuve-et-Labrador est unique en ce sens que la loi s'applique seulement à la négligence, un terme qui inclut la notion de négligence de soi (art. 2).

⁹⁸ *Ibid.*, al. 2i).

⁹⁹ *Ibid.*, art. 4.

¹⁰⁰ *Ibid.*, art. 2.

¹⁰¹ *Ibid.*, art. 8.

Quand?

Dans quelles circonstances la loi ou les lois s'appliquent-elles (p. ex. dans les cas de mauvais traitements par opposition aux cas de risque de mauvais traitements)? Qu'est-ce que la vulnérabilité?

Qui?

Qui a l'obligation d'intervenir ou de signaler les cas? Qui accepte les signalements de mauvais traitements et de négligence?

**Tableau 2 : Résumé des lois en vigueur dans les provinces et les territoires
Intervention dans les cas de mauvais traitements et de négligence envers les aînés**

	Quoi	Où	Quand	Qui
C.-B.	<i>Adult Guardianship Act</i> , R.S.B.C. 1996, ch. 6.	L'adulte vit n'importe où (sauf dans une prison).	Un adulte est victime de mauvais traitements ou de négligence et est incapable d'obtenir du soutien ou de l'aide.	Toute personne peut aviser un organisme désigné. En C.-B., les organismes désignés sont les autorités sanitaires régionales et la Providence Health Care Society.
			Un signalement de mauvais traitements ou de négligence a été reçu; il y a des motifs de croire qu'un adulte est victime de mauvais traitements ou de négligence; ou un représentant, un décideur, un tuteur ou un surveillant est empêché de rendre visite à l'aîné ou de lui parler.	Un employé d'un organisme désigné doit diriger l'aîné vers les services de santé ou de logement, les services sociaux, les services juridiques ou d'autres services; aider l'aîné à obtenir des services; informer le tuteur et curateur public; faire enquête sur les cas de mauvais traitements ou de négligence; signaler les infractions criminelles à la police.
	<i>Community Care and Assisted Living Act</i> , R.S.B.C. 2002, ch. 75.	L'adulte réside dans un établissement de soins communautaire ou dans une résidence-services.	Un adulte recevant des soins est témoin ou victime de mauvais traitements ou de négligence.	Le titulaire du permis d'établissement doit aviser le parent ou le représentant de l'aîné recevant des soins, ou la personne à contacter; le médecin ou l'infirmière praticienne chargé de l'aîné; le médecin-conseil en santé publique; les responsables du programme de financement.
Alb.	<i>Protection for Persons in Care Act</i> , S.A. 2009, ch. P-29.1.	L'adulte reçoit des soins ou des services de soutien d'un foyer, d'un hôpital, d'un établissement de santé mentale, d'un foyer de soins infirmiers, d'un établissement de bien-être ou d'un autre fournisseur de services.	Un adulte qui reçoit des soins ou des services de soutien est ou a été l'objet de mauvais traitements.	Toute personne doit signaler les cas de mauvais traitements à un agent des plaintes, à un service de police, ou à un comité, organisme ou personne autorisé par une autre loi à mener une enquête sur ces cas.

	Quoi	Où	Quand	Qui
Sask.	<i>Victims of Domestic Violence Act</i> , S.S. 1994, ch. V-6.02.	L'adulte vit dans la collectivité (c.-à-d. pas dans un établissement de soins).	Des actes de violence familiale sont survenus.	Une victime ou une personne au nom de la victime avec le consentement de celle-ci ou l'autorisation du tribunal ou d'un juge de paix désigné peut demander au tribunal de rendre une ordonnance <i>ex parte</i> ou une ordonnance de non-communication.
	<i>Personal Care Homes Regulations</i> , R.R.S. ch. P-6.01 Reg. 2.	L'adulte réside dans un foyer de soins personnels.	Un incident grave est survenu. Un [TRADUCTION] « incident grave » s'entend notamment d'[TRADUCTION] « un préjudice dont est ou pourrait être victime un résident par suite d'un acte illicite, de traitements ou de soins inappropriés, de harcèlement ou de négligence ».	Le titulaire de permis doit informer l'aïdant du résident, un membre de la famille de ce dernier, son médecin personnel, le ministère et les autorités sanitaires régionales.
Man.	<i>Loi sur la protection des personnes recevant des soins</i> , C.P.L.M., ch. P144.	L'adulte est un résident ou un malade en consultation interne d'un établissement de santé ou un bénéficiaire de soins de relève d'un tel établissement.	Un résident ou un malade en consultation interne d'un établissement de santé ou un bénéficiaire de soins de relève d'un tel établissement est victime ou susceptible d'être victime de mauvais traitements.	Tout employé ou fournisseur de services dans un établissement de santé doit signaler rapidement les cas de mauvais traitements au ministre.
	<i>Loi sur les personnes vulnérables ayant une déficience mentale</i> , C.P.L.M., ch. V90.	L'adulte a une déficience mentale depuis l'enfance et requiert de l'aide pour satisfaire ses besoins essentiels.	Un adulte ayant une déficience mentale depuis l'enfance fait ou est susceptible de faire l'objet de mauvais traitements ou de négligence.	Une personne qui fournit des soins, des services de soutien ou une aide connexe, un subrogé ou un curateur doit signaler les cas de mauvais traitements ou de négligence au directeur général nommé par le ministre.
Ont.	<i>Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée</i> , L.O. 2007, ch. 8.	L'adulte réside dans un foyer de soins de longue durée.	Un préjudice, des mauvais traitements ou de la négligence se sont produits ou pourraient se produire.	Un membre du personnel, toute personne qui fournit des services professionnels (c.-à-d. santé, services sociaux) et le titulaire de permis doivent faire rapport au directeur nommé par le ministre.
Qc	<i>Charte des droits et libertés de la personne</i> , L.R.Q., ch. C-12.	L'adulte vit n'importe où.	Une personne âgée est victime d'exploitation.	Une victime , un groupe de victimes ou une organisation de défense des droits peut présenter une demande à la Commission des droits de la personne. La Commission peut faire enquête.
N.-B.	<i>Loi sur les services à la famille</i> , L.N.-B. 1980, ch. F-2.2.	L'adulte vit n'importe où.	Un adulte est victime de mauvais traitements ou est susceptible de l'être.	Un professionnel (travailleur qui fournit des soins, médecin, infirmière ou autre professionnel de la santé, notamment mentale, travailleur social, etc.) peut faire un signalement au ministre.

	Quoi	Où	Quand	Qui
N.-É.	<i>Protection for Persons in Care Act</i> , S.N.S. 2004, ch. 33.	L'adulte est un patient d'un hôpital ou un résident d'un établissement de santé (c.-à-d. foyer de soins spéciaux).	Un adulte est victime de mauvais traitements ou est susceptible de l'être.	Les employés et les fournisseurs de services d'un établissement de santé doivent signaler rapidement les cas de mauvais traitements au ministre.
	<i>Adult Protection Act</i> , R.S., ch. 2.	L'adulte vit n'importe où.	Un adulte est victime de mauvais traitements ou ne reçoit pas des soins adéquats, est incapable de se protéger et refuse ou est incapable de prendre des dispositions pour se protéger, ou tarde à le faire.	Toute personne doit signaler ce genre de cas au ministre des Services communautaires.
Î.-P.-É.	<i>Adult Protection Act</i> , R.S.P.E.I. 1988, ch. A-5.	L'adulte vit n'importe où.	Un adulte a besoin d'aide ou de protection ou est gravement en danger.	Toute personne peut signaler le cas au ministre.
T.-N.-L.	<i>Neglected Adults Welfare Act</i> , R.S.N.L. 1990, ch. N-3.	L'adulte vit n'importe où (sauf dans un établissement de santé mentale).	Un adulte est incapable de prendre soin de lui-même, ne remplit pas les conditions pour être admis dans un établissement de santé mentale, ne reçoit pas les soins et l'attention dont il a besoin et refuse ou est incapable de prendre les mesures pour obtenir ces soins et cette attention, ou tarde à le faire.	Toute personne doit transmettre l'information au directeur des adultes victimes de négligence ou à un travailleur social (qui doit signaler le cas au directeur).
Nt	<i>Loi sur l'intervention en matière de violence familiale</i> , L.Nun. 2006, ch. 18.	L'adulte vit dans la collectivité (c.-à-d. pas dans un établissement de soins).	Des actes de violence familiale ont été commis.	Une victime ou une personne au nom de la victime avec le consentement de celle-ci ou l'autorisation du tribunal ou d'un juge de paix désigné peut demander au tribunal de rendre une ordonnance <i>ex parte</i> ou une ordonnance de non-communication.
T.N.-O.	<i>Loi sur les mesures de protection contre la violence familiale</i> , L.T.N.-O. 2003, ch. 24.	L'adulte vit dans la collectivité (c.-à-d. pas dans un établissement de soins).	Des actes de violence familiale ont été commis.	Une victime ou une personne au nom de la victime avec le consentement de celle-ci ou l'autorisation du tribunal ou d'un juge de paix désigné peut demander au tribunal de rendre une ordonnance <i>ex parte</i> ou une ordonnance de non-communication.
Yn	<i>Loi sur la protection des adultes et la prise de décisions les concernant</i> , L.Y. 2003, ch. 21, Ann. A.	L'adulte vit n'importe où (sauf dans une prison).	Un adulte est victime de mauvais traitements ou de négligence et est incapable d'obtenir du soutien ou de l'aide.	Toute personne peut signaler un cas de mauvais traitements ou de négligence à la Section des services aux aînés et de la protection des adultes, qui est actuellement le seul organisme désigné au Yukon.

(d) Incidence du droit relatif à la capacité mentale sur les mauvais traitements et la négligence envers les aînés

Le droit relatif à la capacité mentale est pertinent à plusieurs égards en ce qui a trait à la prestation de services à des personnes âgées et aux mesures prises relativement aux mauvais traitements et à la négligence dont elles sont victimes. Cependant, avant de traiter du rapport entre la capacité mentale et les lois sur la protection des adultes, il est essentiel de clarifier quelques principes fondamentaux du droit relatif à la capacité mentale.

La capacité mentale concerne principalement la prise de décisions¹⁰². Une personne mentalement capable a le droit de prendre ses propres décisions. Les lois sur la capacité mentale varient d'une province à l'autre, mais la plupart des administrations souscrivent au principe selon lequel tous les adultes ayant atteint la majorité légale sont présumés, jusqu'à preuve du contraire, avoir la capacité mentale de prendre leurs propres décisions¹⁰³. Ce principe s'applique sans égard à l'âge. Certaines maladies, comme la maladie d'Alzheimer et d'autres affections caractérisées par la démence, peuvent avoir une incidence sur la capacité, mais ce n'est pas parce que ces maladies sont souvent liées à l'âge que l'on peut conclure qu'une personne n'est plus dotée de capacité parce qu'elle est âgée. En fait, on se rend coupable d'âgisme si on le fait. L'âgisme est une forme de traitement discriminatoire fondée sur une perception de la vieillesse¹⁰⁴. Les préjugés concernant la capacité qui sont teintés d'âgisme peuvent entraîner un manque de respect pour les désirs d'un aîné et un déni de sa dignité humaine inhérente.

Les définitions de la capacité varient selon les provinces et les territoires et ont évolué au fil du temps. Le point essentiel de plusieurs définitions modifiées récemment est l'idée que l'adulte doit être en mesure de comprendre l'information qu'il reçoit et les conséquences de ses décisions¹⁰⁵. Dans ce sens, la capacité concerne le *processus* de prise de décisions et demeure neutre quant à l'issue de ce processus. Tous les adultes conservent le droit de prendre de mauvaises décisions ou des décisions qui comportent des risques, lorsqu'ils sont mentalement aptes à faire ces choix, peu importe l'âge, la déficience ou la maladie. Les lois sur la tutelle ne limitent pas les actions des adultes qui sont mentalement capables de décider de prendre des risques. Par exemple, on ne peut pas empêcher un adulte qui est un joueur habituel de continuer à prendre des risques financiers simplement parce qu'il est âgé. Et en l'absence d'une ordonnance judiciaire, par exemple d'une ordonnance de protection, les adultes capables conservent le droit de choisir les personnes avec lesquelles ils veulent vivre ou

¹⁰² La capacité mentale est parfois appelée « aptitude mentale » ou « capacité intellectuelle ».

¹⁰³ Voir, par exemple, *Adult Guardianship Act*, *supra*, note 36, art. 3; *Representation Agreement Act*, R.S.B.C. 1996, ch. 405, art. 3; *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*, R.S.B.C. 1996, ch. 181, art. 3; *Adult Guardianship and Trusteeship Act*, S.A. 2008, ch. A-4.2, art. 2; *Adult Guardianship and Co-decision-making Act*, S.S. 2000, ch. A-5.3, art. 3; *Loi sur les personnes vulnérables ayant une déficience mentale*, *supra*, note 33, préambule; *Loi sur les directives en matière de soins de santé*, C.P.L.M., ch. H27, art. 4; *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*, L.O. 1992, ch. 30, art. 2; *Code civil du Québec*, L.R.Q., ch. C-1991, art. 154; *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, L.O. 1996, ch. 2, annexe A, par. 4(2); *Consent to Treatment and Health Care Directives Act*, R.S.P.E.I. 1998, ch. C-17.2, art. 3; *Hospitals Act*, R.S.N.S. 1989, ch. 208, art. 52; *Advance Health Care Directives Act*, S.N.L. 1995, ch. A-4.1, art. 7; *Loi sur la tutelle*, L.T.N.-O. 1994, ch. 29, art. 1.1; *Loi sur la tutelle*, L.T.N.-O. (Nu.) 1994, ch. 29, art. 1.1; *Loi sur la protection des adultes et la prise de décisions les concernant*, *supra*, note 36, art. 3.

¹⁰⁴ Voir la section 6d) pour une définition plus détaillée de l'âgisme.

¹⁰⁵ *Adult Guardianship and Trusteeship Act*, *supra*, note 103, art. 1; *Loi sur les directives en matière de soins de santé*, *supra*, note 103, art. 2; *Health Care Directives and Substitute Health Care Decision Makers Act*, S.S. 1997, ch. H-0.001, art. 2; *Advance Health Care Directives Act*, *supra*, note 103, art. 14; *Personal Directives Act*, S.N.S. 2008, ch. 8, art. 2; *Adult Guardianship and Co-decision-making Act*, *supra*, note 103, art. 2; *Consent to Treatment and Health Care Directives Act*, *supra*, note 103, art. 7.

qu'ils veulent fréquenter, même si ces personnes les maltraitent. Ne pas respecter les choix risqués d'une personne au motif que celle-ci est âgée constitue de l'âgisme. Les préjugés concernant l'incapacité d'une personne qui sont fondés sur l'âgisme peuvent sous-tendre des intentions qui semblent louables de « protéger » un aîné contre ses propres décisions.

Sous plusieurs régimes juridiques actuels, l'incapacité exige la présence d'une affection incapacitante ou d'un diagnostic en ce sens¹⁰⁶. La tendance des régimes de tutelle plus modernes est de lever cette exigence. Les définitions de la capacité varient néanmoins selon que la détermination est globale ou que la capacité est fonction d'un domaine ou d'une décision spécifique¹⁰⁷. Une déclaration d'incapacité peut, par exemple, être limitée à des questions de nature financière ou à une catégorie particulière de décisions concernant les soins personnels. Une personne peut être incapable de prendre seulement certaines décisions ou types de décisions.

Les régimes de tutelle et de prise de décisions pour autrui aident les personnes qui ne sont pas en mesure de prendre leurs propres décisions (par exemple, les personnes qui sont dans le coma, à l'extrême) ou protègent les personnes qui risquent de se faire du mal ou de dissiper leurs biens parce qu'elles ne sont pas pleinement capables de prendre des décisions. Ces lois ont également pour objet de protéger les adultes vulnérables contre l'exploitation par des personnes ou des établissements qui n'ont pas à cœur leurs intérêts supérieurs.

L'adulte souffrant d'incapacité mentale fera parfois l'objet d'une ordonnance de tutelle¹⁰⁸. Toutefois, si la personne âgée n'a pas fait l'objet d'une enquête ou d'une intervention, il se peut qu'aucune ordonnance de tutelle ne soit en place, peu importe la capacité mentale. Il peut aussi arriver qu'une personne ait accepté que quelqu'un l'aide ou prenne des décisions à sa place si elle n'avait plus la capacité de prendre seule des décisions, mais qu'elle demeure capable de prendre des décisions avec l'aide ou le soutien d'une autre personne¹⁰⁹. Il revient aux travailleurs de la santé ou des services communautaires qui interviennent auprès de la personne âgée d'assurer un meilleur soutien ou d'avertir les autorités concernées si la capacité mentale de l'adulte semble affectée et que l'adulte semble être victime de violence ou de négligence (ou risque d'être victime de violence ou de négligence, dans certaines administrations).

La question de la capacité mentale peut se poser dans plusieurs contextes pour les travailleurs de première ligne. En premier lieu, une personne doit avoir la capacité juridique de consentir à recevoir un traitement ou des services ou de refuser de les recevoir, y compris les interventions dans les cas de mauvais traitements et de négligence. Un certain nombre de lois prévoient que l'État peut passer outre au refus d'un adulte de recevoir des services ou des soins de santé si celui-ci est incapable de

¹⁰⁶ *Patients Property Act*, R.S.B.C. 1996, ch. 349; *Incompetent Persons Act*, R.S.N.S. 1989, ch. 218; *Loi sur les personnes déficientes*, L.R.N.-B. 1973, ch. I-8.

¹⁰⁷ Sous les régimes de tutelle modernes, les pouvoirs du tuteur sont prévus expressément et sont limités. Voir, par exemple, *Adult Guardianship and Trusteeship Act*, *supra*, note 103, art. 33; *Loi sur la tutelle*, L.T.N.-O., *supra*, note 103, art. 11; *Adult Guardianship and Co-decision-making Act*, *supra*, note 103, art. 15. En Ontario, la tutelle d'une personne peut être absolue ou partielle : *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*, *supra*, note 103, art. 58.

¹⁰⁸ En Colombie-Britannique, on l'appelle curatelle (« committee ») : *Patients Property Act*, *supra*, note 106, art. 6.

¹⁰⁹ En Alberta, une personne peut nommer une autre personne pour l'aider à prendre des décisions ou être l'objet d'une ordonnance de prise de décisions conjointe : voir l'*Adult Guardianship and Trusteeship Act*, *supra*, note 103, art. 4 et 13. En Saskatchewan, le tribunal peut nommer une personne qui prendra les décisions conjointement avec la personne âgée : *Adult Guardianship and Co-decision-making Act*, *supra*, note 103, art. 14. Au Yukon, un adulte peut conclure une convention de prise de décisions soutenues : *Loi sur la protection des adultes et la prise de décisions les concernant*, *supra*, note 36, art. 6.

donner un consentement éclairé¹¹⁰. Certaines lois sur la protection des adultes permettent explicitement des interventions d'urgence lorsqu'un adulte *semble* être victime de mauvais traitements ou de négligence et *semble* être incapable de donner ou de refuser de donner son consentement :

[TRADUCTION]

Aide d'urgence

- 59** (1) Toute personne d'un organisme désigné peut prendre toutes les mesures mentionnées au paragraphe (2) sans le consentement de l'adulte dans les cas suivants :
- (a) l'adulte est apparemment victime de mauvais traitements ou de négligence;
 - (b) il est nécessaire, de l'avis de la personne de l'organisme désigné, d'agir sans délai afin :
 - (i) soit de protéger la vie de l'adulte,
 - (ii) soit d'empêcher qu'un préjudice physique ou mental grave soit causé à l'adulte,
 - (iii) soit de protéger les biens de l'adulte contre des dommages ou des pertes considérables;
 - (c) l'adulte est apparemment incapable de donner ou de refuser son consentement.
- (2) Dans les circonstances décrites au paragraphe (1), l'organisme désigné peut prendre une ou plusieurs des mesures suivantes :
- (a) pénétrer, sans ordonnance judiciaire ou mandat, dans les locaux où l'adulte peut se trouver et employer la force raisonnable qui peut être nécessaire dans les circonstances;
 - (b) retirer l'adulte des locaux et le conduire en lieu sûr;
 - (c) fournir à l'adulte les soins de santé d'urgence;
 - (d) informer le tuteur et curateur public que les affaires financières ou les biens de l'adulte ont besoin d'une protection immédiate;
 - (e) prendre toute autre mesure d'urgence qui est nécessaire pour protéger l'adulte contre un préjudice.
- (3) Après avoir pris une mesure en vertu du paragraphe (2), l'organisme désigné peut effectuer des enquêtes en vertu des articles 48 et 49¹¹¹.

Dans les administrations où la loi exige seulement que l'adulte semble incapable, aucune détermination officielle de la capacité n'est requise pour justifier l'intervention dans une situation d'urgence.

En deuxième lieu, comme nous en parlerons de manière plus détaillée dans la prochaine section, la communication des renseignements personnels ou médicaux d'un adulte peut exiger le consentement de celui-ci à une intervention dans un cas de mauvais traitements ou de négligence. Or, le consentement exige la capacité.

En troisième lieu, certains mauvais traitements sont liés de manière inhérente à l'incapacité de la personne âgée qui en est victime et au fait que l'agresseur sait que celle-ci n'est pas pleinement apte à prendre des décisions. Par exemple, si une personne persuade sciemment un aîné mentalement incapable de lui donner accès à son argent en signant une procuration ou un autre document juridique, il s'agit sans doute d'exploitation financière. En effet, la personne mentalement incapable ne peut consentir à la procuration car elle n'est pas en mesure de comprendre les conséquences de ce choix et l'exploiteur financier qui agit en toute connaissance de cause tire avantage de sa vulnérabilité. Les contacts sexuels avec une personne qui n'a pas la capacité nécessaire pour y consentir constituent aussi une forme de mauvais traitements. Le fait de ne pas tenir compte du droit d'un aîné apte à le faire de consentir à un traitement, en ne lui demandant pas son

¹¹⁰ *Consent to Treatment and Health Care Directives Act*, *supra*, note 103, art. 11; *Adult Protection Act*, R.S.N.S., *supra*, note 41, par. 10(1).

¹¹¹ *Adult Guardianship Act*, *supra*, note 36, art. 59.

consentement ou en le forçant à se soumettre à un plan de soins décidé à l'avance, constitue une forme de mauvais traitements envers un aîné. Dans ce cas, le problème est l'opposé de celui des deux exemples précédents : le droit de l'aîné de donner son consentement ne peut lui être retiré en l'absence d'incapacité.

En quatrième lieu, certaines lois sur la protection des adultes exigent que les cas de mauvais traitements ou de négligence envers un adulte soient signalés ou que des mesures soient prises dans ces cas si l'adulte est incapable d'obtenir du soutien, de l'aide ou une protection par lui-même. Bien que, sous réserve du secret professionnel de l'avocat, toute personne ait le droit de signaler un acte criminel présumé à la police ou de communiquer avec un organisme de soutien de sa province ou de son territoire si elle pense qu'une autre personne pourrait avoir besoin de protection ou d'aide, c'est l'incapacité de cette dernière d'obtenir de l'aide ou du soutien par elle-même qui fait en sorte qu'elle est une personne qui a besoin de protection en vertu de la loi et qui fait entrer en jeu l'obligation de prendre des mesures à son égard. L'absence de capacité peut expliquer pourquoi un adulte est considéré comme étant incapable d'obtenir du soutien ou de l'aide par lui-même.

L'*Adult Guardianship Act* de la Colombie-Britannique indique expressément que la question de la capacité peut être prise en compte pour déterminer s'il convient de prendre des mesures par suite de mauvais traitements ou de négligence :

[TRADUCTION]

Signaler les mauvais traitements ou la négligence

46 (1) Quiconque possède des renseignements indiquant qu'un adulte est, à la fois :

- (a) victime de mauvais traitements ou de négligence;
- (b) incapable, pour l'une des raisons mentionnées à l'article 44, *de demander du soutien et de l'aide, peut signaler le cas à un organisme désigné.*

44 La présente partie vise à fournir du soutien et de l'aide aux adultes qui sont victimes de mauvais traitements ou de négligence et qui sont incapables de demander du soutien et de l'aide en raison :

- (a) d'une contrainte physique;
- (b) d'un handicap physique qui limite leur capacité de demander de l'aide;
- (c) *d'une maladie, d'une blessure ou de tout autre problème de santé affectant leur capacité de prendre des décisions au sujet des mauvais traitements ou de la négligence*¹¹².

Comme il ressort de plusieurs affaires examinées dans le présent document, l'absence de capacité combinée au manque d'empressement ou à l'incompétence du fournisseur de soins peut conduire à la négligence d'autrui ou à la négligence de soi. En cas d'incapacité, la personne âgée qui décide de refuser des services ou un traitement ou qui n'arrive pas à demander de l'aide s'expose à un préjudice contre lequel elle peut se prémunir en vertu des lois sur la capacité mentale. Par contre, comme toute autre personne, la personne âgée ayant la capacité requise a le droit de refuser un traitement et des services. Prenons, par exemple, le cas de Henry Matthews. Celui-ci aurait peut-être eu besoin d'aide pour trouver le soutien et l'aide dont il avait besoin. Avec de l'aide, il aurait pu se rendre compte qu'il n'était pas prudent de compter sur Daniel Chartrand pour obtenir du soutien et de l'aide. Par contre, il aurait peut-être été approprié de respecter la décision de Kathleen Jennings de vivre avec son fils en difficulté — selon les faits non divulgués dans l'affaire *Matthias* et qu'il est peut-être trop tard pour examiner. Kathleen Jennings a pu se montrer réticente devant toute forme d'aide qui constituait une intrusion dans sa relation avec son fils. Il n'est pas illégal que deux membres

¹¹² *Adult Guardianship Act, supra*, note 36, art. 44 et 46 [italique ajouté].

alcooliques d'une famille habitent ensemble et se disputent; ces circonstances sont probablement assez habituelles. Dans ce sens, la question de la capacité peut se situer au cœur de la prise de décision pour les travailleurs de la santé et des services sociaux.

La question principale pour les travailleurs de la santé et des services sociaux est qu'un adulte doté de la capacité mentale a le droit de refuser des services, et à moins que d'autres facteurs, comme la présence ou le contrôle d'une personne qui le maltraite de quelque façon, ne semblent limiter sa liberté de décision, un adulte peut refuser des services ou un traitement qu'un professionnel trouve justifiés. Il est également important de savoir que, bien que la loi soit claire et nette en ce qui concerne la définition de la capacité, en pratique, l'incapacité se manifeste dans des zones grises. Certaines personnes éprouvent des fluctuations de capacité pendant la journée ainsi que des épisodes plus longs de capacité réduite ou de capacité améliorée. Par conséquent, l'intervention appropriée exige de porter attention aux nuances de la capacité d'une personne à prendre des décisions : lorsque l'adulte est à sa pleine capacité cognitive, on peut envisager un programme de soutien, mais, lorsque sa capacité cognitive se détériore, il peut être nécessaire d'évaluer sa sécurité.

(e) Communication des renseignements personnels et des renseignements médicaux

i) Introduction

Protéger la confidentialité des renseignements personnels est important pour presque tout le monde. La croissance de l'Internet et la fréquence des vols d'identité ont avivé les préoccupations des consommateurs concernant la vie privée. Ce contexte exerce une pression accrue sur les travailleurs de la santé et des services sociaux pour qu'ils fournissent leurs services d'une manière qui respecte la vie privée et qui réduit la communication non nécessaire des renseignements personnels et médicaux.

Bien que nous utilisions couramment l'expression « protection de la vie privée » pour parler de l'inviolabilité des renseignements personnels ou confidentiels, il s'agit d'un domaine du droit beaucoup plus large qui englobe tant les intrusions physiques que les renseignements confidentiels. Nous n'examinerons dans le présent document que ces derniers et ce, dans la mesure où l'espace nous le permet.

Peu de lois créent des règles absolues et les lois sur la protection de la vie privée ne sont pas différentes à cet égard. En général, il est légal de s'ingérer dans la vie privée et de communiquer des renseignements pour respecter une obligation. Dans la pratique quotidienne, il est possible que le personnel de première ligne doive échanger des renseignements pour répondre aux mauvais traitements envers les aînés et pour les prévenir. Il est également possible que l'intervention exige de communiquer des renseignements personnels à la police ou autres autorités. Dans la présente partie, nous examinerons les deux violations potentielles de la vie privée. La décision de divulguer les renseignements personnels d'un adulte à une autre personne ou un autre organisme est une décision importante qu'il faut prendre en pleine connaissance de l'interaction de l'ensemble des lois et règles de pratique qui déterminent les responsabilités légales d'un travailleur ou d'un professionnel.

La collecte, l'utilisation et la diffusion des renseignements personnels par des organismes publics et privés sont maintenant réglementées par plusieurs lois, dont certaines ont été adoptées assez récemment. La présente partie donne un bref aperçu des lois fédérales et provinciales sur la protection de la vie privée et la communication des renseignements personnels, en les reliant aux

parties antérieures concernant les lois en matière de consentement et de capacité ainsi qu'en matière de signalement de la violence et de réponse à la violence. On trouvera à la fin de la section 4 un tableau qui résume les lois examinées dans le présent document, notamment les aspects essentiels des règles et exceptions applicables dans chaque province et territoire au regard de la divulgation des renseignements personnels et médicaux (tableau 3).

ii) **Quelles lois s'appliquent?**

L'une des difficultés en ce qui concerne les lois sur les renseignements personnels et médicaux est de déterminer lesquelles s'appliquent. Il faut faire trois distinctions. Premièrement, le droit relatif à la protection de la vie privée est un domaine où les gouvernements fédéral et provinciaux ont tous le pouvoir de légiférer. La question de savoir si c'est la loi fédérale ou la loi provinciale qui s'applique à la pratique d'un travailleur de la santé ou des services sociaux dépend de l'identité de l'employeur. Si l'employeur est un ministère du gouvernement fédéral, c'est la loi fédérale qui s'applique. Si l'employeur est une autorité sanitaire provinciale, une municipalité ou un hôpital, le travailleur relève de la loi provinciale¹¹³.

Deuxièmement, des lois différentes s'appliquent également aux organismes publics (hôpitaux, organismes gouvernementaux) par opposition aux organismes privés (sociétés privées tels les établissements de soins de longue durée)¹¹⁴. Là encore, la question de la loi qui s'applique à la communication des renseignements personnels dépend de l'identité de l'employeur.

Troisièmement, certaines provinces ont adopté des lois distinctes qui s'appliquent exclusivement aux renseignements médicaux. Dans ces provinces, la loi sur les renseignements médicaux s'applique uniquement à ce type de renseignement alors que les lois générales sur l'accès à l'information s'appliquent aux autres renseignements personnels en la possession des fournisseurs de soins de santé et de services sociaux. Donc, il arrive que les renseignements personnels d'une personne fassent l'objet de deux lois, selon qu'ils sont liés ou non exclusivement à la santé. Au moment de la rédaction du présent document, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et Terre-Neuve-et-Labrador ont adopté des lois distinctes sur les renseignements médicaux.

Bien que tout cela semble très compliqué, la partie suivante montrera qu'il existe une grande similitude entre les différentes lois en ce qui a trait aux circonstances permettant la communication ou l'échange de renseignements personnels ou médicaux sans consentement. Les exceptions au consentement sont également formulées en termes larges. Il s'ensuit qu'en pratique les praticiens de la santé, les travailleurs des services communautaires et les organismes de santé peuvent, dans certaines circonstances, s'échanger des renseignements ou communiquer des renseignements à un tiers comme la police ou le tuteur public, partout au Canada, sans porter atteinte aux droits à la

¹¹³ La loi fédérale s'applique aussi aux employés qui travaillent dans des secteurs réglementés par le fédéral, par exemple les banques, les transports et les télécommunications : *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, L.C. 2000, ch. 5, art. 2. Il est très peu probable que des travailleurs de la santé et des services sociaux travaillent dans ces secteurs. En pratique, dans le contexte du présent document, le lecteur peut considérer que la distinction dépend de la question de savoir si le gouvernement fédéral est l'employeur.

¹¹⁴ Dans les provinces et les territoires où il n'y a pas de loi sur les renseignements confidentiels se trouvant en la possession des organismes privés (par opposition aux organismes publics), c'est la loi fédérale intitulée *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, *ibid.*, qui s'applique. Seuls l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Québec ont adopté des lois qui s'appliquent aux sociétés privées. Les autres provinces et territoires sont régis par la loi fédérale.

protection de la vie privée, lorsqu'il s'agit d'intervenir dans les cas de mauvais traitements envers les aînés et de prévenir ces cas. En règle générale, l'obligation de répondre aux situations d'urgence, de contribuer à l'application de la loi et de se conformer aux lois, l'emporte sur le droit à la confidentialité des renseignements, hormis invocation du secret professionnel de l'avocat. Toutefois, les obligations légales sont moins claires en dehors des cas manifestes d'urgence ou d'un devoir de signalement en vertu d'une loi sur la protection des adultes.

L'autre point important est le consentement éclairé. Si une personne dotée de la capacité mentale nécessaire vous donne la permission de communiquer ses renseignements personnels à une autre personne — pour rédiger un rapport de police ou consulter un autre intervenant — alors il n'y a pas de violation de la confidentialité dans quelque province que ce soit. La façon la plus simple d'éviter de violer les droits d'un client ou d'un patient est d'obtenir son consentement avant d'agir. Cette approche comporte d'autres avantages, en ce que le client ou le patient reste informé et que la relation entre le patient et le fournisseur de soins est favorisée par une plus grande autonomie conférée au client ou au patient.

iii) **Communication en l'absence de consentement**

On retrouvera ci-dessous trois exceptions générales à l'obligation d'obtenir un consentement avant de communiquer des renseignements personnels ou médicaux, applicables partout au Canada. Les lois sur la protection des renseignements personnels prévoient beaucoup plus de catégories d'exceptions. Dans le présent document, nous faisons ressortir les exceptions les plus pertinentes pour les travailleurs de la santé et des services sociaux qui interviennent dans les cas de mauvais traitements et de négligence envers les aînés.

Communication autorisée par une autre loi : La communication de renseignements par les employés d'un organisme public ou privé, sans le consentement de la personne visée, est permise dans l'ensemble des provinces et territoires où une autre loi l'autorise ou l'exige. Par conséquent, dans les provinces et les territoires où les lois sur la protection des adultes permettent ou exigent qu'une personne ou un employé signale un cas de violence ou de négligence envers une personne âgée, ce signalement ne portera pas atteinte à la vie privée ou à la confidentialité.

Enquêtes policières : La communication de renseignements visant à aider la police dans l'application de la loi ou dans une enquête est permise partout au Canada, de sorte que le travailleur de la santé appelé à fournir à la police ou au procureur du ministère public chargé du dossier des renseignements personnels ou médicaux n'enfreindrait pas les lois sur la protection des renseignements personnels. Cette exception ne concerne pas la capacité des travailleurs de s'échanger des renseignements. Dans certains cas, l'échange serait permis en application de l'exception suivante.

Compatibilité avec l'objet de la communication : Toutes les lois sur la protection des renseignements personnels permettent la communication de renseignements aux fins qui sont compatibles avec les fins auxquelles ils ont été recueillis. Cette exception permettrait aux travailleurs et aux professionnels de la santé qui interviennent auprès des personnes âgées de communiquer entre eux au sujet des besoins d'un client et d'échanger des renseignements aux fins de fournir des services relevant clairement du mandat d'une autorité sanitaire ou d'un établissement de soins de santé.

iv) Communication pour des raisons de santé et de sécurité

Une exception plus complexe à l'obligation d'obtenir le consentement d'une personne avant de communiquer des renseignements personnels est l'exception relative au danger pour la santé ou la sécurité, exception prévue par l'ensemble des provinces et territoires, dans des dispositions légèrement différentes. Ainsi, dans les diverses provinces et territoires, une organisation ou une personne peut communiquer des renseignements personnels à l'insu de l'intéressé et sans son consentement :

- Si la communication est faite à toute personne qui a besoin du renseignement en raison d'une situation d'urgence mettant en danger la vie, la santé ou la sécurité de toute personne et, dans le cas où la personne visée par le renseignement est vivante, l'organisation en informe par écrit et sans délai cette dernière¹¹⁵.
- S'il y a des motifs raisonnables de croire qu'il existe des circonstances exceptionnelles mettant en danger la santé ou la sécurité d'une personne et si l'avis de communication a été envoyé à la dernière adresse connue de la personne visée par les renseignements personnels¹¹⁶.
- Si la communication se fait clairement dans l'intérêt de la personne visée et que son consentement ne peut être obtenu en temps opportun¹¹⁷.
- À toute personne si le responsable a des motifs raisonnables de croire que la communication sera faite de manière à prévenir ou à minimiser le danger immédiat pour la santé ou la sécurité de toute personne¹¹⁸.
- Si une personne raisonnable estime que la communication des renseignements se fait clairement dans l'intérêt de la personne visée et que son consentement ne peut être obtenu en temps opportun ou que la personne n'est pas raisonnablement susceptible de refuser son consentement¹¹⁹.
- [Si] la communication est nécessaire pour le traitement médical de l'intéressé et que celui-ci n'a pas la capacité légale de donner son consentement¹²⁰.
- À toute personne si le dépositaire a des motifs raisonnables de croire que la communication est nécessaire pour prévenir ou atténuer une menace sérieuse et imminente pour
 - la santé ou la sécurité du particulier que les renseignements concernent ou celle d'autrui,
 - la santé ou la sécurité publique¹²¹.
- Pour la protection de la santé physique ou mentale ou de la sécurité d'un particulier ou d'un groupe de particuliers¹²².

¹¹⁵ *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, *ibid.*, al. 7(3)e).

¹¹⁶ *Personal Information Protection Act*, S.B.C. 2003, ch. 63, al. 18(1)k); *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, L.R.O. 1990, ch. F.31, al. 42(1)b); *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, L.R.Y. 2002, ch. 1, al. 36n); *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, L.C. 2000, ch. 5, al. 7(3)e).

¹¹⁷ *Personal Information Protection Act*, *ibid.*, al. 18(1)a).

¹¹⁸ *Health Information Act*, R.S.A. 2000, ch. H-5, al. 35(1)m); *Health Information Protection Act*, S.S. 1999, ch. H-0.021, al. 27(4)a). La loi de la Saskatchewan utilise le mot « éviter » au lieu de « prévenir ».

¹¹⁹ *Personal Information Protection Act*, S.A. 2003, ch P-6.5, al. 20a).

¹²⁰ *Personal Information Protection Act*, S.B.C., *supra*, note 116, al. 18(1)b).

¹²¹ *Loi sur les renseignements médicaux personnels*, C.P.L.M., ch. P33.5, al. 22(2)b).

- Pour prévenir ou réduire le risque de dommage grave pour la santé physique ou mentale ou pour la sécurité de la personne visée par les renseignements ou pour une autre personne¹²³.
- À une personne à qui cette communication doit être faite en raison d'une situation d'urgence mettant en danger la vie, la santé ou la sécurité de la personne concernée¹²⁴.
- En vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes¹²⁵.
- Pour protéger la santé ou la sécurité du public ou d'un particulier¹²⁶.

Certaines lois prévoient des exceptions touchant la santé et la sécurité, mais elles exigent de consulter le responsable de l'organisme public avant de procéder à la communication. Dans d'autres administrations, le travailleur de la santé ou des services sociaux de première ligne prend la décision¹²⁷.

La formulation différente qui ressort de la liste ci-dessus impose dans certaines provinces un fardeau plus lourd en ce qui concerne les soins requis, allant de la présence :

- d'une situation d'urgence pour la santé
- d'une situation d'urgence mettant en danger la santé
- d'un danger immédiat pour la santé ou la sécurité
- de la nécessité d'un traitement médical
- d'un dommage grave
- de circonstances exceptionnelles touchant la santé ou la sécurité

au critère légèrement moins rigoureux :

- de l'intérêt manifeste de la personne visée
- de l'atténuation d'une menace pour la santé
- de la protection de la santé physique ou mentale ou de la sécurité.

Moins la formulation est stricte, plus la capacité d'échanger ou de communiquer des renseignements sans porter atteinte à la confidentialité est grande. Dans chacun des cas, la formulation est de nature discrétionnaire. Dans certaines provinces et territoires, le pouvoir discrétionnaire appartient au responsable d'un organisme public, par exemple le directeur d'un hôpital; dans d'autres cas, le pouvoir discrétionnaire appartient au travailleur de première ligne ou à toute « personne ».

¹²² *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, C.P.L.M., ch. F175, al. 44(1)h); *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, L.T.N.-O. 1994, ch. 20, al. 48q).

¹²³ *Personal Health Information Act*, S.N.L. 2008, ch. P-7.01, al. 40(1)a).

¹²⁴ *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q., ch. A-2.1, par. 59(4).

¹²⁵ *Ibid.*, art. 59.1.

¹²⁶ *Loi sur la protection des renseignements personnels*, L.N.B. 1998, ch. P-19.1, al. 3.4a).

¹²⁷ Par exemple, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Colombie-Britannique, à Terre-Neuve-et-Labrador relativement aux renseignements autres que médicaux, il s'agit des organismes du gouvernement fédéral, en Alberta des employés des organismes publics.

(f) Synthèse

Le tableau qui suit fait ressortir les renseignements importants présentés à la partie 4, par province et territoire. Il résume les principales caractéristiques des lois sur la protection des adultes et des lois connexes et le droit relatif à la communication des renseignements confidentiels.

Tableau 3 — Aperçu des obligations d'intervention dans les cas de mauvais traitements et de négligence envers les personnes âgées

Province ou territoire	Obligation d'intervention	Groupe protégé	Mauvais traitements, négligence ou risque?	Protection pour l'intervenant	L'intervenant peut communiquer des renseignements sans consentement en cas de...	Résumé
Colombie-Britannique 1. <i>Adult Guardianship Act</i>	- Toute personne peut signaler un cas à un organisme désigné. - Obligatoire pour les employés de l'autorité sanitaire de signaler les crimes à la police. - L'organisme désigné doit faire enquête si des mauvais traitements lui sont signalés ou s'il soupçonne qu'une personne est victime de mauvais traitements.	Tous les adultes faisant l'objet de mauvais traitements ou de négligence qui sont incapables de demander de l'aide, à l'exception des résidents des établissements correctionnels	Mauvais traitements Négligence	-Peut signaler un cas de façon anonyme -Protection contre les conséquences en matière d'emploi	-Autorisation par une loi. -Collaboration à une enquête policière. -Compatibilité avec les fins auxquelles les renseignements ont été recueillis. -Circonstances exceptionnelles mettant en danger la santé ou la sécurité d'une personne (PRIV*). -Consentement impossible et communication dans l'intérêt d'une personne (PRIV).	Les employés de l'autorité sanitaire doivent signaler les cas de mauvais traitements. Aucune violation des lois sur la protection de la vie privée. D'autres intervenants peuvent signaler les cas sans porter atteinte à la vie privée. Dans les cas de risque, une plus grande prudence est requise — exceptions en matière de santé limitées.
	2. <i>Community Care and Assisted Living Act</i>	Les titulaires d'un permis d'établissement doivent signaler les cas au médecin-conseil en santé publique et aux responsables du programme de financement.	Personne résidant dans un établissement de soins communautaire ou dans une résidence-services	Mauvais traitements Négligence	Aucune	-Nécessaire pour le traitement et incapacité mentale (PRIV). -Exige l'autorisation du responsable de l'organisme public (PUB*).
Alberta <i>Protection for Persons in Care Act</i>	Obligation imposée à la population générale de signaler les cas à la police, à un agent des plaintes ou à la personne ou à l'organisme autorisé par la loi à faire enquête sur les cas de mauvais traitements.	Toute personne qui reçoit des services d'un hôpital ou qui réside dans un établissement de soins de santé	Mauvais traitements	-Anonymat dans le cadre d'une enquête en vertu de la loi -Aucune action ou mesure en matière d'emploi contre une	-Autorisation par une loi. -Collaboration à une enquête policière. -Compatibilité avec les fins auxquelles les renseignements ont été recueillis. -Pour éviter ou minimiser un danger imminent pour la santé ou la sécurité de toute personne (RENS*).	Les employés des hôpitaux et des établissements de soins doivent signaler les cas de mauvais traitements. Aucune atteinte à la vie privée. Aucune loi provinciale sur le signalement des cas de négligence ou de risque de mauvais traitements, ou sur

Province ou territoire	Obligation d'intervention	Groupe protégé	Mauvais traitements, négligence ou risque?	Protection pour l'intervenant	L'intervenant peut communiquer des renseignements sans consentement en cas de...	Résumé
Alberta (suite)				personne qui signale un cas de bonne foi	-Consentement impossible et communication dans l'intérêt d'une personne (PRIV). -Exige l'autorisation du responsable de l'organisme public (PUB).	les adultes vivant de façon autonome. En ce qui concerne le risque, possibilité de communiquer des renseignements médicaux sans consentement si danger imminent pour la santé ou la sécurité.
Saskatchewan 1. <i>Victims of Domestic Violence Act</i>	La victime ou, avec le consentement de celle-ci, d'autres travailleurs, notamment le coordonnateur du programme d'aide aux victimes, peuvent demander une ordonnance de protection.	La victime a été maltraitée par un autre occupant de la résidence (conjoint, colocataire ou fournisseur de soins résidant).	Mauvais traitements	Aucune	-Autorisation par une loi. -Collaboration à une enquête policière. -Compatibilité avec les fins auxquelles les renseignements ont été recueillis. -Pour éviter ou minimiser un danger imminent pour la santé ou la sécurité de toute personne (RENS).	Seul le titulaire du permis d'établissement de soins a l'obligation de signaler les cas de mauvais traitements (préjudice causé aux résidents). Le travailleur peut communiquer des renseignements médicaux sans consentement dans le but d'éviter ou de minimiser un danger imminent pour la santé ou la sécurité.
2. <i>Public Guardian and Trustee Act</i>	Les institutions financières doivent aviser le tuteur public.	Exploitation financière d'un adulte vulnérable	Exploitation financière	Doit collaborer à l'enquête du tuteur public		
3. <i>Personal Care Homes Regulations</i>	Les titulaires de permis doivent signaler les cas de mauvais traitements notamment à l'autorité sanitaire régionale (voir le tableau 2).	Résidents d'un établissement de soins	Mauvais traitements Négligence	Aucune		Doit fournir les renseignements demandés par le tuteur public en cas d'exploitation financière. Il n'y a aucune atteinte à la vie privée si les renseignements sont fournis conformément à une telle enquête.

Province ou territoire	Obligation d'intervention	Groupe protégé	Mauvais traitements, négligence ou risque?	Protection pour l'intervenant	L'intervenant peut communiquer des renseignements sans consentement en cas de...	Résumé
Manitoba 1. <i>Loi sur la protection des personnes recevant des soins</i>	Obligatoire, pour quiconque, de signaler les cas au ministre ou à son représentant	Toute personne qui reçoit des services d'un hôpital ou qui réside dans un établissement de soins de santé	Risque Mauvais traitements	-Anonymat dans le cadre d'une enquête -Aucune action ou mesure en matière d'emploi contre une personne qui signale un cas de bonne foi	-Autorisation par une loi. -Collaboration à une enquête policière. -Compatibilité avec les fins auxquelles les renseignements ont été recueillis. -Nécessaire pour prévenir ou atténuer un danger sérieux et imminent (RENS). -Pour protéger la santé mentale ou physique ou la sécurité de toute personne (PRIV).	Les employés des hôpitaux et des établissements de soins doivent signaler les cas de mauvais traitements et de risque de mauvais traitements. Aucune atteinte à la vie privée. Aucune loi provinciale sur la négligence. Aucune loi ne s'applique aux mauvais traitements envers des adultes qui résident dans des habitations privées (exception : adultes vulnérables ayant des troubles du développement). Dans les cas de risque, possibilité de communiquer des renseignements médicaux sans consentement en cas de danger imminent.
2. <i>Loi sur les personnes vulnérables ayant une déficience mentale</i>	Les fournisseurs de services, les subrogés et les curateurs nommés en vertu de la <i>Loi sur la santé mentale</i> doivent signaler les cas au directeur général nommé par le ministre.	Adulte ayant une déficience mentale depuis l'âge de la majorité qui requiert de l'aide pour satisfaire ses besoins essentiels	Risque Mauvais traitements Négligence	Aucune mesure ou procédure si le signalement a été fait de bonne foi		
Ontario <i>Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée</i>	-Toute personne qui a des soupçons peut faire rapport au directeur nommé par le ministre. -Les membres du personnel, les titulaires de permis, toute personne qui fournit à un résident ou à un titulaire de permis des services dans les domaines de la santé, du travail social ou des techniques de travail social doivent faire rapport.	Adultes qui résident dans une maison de soins infirmiers	Risque de mauvais traitements Négligence Mauvais traitements	Aucune action ou mesure en matière d'emploi contre une personne qui signale un cas de bonne foi	-Autorisation par une loi. -Collaboration à une enquête policière. -Compatibilité avec les fins auxquelles les renseignements ont été recueillis. -Circonstances exceptionnelles mettant en danger la santé ou la sécurité d'une personne (PUB).	Les employés des maisons de soins infirmiers doivent signaler les cas de mauvais traitements, de négligence ou les cas de risque à cet égard. Aucune atteinte à la vie privée. Aucune loi provinciale sur les mauvais traitements envers des adultes vivant de façon autonome ou sur les établissements privés (les lois fédérales s'appliquent). Possibilité de communiquer des renseignements dans les cas de risque, sans porter atteinte à la vie privée, dans le but de protéger la santé ou la sécurité.

Province ou territoire	Obligation d'intervention	Groupe protégé	Mauvais traitements, négligence ou risque?	Protection pour l'intervenant	L'intervenant peut communiquer des renseignements sans consentement en cas de...	Résumé
Québec <i>Charte des droits et libertés de la personne</i>	Toute personne peut signaler un cas à la Commission des droits de la personne, qui peut faire enquête.	Personnes âgées victimes d'exploitation	Mauvais traitements	Aucune	-Autorisation par une loi. -Collaboration à une enquête policière. -Compatibilité avec les fins auxquelles les renseignements ont été recueillis. -Situation d'urgence mettant en danger la vie, la santé ou la sécurité d'une personne (PUB). -Pour prévenir un acte de violence, dont un suicide, causant un danger imminent de mort ou de blessures graves (PUB).	Aucune obligation de signaler les cas de mauvais traitements, de négligence ou de risque de ceux-ci. Les employés du secteur public peuvent communiquer des renseignements médicaux dans certaines situations d'urgence.
Nouvelle-Écosse 1. <i>Adult Protection Act</i>	Toute personne doit signaler les cas au ministre.	Personne qui fait l'objet de mauvais traitements ou qui ne reçoit pas des soins adéquats, qui est incapable de se protéger et qui refuse ou est incapable de le faire ou tarde à le faire	Mauvais traitements	Aucune action contre une personne qui signale un cas de bonne foi	-Autorisation par une loi. -Collaboration à une enquête policière. -Compatibilité avec les fins auxquelles les renseignements ont été recueillis. - Exige l'autorisation du responsable de l'organisme public (PUB).	Les employés des hôpitaux et des établissements de soins doivent signaler les cas de mauvais traitements ou de risque de mauvais traitements. Toute personne doit signaler les cas de mauvais traitements envers une personne âgée, mais non les cas de risque ou de négligence. Aucune atteinte à la vie privée.
2. <i>Protection for Persons in Care Act</i>	Toute personne peut signaler les cas au ministre.	Patient ou résident	Mauvais traitements Risque	-Aucune action (en justice) contre la personne qui fait un signalement de bonne foi -Aucune action contre un fournisseur de services (y compris un employé) qui fait un signalement de bonne foi		

Province ou territoire	Obligation d'intervention	Groupe protégé	Mauvais traitements, négligence ou risque?	Protection pour l'intervenant	L'intervenant peut communiquer des renseignements sans consentement en cas de...	Résumé
Nouveau-Brunswick <i>Loi sur les services à la famille</i>	Tout professionnel (travailleur dans un établissement de soins, médecin, infirmière ou autre professionnel de la santé, notamment de la santé mentale, travailleur social, etc.) peut signaler des cas au ministre.	Adultes handicapés et âgés faisant l'objet de mauvais traitements ou de négligence	Mauvais traitements Négligence	Aucune action contre une personne qui signale un cas de bonne foi	-Autorisation par une loi. -Collaboration à une enquête policière. -Compatibilité avec les fins auxquelles les renseignements ont été recueillis. -Pour protéger la santé ou la sécurité d'une personne (PUB).	Possibilité de signaler les cas de mauvais traitements ou de négligence envers toute personne âgée. Aucune atteinte à la vie privée. Possibilité de communiquer des renseignements dans les cas de risque, sans porter atteinte à la vie privée, dans le but de protéger la santé ou la sécurité.
Île-du-Prince-Édouard <i>Adult Protection Act</i>	Toute personne peut signaler un cas au ministre.	Adulte incapable de se protéger et de prendre des mesures afin d'obtenir les soins dont il a besoin, ou qui refuse ou omet de se protéger ou d'obtenir des soins, ou tarde à le faire	Risque sérieux Mauvais traitements Négligence	-Peut signaler un cas de façon anonyme -Protection contre une poursuite en responsabilité	-Autorisation par une loi. -Collaboration à une enquête policière. -Compatibilité avec les fins auxquelles les renseignements ont été recueillis. -Exige l'autorisation du responsable de l'organisme public (PUB).	Possibilité de signaler les cas de mauvais traitements, de négligence ou de risque de mauvais traitements ou de négligence. Aucune atteinte à la vie privée.
Terre-Neuve-et-Labrador <i>Neglected Adults Welfare Act</i>	Toute personne qui possède des renseignements au sujet d'une personne victime de négligence	Adulte qui est incapable de prendre soin de lui-même de façon appropriée, et qui ne peut être admis dans un établissement de santé mentale, qui ne reçoit pas des soins et une attention appropriés et qui refuse ou est incapable d'obtenir ces soins et cette attention ou tarde à le faire	Négligence	Aucune	-Autorisation par une loi. -Collaboration à une enquête policière. -Compatibilité avec les fins auxquelles les renseignements ont été recueillis. -Pour prévenir ou réduire un risque de préjudice grave pour la santé physique ou mentale ou pour la sécurité de la personne (RENS).	Obligation de signaler les cas de négligence. Aucune atteinte à la vie privée. Aucune loi sur les mauvais traitements. Possibilité de communiquer des renseignements médicaux pour prévenir ou réduire le risque de préjudice grave.

Province ou territoire	Obligation d'intervention	Groupe protégé	Mauvais traitements, négligence ou risque?	Protection pour l'intervenant	L'intervenant peut communiquer des renseignements sans consentement en cas de...	Résumé
Yukon <i>Loi sur la protection des adultes et la prise de décisions les concernant</i>	Toute personne peut faire un signalement à un organisme désigné.	Tous les adultes faisant l'objet de mauvais traitements ou de négligence qui sont incapables de demander de l'aide, à l'exception des résidents des établissements correctionnels	Mauvais traitements Négligence	-Peut signaler un cas de façon anonyme -Protection contre les conséquences en matière d'emploi	-Autorisation par une loi. -Collaboration à une enquête policière. -Compatibilité avec les fins auxquelles les renseignements ont été recueillis. -Circonstances exceptionnelles mettant en danger la santé ou la sécurité d'une personne (PUB).	Possibilité de signaler les cas de mauvais traitements ou de négligence envers des adultes qui sont incapables de demander de l'aide. Aucune atteinte à la vie privée. Possibilité de communiquer des renseignements dans les cas de risque, sans porter atteinte à la vie privée, afin de protéger la santé ou la sécurité.
Territoires du Nord-Ouest <i>Loi sur les mesures de protection contre la violence familiale</i>	La victime ou différents membres de sa famille (ou une autre personne désignée dans le règlement) peuvent demander une ordonnance de protection.	Les personnes faisant l'objet de mauvais traitements par un autre occupant de la résidence (conjoint, colocataire ou fournisseur de soins)	Mauvais traitements	Aucune	-Autorisation par une loi. -Collaboration à une enquête policière. -Compatibilité avec les fins auxquelles les renseignements ont été recueillis. -Pour protéger la santé mentale ou physique ou la sécurité de toute personne (PUB).	Aucune obligation de signalement. En ce qui concerne le risque, possibilité de communiquer des renseignements pour protéger la santé mentale ou physique ou la sécurité d'un adulte.
Nunavut <i>Loi sur l'intervention en matière de violence familiale</i>	La victime, un membre de sa famille, un ami, un avocat et la GRC (ainsi que d'autres personnes avec le consentement de la victime) peuvent demander une ordonnance de protection.	Les personnes faisant l'objet de mauvais traitements par un autre occupant de la résidence (conjoint, colocataire ou fournisseur de soins)	Mauvais traitements	Aucune	-Autorisation par une loi. -Collaboration à une enquête policière. -Compatibilité avec les fins auxquelles les renseignements ont été recueillis. -Pour protéger la santé mentale ou physique ou la sécurité de toute personne (PUB).	Aucune obligation de signalement. En ce qui concerne le risque, possibilité de communiquer des renseignements pour protéger la santé mentale ou physique ou la sécurité d'un adulte.

Province ou territoire	Obligation d'intervention	Groupe protégé	Mauvais traitements, négligence ou risque?	Protection pour l'intervenant	L'intervenant peut communiquer des renseignements sans consentement en cas de...	Résumé
Employés sous réglementation fédérale	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	-Situation d'urgence mettant en danger la vie, la santé ou la sécurité d'une personne (PRIV). -Circonstances exceptionnelles mettant en danger la santé ou la sécurité d'une personne (PRIV). -Exige l'autorisation du responsable de l'organisme public (PUB).	Variable

PRIV — employeur privé (fournisseur de services de soins de longue durée; organisation à but non lucratif)

PUB — employeur public (organisme du gouvernement, hôpital)

RENS — renseignements médicaux

5. Le rôle des professionnels de la santé

(a) Les soins de santé dans le cadre des services communautaires

Nous vivons dans une époque de désinstitutionnalisation croissante des soins de santé au Canada. Les professionnels de la santé prodiguent des soins dans un contexte où un plus grand nombre de services sont fournis par des services communautaires et un nombre croissant de soins sont fournis à titre privé par des soignants professionnels et non professionnels rémunérés, des aidants provenant du milieu familial et des bénévoles de la collectivité. Selon le rapport de la commission Romanow sur les soins de santé au Canada, les soins à domicile constituent « l'un des volets du système de santé qui évolue le plus rapidement » au Canada¹²⁸. Il est devenu illogique, que ce soit sur le plan conceptuel ou pratique, de parler de prestation de services de soins de santé aux personnes âgées vulnérables sans considérer du même coup le volet des soins communautaires.

La prestation de soins de santé est réglementée au niveau provincial et il existe une diversité considérable partout au pays en matière d'accès aux services. Cependant, les provinces et les territoires ont tous diminué leur offre de services. En Colombie-Britannique, par exemple, cela se manifeste par une importance croissante accordée aux soins communautaires et à la désinstitutionnalisation de certaines formes de soins, des changements dans la gestion des soins, comme des modifications à la loi sur les établissements de soins de longue durée qui réduisent l'accès aux soins à domicile, et une diminution de l'accès au soutien à domicile résultant de la mise en place de critères d'admissibilité plus sévères¹²⁹. Il faut être de plus en plus malade pour avoir accès aux établissements de soins ou aux services de soins communautaires financés par les contribuables. Compte tenu des coûts associés aux soins de qualité ou prodigués par des professionnels, du nombre limité de places dans les établissements de soins et de la réticence à laisser des étrangers fournir des soins de longue durée à un proche, un grand nombre de personnes qui requièrent une aide et un soutien réguliers vivent de façon autonome ou quasi autonome.

Les changements technologiques ont également entraîné un accroissement des soins prodigués à l'externe et une tendance à se tourner vers les services communautaires pour prodiguer des soins qui étaient fournis auparavant par les établissements de santé, ce qui a amené un accroissement de la prévalence et de la complexité des soins communautaires. Un des effets positifs de cette réalité est l'accroissement potentiel de l'indépendance et de l'autonomie de certaines personnes handicapées et une plus grande capacité pour les aînés à « vieillir chez eux » — dans la mesure où quelqu'un dans la collectivité est disponible pour aider à effectuer les tâches qui ne sont plus couvertes par les programmes provinciaux. Parmi les effets négatifs, on trouve l'isolement croissant des personnes âgées vulnérables, une baisse de la surveillance de la qualité des soins fournis par des soignants non professionnels ou bénévoles et une diminution des occasions d'enquêter sur l'état de santé ou le bien-être des personnes âgées vulnérables qui peuvent avoir des problèmes de santé mentale. Les circonstances des affaires *Grant, Morin* et *Chartrand* nous remettent ces dangers en mémoire.

¹²⁸ Canada, Commission sur l'avenir de la santé au Canada, *Guidé par nos valeurs : l'avenir de la santé au Canada — Rapport final* (Ottawa, 2002), en ligne : <<http://publications.gc.ca/pub?id=237275&sl=0>>, p. 171. (Commissaire : Roy J. Romanow).

¹²⁹ Marcy Cohen, Jeremy Tate et Jennifer Baumbusch, *An Uncertain Future for Seniors: BC's Restructuring of Home and Community Health Care 2001-2008* (Vancouver : Centre canadien de politiques alternatives, 2009).

Le présent document fait partie d'un vaste projet visant à prévenir et à intervenir plus rapidement contre les mauvais traitements et la négligence à l'égard des aînés en ciblant les secteurs de la santé et du soutien communautaire. Un des postulats à la base de cet objectif veut que les personnes âgées, en raison d'une incapacité, d'une maladie, d'une santé déclinante ou d'une perte de la mobilité due au vieillissement soient susceptibles d'avoir affaire à l'occasion à des professionnels de la santé. Lors du cheminement d'une personne dans le continuum allant des soins à domicile à ceux fournis par un établissement de soins et des soins communautaires aux soins de courte durée, il existe des occasions de détecter des problèmes de mauvais traitements et de négligence à l'égard des aînés et d'y réagir. Cependant, des changements récents dans la façon de fournir les soins de santé au Canada et l'importance plus grande accordée aux soins communautaires peuvent avoir rendu les mauvais traitements et la négligence à l'égard des personnes âgées plus difficiles à détecter, en plus de rendre la prestation de services de prévention efficaces plus difficile.

Ce ne sont pas toutes les personnes âgées qui ont des contacts réguliers avec les travailleurs de la santé ou des services sociaux. Bon nombre d'entre elles restent fortes et en santé en vieillissant et n'ont pas besoin de soutien ou d'aide communautaires ou institutionnels constants pour continuer à vivre de façon autonome. D'autres personnes âgées peuvent souffrir de différentes affections, mais choisissent de ne recevoir aucun traitement. Si leur capacité est limitée, on peut se demander si leur décision de ne pas recevoir de soins de santé ou de services sociaux a été prise de façon éclairée. Comme les personnes plus jeunes cependant, les aînés dont la capacité mentale n'est pas atteinte choisissent parfois, comme ils en ont le droit, de ne pas consulter régulièrement un médecin ou de ne pas recevoir de soins médicaux afin de soigner un problème de santé chronique ou urgent.

(b) La prestation de soins, la dépendance et les mauvais traitements et la négligence à l'égard des aînés

Comme le révèle le nombre même limité d'affaires présentées dans le présent document, la relation entre la prestation de soins et les mauvais traitements et la négligence à l'égard des aînés est complexe.

Qu'entend-on par prestation de soins? En plus des formes les plus connues de soins prodigués par les professionnels de la santé, telles que la réponse aux situations d'urgence, la prescription et l'administration de médicaments et de traitements pour des problèmes de santé chroniques, la prestation de soins inclut une vaste gamme de tâches associées à la gestion de la maladie ou des handicaps.

La prestation de soins est souvent définie en fonction de catégories de soins. Pat Armstrong et Olga Kits divisent les soins entre les catégories (se recoupant) suivantes :

- Gestion des soins : déterminer et mettre sur pied des services de soins professionnels, médiation entre les professionnels de la santé et relations avec ces derniers, défense des droits des personnes qui reçoivent des soins, remplir des formulaires;
- Aide concernant les activités instrumentales de la vie quotidienne : cuisine, magasinage, tâches ménagères;

- Aide pour les tâches quotidiennes : s’habiller, se laver, manger, soins personnels, prise des médicaments et utilisation d’appareils médicaux;
- Soutien affectif et social¹³⁰.

Bien que ces activités soient souvent liées aux soins, la prestation de soins se définit plutôt comme [TRADUCTION] « une relation sociale [ou professionnelle] complexe » qui ne peut être réduite à une suite d’actions¹³¹. Cette relation peut être source de protection ou de danger (ou les deux) pour la personne âgée.

La prestation de soins peut donner lieu à de la violence. Allan Foubert était un employé qui fournissait des soins de manière violente. Dans cette affaire, la violence a été détectée parce que les autres employés ont été témoins des comportements violents et les ont dénoncés, mais seulement dix ans après l’embauche de Foubert. Dans l’affaire *Morin*, un fournisseur de soins venait régulièrement chez Elizabeth Lussin, mais celle-ci recevait également de l’aide et du soutien de son fils violent.

Le fait de ne pas prodiguer des soins peut constituer de la négligence. Il n’y a aucune preuve que Margaret Grant a prodigué quelques soins que ce soit à sa mère, mis à part le fait de l’aider avec les tâches ménagères, et elle a pourtant été condamnée pour n’avoir pas prodigué les soins nécessaires à la vie à quelqu’un qui était considéré comme dépendant d’elle en raison de son isolement et de sa maladie. En d’autres mots, Margaret Grant *aurait dû*, en droit, soit prodiguer les soins appropriés elle-même ou veiller à ce que des soins adéquats soient fournis, même si, dans les faits, elle pouvait être dépendante de sa mère à certains égards.

Les mauvais traitements à l’égard des aînés peuvent également survenir en l’absence d’une relation de soins ou de dépendance. Par exemple, Parker Matthias prenait-il soin de sa mère? Dans cette affaire, rien n’indique qu’il le faisait; cependant, la description des faits de l’espèce ne retient que ce qui est considéré comme pertinent quant à la condamnation ou à la détermination de la peine et contrairement aux affaires de négligence, il n’est pas nécessaire d’établir l’existence d’une relation de soins pour démontrer qu’il y a eu homicide involontaire coupable.

Les mauvais traitements à l’égard des aînés peuvent survenir dans le cadre d’une relation d’interdépendance. Parker Matthias a pu aider sa mère concernant les activités comprises dans la liste dressée précédemment même si cette information ne figure pas au dossier. La décision indique que Kathleen Jennings et son fils allaient en ville ensemble pour régler certaines affaires. À l’inverse, Matthias, qui habitait avec sa mère et qui montrait les signes d’un certain nombre de problèmes de santé physique et mentale, était peut-être dépendant de sa mère d’un certain point de vue. Dans l’ensemble, les faits semblent indiquer qu’il existait une relation d’interdépendance.

Des aînés sont maltraités par des personnes qui dépendent d’eux. Margaret Grant comptait peut-être sur le soutien de sa mère jusqu’à ce que cette dernière devienne trop malade pour aider sa fille, qui souffrait d’incapacité mentale, à gérer sa vie. Kathleen Jennings et Kathleen Grant étaient peut-être des aidantes plutôt que des personnes recevant des soins. Daniel Chartrand était financièrement dépendant de Henry Matthews. En plus de payer Chartrand pour lui prodiguer des soins et l’aider, Matthews semble lui avoir versé d’autres sommes d’argent au fil des ans en raison de l’engagement qu’il avait pris à l’égard de la mère de Chartrand d’aider son fils adulte.

¹³⁰ Pat Armstrong et Olga Kits, *One Hundred Years of Caregiving* (Ottawa: Commission du droit du Canada, 2001) p. 3-4.

¹³¹ *Ibid.* p. 1.

Une personne âgée peut dépendre d'une autre personne sans qu'il y ait nécessairement une relation de soins, et, plus particulièrement, rien n'exige que la personne âgée *reçoive* des soins prodigués par une autre personne, généralement plus jeune. Certaines personnes âgées sont vulnérables à la violence en raison de leur dépendance à l'égard d'une personne plus jeune, plus particulièrement un membre de la famille qui devrait aider la personne âgée, mais qui ne prodigue pas les soins appropriés. La relation entre la prestation de soins et les mauvais traitements envers les aînés est complexe.

(c) L'incidence de la réglementation professionnelle sur les interventions concernant les mauvais traitements et la négligence envers les aînés

Un des défis auxquels les travailleurs de la santé et des services communautaires doivent faire face pour s'acquitter de leurs obligations juridiques est qu'en plus des règles régissant la protection des adultes, la capacité mentale et l'accès à l'information, la réglementation professionnelle et la législation en matière d'accréditation, les codes de déontologie et les règles de l'établissement peuvent imposer des obligations supplémentaires susceptibles d'entrer en conflit, ou de créer l'apparence d'un conflit, avec d'autres obligations juridiques servant à contrer les mauvais traitements et la négligence à l'égard des aînés. Dans les affaires citées dans le présent document, les travailleurs sociaux, les psychologues, les infirmières et les médecins ont, ou auraient pu intervenir dans la prestation de services de santé ou de soins aux personnes âgées, soit en tant que professionnels de la santé de première ligne soit à titre d'administrateurs d'établissements de santé. Les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux appartiennent à des professions régies par des lois, dont certaines imposent des limites à la divulgation des renseignements personnels des clients, et ces limites peuvent paraître poser des obstacles à l'intervention. Un grand nombre de professions disposent également de codes de déontologie qui guident la pratique.

Compte tenu du volume considérable d'informations régissant les professions, le présent document utilise les six affaires comme cadre servant à limiter les documents. Nous avons abordé la législation et les règles de déontologie concernant la protection des adultes dans les cinq provinces en cause dans ces affaires. Nous avons également porté une attention particulière aux règles qui concernent l'obligation de signalement et qui imposent des limites à la divulgation des renseignements personnels des clients ou des patients. Un thème important est que bien que la réglementation des professions soit du ressort des provinces, la plupart des organismes provinciaux de réglementation citent les normes de pratique du Canada. Il existe également des similitudes entre les professions. Essentiellement, la confidentialité est protégée, mais pas à tout prix : des renseignements peuvent être échangés lorsqu'une autre loi l'autorise, telle que la loi sur la protection des adultes. La plupart des professionnels ont l'obligation de ne divulguer que le minimum de renseignements requis dans le but d'accomplir leur devoir, mais il est acquis qu'une certaine forme de partage de l'information est nécessaire dans le cadre des activités.

Dans les sections suivantes, les lois et les codes de déontologie seront traités sous un seul intertitre, en fonction de chaque catégorie de professionnels. Nous examinerons d'abord la situation des professionnels de la santé en général. Les sections suivantes porteront sur les règles particulières qui s'appliquent aux médecins, aux infirmières et aux travailleurs sociaux.

i) Les professionnels de la santé

Un certain nombre de lois s'appliquent à plus d'une catégorie de professionnels. En Colombie-Britannique, les professionnels de la santé, qui incluent au sens large les infirmières, les médecins et les psychologues, sont régis par la *Health Professions Act*¹³², laquelle prévoit ce qui suit :

[TRADUCTION]

Renseignements confidentiels

53 (1) Sous réserve de la *Loi sur le protecteur du citoyen*, toute personne doit préserver la confidentialité au sujet de toute question et de toute chose qui viendrait à sa connaissance dans l'exercice d'un pouvoir ou l'exécution d'une obligation en vertu de la présente loi, à moins que la divulgation ne soit

- (a) nécessaire pour exercer le pouvoir ou remplir l'obligation;
- (b) autorisée pour des raisons d'intérêt public par la commission du collège concerné par l'exercice du pouvoir ou l'exécution de l'obligation¹³³.

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* de l'Ontario permet la divulgation sans consentement pour des raisons qui s'apparentent aux exceptions prévues dans la législation sur la protection des renseignements personnels, notamment pour faciliter une enquête policière, lorsqu'une autre loi le requiert, ou :

s'il existe des motifs raisonnables de croire que la divulgation est nécessaire pour éliminer ou réduire un risque considérable de préjudice corporel grave menaçant une personne ou un groupe de personnes¹³⁴.

Un certain nombre de règlements ciblant des professions précises confirment que la divulgation [TRADUCTION] « de renseignements sur l'état d'un patient ou sur des services rendus à un patient à une personne autre que son représentant dûment habilité n'est permise qu'avec le consentement du patient ou selon les exigences de la loi¹³⁵ ». Autrement, l'employé commet une faute professionnelle.

En Alberta, la *Health Professions Act*¹³⁶ inclut les travailleurs sociaux; cependant, la loi est muette en ce qui concerne la confidentialité des renseignements personnels ou des renseignements de nature médicale.

ii) Les médecins

Dans les provinces et les territoires que nous avons examinés, il était virtuellement impossible de distinguer les obligations des médecins. Le comité de déontologie du Collège des médecins de la Colombie-Britannique et les normes de pratique en matière de santé du Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta citent le Code de déontologie du Collège royal des médecins et des chirurgiens de l'Association médicale canadienne. Le Code prévoit ce qui suit concernant le respect de la confidentialité des renseignements personnels des patients :

¹³² *Health Professions Act*, R.S.B.C. 1996, ch. 183.

¹³³ *Ibid.*, par. 53(1).

¹³⁴ *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, L.O. 1991, ch. 18, al. 36(1)z).

¹³⁵ *Professional Misconduct*, Règl. de l'Ont., 856/93, s. 10. Le règlement concernant spécifiquement les infirmières est un peu plus permissif, remplaçant « exigée par la loi » par « exigée ou autorisée par la loi ». *Professional Misconduct*, Règl. de l'Ont., 799/93, art. 10.

¹³⁶ *Health Professions Act*, R.S.A. 2000, ch. H-7.

[TRADUCTION]

Protection des renseignements personnels et confidentialité

31. Protéger les renseignements personnels sur la santé de vos patients.
32. Fournir aux patients des renseignements raisonnables, compte tenu des circonstances, sur les raisons de la collecte, de l'utilisation et de la divulgation des renseignements personnels sur leur santé.
33. Connaître les droits de vos patients en ce qui a trait à la collecte, à l'utilisation, à la divulgation et à l'accessibilité des renseignements personnels sur leur santé; veiller à ce que ces renseignements soient correctement enregistrés.
34. En public, éviter de discuter des patients ou de faire à leur sujet des commentaires qui pourraient raisonnablement être jugés comme révélant des renseignements confidentiels ou permettant d'identifier la personne.
35. Divulguer à des tiers les renseignements personnels sur la santé de vos patients uniquement avec le consentement de ces derniers, ou lorsque la loi l'exige, par exemple lorsque le maintien de la confidentialité risquerait de causer un préjudice grave à des tiers ou, dans le cas de patients inaptes, aux patients eux-mêmes. Il faut alors prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir le patient de la dérogation aux exigences habituelles de confidentialité¹³⁷.

La rédaction du Code de déontologie du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick est pratiquement identique¹³⁸.

Au Québec, le Code de déontologie des médecins est inclus dans le *Code civil*. Le Code met l'accent sur l'importance de protéger la confidentialité des renseignements sur les patients, mais prévoit que le médecin :

- (5) ne peut divulguer les faits ou confidences dont il a eu personnellement connaissance, sauf lorsque le patient ou la loi l'y autorise, ou lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage¹³⁹.

Le Code du Québec exige que le médecin indique les risques que la divulgation des renseignements personnels est censée empêcher¹⁴⁰.

iii) **Les infirmières**

De la même manière, les infirmières sont assujetties à des normes de pratique à l'échelle nationale. Les Professional Standards of Registered Nurses and Nurse Practitioners de la Colombie-Britannique citent le Code de déontologie des infirmières et infirmiers de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, qui inclut les lignes directrices suivantes sous le titre « responsabilités déontologiques » :

1. Les infirmières respectent le droit de chaque personne au contrôle de la collecte, de l'utilisation et de la divulgation de renseignements personnels les concernant et de l'accès à ces renseignements.

¹³⁷ Alberta College of Physicians and Surgeons, en ligne :

<<http://www.cpsa.ab.ca/Resources/standardsofpractice.aspx>>. Voir également College of Physicians and Surgeons of BC, en ligne : <<https://www.cpsbc.ca/files/u6/HPA-Bylaws.pdf>>. À ce jour, les documents des deux sites Web renvoient au Code de déontologie de l'Association médicale canadienne, en ligne : <<http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/PolicyPDF/PD04-06F.pdf>>.

¹³⁸ art. 31-34, en ligne : <<http://www.cpsnb.org/french/code-of-ethics-fr.html>>.

¹³⁹ *Code de déontologie des médecins*, 2002 G.O.Q. 2, 5574, par. 20(5).

¹⁴⁰ *Ibid.*, art. 21.

2. Lorsque les infirmières discutent avec des personnes prises en charge, elles prennent des mesures raisonnables pour éviter que les renseignements confidentiels de la conversation ne puissent être entendus par d'autres oreilles.
3. Les infirmières recueillent, utilisent et divulguent des renseignements sur la santé selon le principe du besoin de savoir, en assurant le plus haut niveau d'anonymat possible compte tenu des circonstances et en respectant la législation sur la protection de la vie privée.
4. Lorsque les infirmières sont tenues de divulguer des renseignements à une fin précise, elles ne divulguent que les renseignements nécessaires à cette fin et n'informent que les personnes qui doivent être mises au courant. Elles s'efforcent de le faire d'une façon qui minimise tout préjudice potentiel pour les personnes, les familles ou les communautés¹⁴¹.

Les codes de déontologie et les normes de pratique des infirmières de l'Alberta et du Nouveau-Brunswick incorporent également le code canadien en ce qui concerne la confidentialité¹⁴².

Au Québec, le code de déontologie des infirmières et infirmiers exige que la divulgation de renseignements personnels se fasse conformément au *Code des professions*, qui permet la divulgation, lorsque la loi le permet, dans les circonstances suivantes :

Le professionnel peut en outre communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiables. Toutefois, le professionnel ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours. Le professionnel ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication¹⁴³.

iv) **Les travailleurs sociaux**

Au Québec, les travailleurs sociaux, comme les médecins et les infirmières, sont régis par un code de déontologie qui fait partie du *Code civil*. La rupture du « secret professionnel » concernant les renseignements confidentiels est permise si elle est autorisée par le client ou exigée par la loi¹⁴⁴.

En Colombie-Britannique, bien que les professionnels de la santé soient régis par une loi unique, les travailleurs sociaux sont assujettis à une loi distincte. La *Social Workers Act* prévoit ce qui suit :

[TRADUCTION]

- 48** (1) Sous réserve de la *Loi sur les enfants, la famille et les services communautaires*, de la *Loi sur le protecteur du citoyen* et de la *Loi sur les représentants des enfants et sur la jeunesse*, toute personne doit préserver la confidentialité au sujet de toute question et de toute chose qui viendrait à sa connaissance dans l'exercice d'une attribution conférée par la présente loi, à moins que la divulgation ne soit :
- (a) nécessaire pour exercer cette attribution;
 - (b) autorisée pour des raisons d'intérêt public par la commission¹⁴⁵.

¹⁴¹ College of Registered Nurses of BC, en ligne : <https://www.crnbc.ca/downloads/128_Prof%20Standards%202005.pdf>. Voir Association des infirmières et infirmiers du Canada, en ligne : <http://www.cna-nurses.ca/CNA/practice/ethics/code/default_f.aspx>.

¹⁴² College and Association of Registered Nurses of Alberta, Nursing Practice Standards, en ligne : <http://www.nurses.ab.ca/Carna-Admin/Uploads/new_nps_with_ethics.pdf>. Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, en ligne : <http://www.aainb.nb.ca/index.php/pratique/normes>.

¹⁴³ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, 2003 G.O.Q. 2, 64, art. 31.1; *Code des professions*, L.R.Q. ch. C-26, art. 60.4.

¹⁴⁴ *Code de déontologie des travailleurs sociaux*, R.R.Q. 1981, ch. C-26, r. 180, art. 3.06.01.

La *Loi de 1998 sur le Travail social et les techniques de travail social* de l'Ontario est muette sur la question des obligations de confidentialité¹⁴⁶. Cependant, le règlement sur la faute professionnelle qui s'applique aux travailleurs sociaux confirme qu'un travailleur social peut communiquer des renseignements au sujet d'un client lorsqu'il a [TRADUCTION] « le consentement du client ou de son représentant » ou que la divulgation est [TRADUCTION] « exigée ou permise par la loi »¹⁴⁷. Le règlement impose également une obligation concernant l'interruption de services qui peut également s'appliquer à un protocole d'intervention en cas de violence à l'égard des aînés. Le fait d'interrompre des services constitue une faute professionnelle, à moins que :

[TRADUCTION]

- i. le client demande l'interruption des services;
- ii. le client se retire des services;
- iii. des efforts raisonnables sont faits pour organiser des services de remplacement;
- iv. le client a eu une possibilité raisonnable d'organiser des services de remplacement;
- v. le fait de continuer à fournir les services exposerait le membre à un risque sérieux de blessure, et, dans les circonstances visées aux sous-alinéas i, ii, iii ou iv, le membre a fourni des efforts raisonnables pour tenir une dernière session sur la fin des services avec le client¹⁴⁸.

Le code de déontologie de l'association des travailleurs sociaux de la Colombie-Britannique dispose :

[TRADUCTION]

Le travailleur social doit protéger la confidentialité de tous les renseignements acquis dans l'exercice de ses fonctions en ne divulguant ces renseignements que lorsque cela s'avère nécessaire, lorsque la loi l'autorise ou lorsque les clients ont consenti à la divulgation¹⁴⁹.

Les normes canadiennes figurant dans le Code de déontologie de l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux sont citées en Alberta et au Nouveau-Brunswick. Le Code de déontologie définit la « confidentialité dans l'exercice de la profession » comme une des valeurs fondamentales de pratique¹⁵⁰ et décrit l'obligation en détail :

Valeur 5 : Confidentialité dans l'exercice de la profession

La confidentialité à l'égard de toutes les questions reliées aux services professionnels dispensés aux clients est une pierre angulaire des relations professionnelles. Le travailleur social respecte la confiance que placent en lui ses clients, les collectivités et d'autres professionnels en protégeant le caractère privé de l'information appartenant au client et en respectant le droit de celui-ci de contrôler le lieu et le moment où cette information pourra être communiquée à des tiers. Le travailleur social ne communique l'information confidentielle à d'autres parties (y compris des membres de la famille) qu'avec le consentement éclairé du client ou de son représentant légalement autorisé, ou lorsque la loi ou le tribunal l'ordonne. Pour le travailleur social, le principe général de la confidentialité de l'information ne s'applique pas lorsque la communication est nécessaire pour empêcher que des torts graves, prévisibles et imminents soient faits à un client ou à d'autres personnes. Dans toutes les

¹⁴⁵ *Social Workers Act*, R.S.B.C. 2008, ch. 31, par. 48(1).

¹⁴⁶ *Loi de 1998 sur le Travail social et les techniques de travail social*, L.O. 1998, ch. 31.

¹⁴⁷ *Professional Misconduct*, Règl. de l'Ont. 384/00, art. 11.

¹⁴⁸ *Ibid.*, art. 8.

¹⁴⁹ BC Association of Social Workers Code of Ethics, en ligne :

<<http://www.bcasw.org/Content/About%20BCASW/Code%20of%20Ethics.asp>>.

¹⁵⁰ Code de déontologie de l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, en ligne :

<<http://www.casw-acts.ca/index.html>>.

circonstances, le travailleur social ne révèle que le minimum d'information confidentielle nécessaire pour atteindre le but escompté.

Principes :

- Le travailleur social respecte l'importance de la confiance que les clients et les membres du public placent dans la relation professionnelle.
- Le travailleur social respecte le droit du client à la confidentialité de l'information qui est communiquée dans un contexte professionnel.
- Le travailleur social ne révèle d'information confidentielle qu'avec le consentement éclairé du client ou la permission du représentant légal de celui-ci.
- Le travailleur social peut enfreindre le principe de confidentialité et communiquer l'information du client sans permission lorsque c'est nécessaire et permis par les lois applicables, le tribunal ou le présent *Code*.
- Le travailleur social fait preuve de transparence pour ce qui est des limites à la confidentialité s'appliquant à la pratique professionnelle en exposant clairement ces limites au client dès le début de la relation¹⁵¹.

v) **Conclusion**

En résumé, les règles d'accréditation professionnelle ne posent pas de barrière à la communication de renseignements ou au signalement des cas de mauvais traitements dans le cadre de la pratique. Au contraire, les règles et les lois qui s'appliquent aux professions sont compatibles avec les lois qui s'appliquent à la protection des adultes et à la confidentialité des renseignements personnels et médicaux. Il est toujours préférable d'informer les patients ou d'obtenir le consentement des clients. La divulgation devrait également être limitée le plus possible : seuls les renseignements permettant de répondre aux préoccupations concernant les mauvais traitements ou la négligence devraient être divulgués. Cependant, les renseignements personnels ou médicaux peuvent également être divulgués sans consentement lorsque les lois sur la protection des adultes et les lois connexes l'autorisent.

6. La dynamique sociale des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des aînés : examen des principaux faits des affaires étudiées

(a) *Grant, Chartrand, Vallée et Foubert* : la capacité mentale en tant que facteur de risque

La capacité mentale, qui a été examinée dans la section 4d), ne constituait certes pas la principale question juridique traitée dans les six affaires analysées dans le présent document, mais la capacité était pertinente dans un certain nombre de condamnations.

Suivant les dispositions du *Code criminel* sur la négligence (omettre de fournir les choses nécessaires à l'existence), un des éléments de l'infraction est que la victime doit avoir été incapable de se soustraire à une relation de dépendance. Le juge, tant dans *Grant* que dans *Chartrand*, a décidé que la personne âgée n'avait pas la capacité mentale nécessaire pour se soustraire à une relation de dépendance. Rien n'indiquait que la capacité avait déjà fait l'objet d'une évaluation dans ces affaires et, de toute évidence, dans *Grant*, les circonstances avaient évolué avant que Margaret Grant compose le 911 au point qu'il était trop tard pour évaluer la capacité de Kathleen Grant : dans la mesure où la personne

¹⁵¹ *Ibid.*

âgée était à peine consciente et n'avait pas bougé depuis un bon moment, Kathleen Grant était incapable de prendre des décisions. Henry Matthews était inconscient au moment où les ambulanciers sont arrivés sur les lieux, bien qu'il ne soit pas vraiment possible de dire combien de temps il est demeuré dans cet état. Selon les faits exposés dans le jugement, Matthews avait conservé une partie de ses capacités physiques et mentales, mais il n'était pas en mesure de se soustraire aux soins de Chartrand, compte tenu de la dynamique sociale et sanitaire en cause. En l'absence de soins adéquats, la santé de Matthews s'était détériorée au point où sa capacité s'en était trouvée affectée, si ce n'est de façon temporaire seulement.

Kathleen Grant et Henry Matthews ne disposaient pas des capacités mentales nécessaires qui leur auraient permis de prendre leurs soins en main. Il n'y avait cependant rien au dossier concernant une évaluation des capacités, une ordonnance de tutelle ou un réseau d'aide à la prise de décision. Ces personnes âgées avaient-elles besoin de quelqu'un pour les aider à prendre des décisions ou pour prendre des décisions à leur place afin qu'elles reçoivent le soutien et l'aide dont elles avaient besoin pour prendre des décisions concernant leur santé? Ni Margaret Grant ni Daniel Chartrand ne semblent avoir été des décideurs substituts informels compétents : la première ne semblait pas avoir l'intelligence et le sens des responsabilités nécessaires et le deuxième exploitait financièrement Matthews. Or, ces deux personnes semblaient être les seules avec lesquelles les aînés avaient des contacts réguliers. L'absence d'une personne pouvant les aider à prendre des décisions ou pouvant prendre des décisions à leur place peut les avoir rendus plus vulnérables aux mauvais traitements et à la négligence.

Roland Marchand a été déclaré mentalement incapable par un médecin peu de temps après que l'exploitation financière a eu lieu et la preuve médicale a montré qu'à l'époque où il était exploité financièrement par Jeanne Vallée, il souffrait déjà d'un syndrome démentiel de type Alzheimer, montrant des signes de changement des traits de sa personnalité en liaison avec ses habitudes de dépense, et il est probable que ses capacités mentales concernant les décisions financières étaient altérées. Il semble que Marchand n'était pas en mesure de prendre certaines décisions à l'époque où l'exploitation financière a eu lieu.

Les victimes d'Allan Foubert étaient des patients atteints de démence qui résidaient dans une aile verrouillée d'un établissement hospitalier. Les réactions des patients aux mauvais traitements de Foubert donnent à penser que certains d'entre eux avaient conservé une partie de leurs capacités, mais le contexte général de leur mode de vie limité révèle soit des capacités fluctuantes soit des soins déficients et des mauvais traitements qui prenaient la forme d'un confinement excessif. Toutefois, il ne ressort pas clairement des circonstances des mauvais traitements que la diminution de la capacité était directement attribuable aux mauvais traitements commis par Foubert. Il est plus probable que les problèmes de capacité mentale et de capacité physique soient l'une des raisons pour lesquelles les résidents victimes de mauvais traitements vivaient dans un établissement de soins qui employait un travailleur s'en prenant aux patients. La diminution de leur capacité peut les avoir empêchés de vivre de façon autonome. Cependant, l'absence de considération pour la capacité d'un résident était une facette du comportement violent de Foubert. Dans un certain nombre d'incidents survenus dans cette affaire, Foubert n'avait pas tenu compte de l'incapacité des résidents et des désirs qu'ils avaient exprimés.

Bien que le juge dans *Morin* ait affirmé que la perception qu'avait Elizabeth Lussin des événements était probablement faussée, des parties de son témoignage ont été acceptées à l'audience, ce qui donne à penser qu'elle avait conservé une partie de ses habiletés cognitives. Il n'y a que dans l'affaire

Matthias que la question de la capacité de l'aîné n'a pas été soulevée. Bien que l'abus de substances puisse avoir altéré les capacités mentales de Kathleen Jennings, le lien entre la capacité et la violence ou la vulnérabilité n'a pas été démontré. Cependant, cette absence pourrait refléter un manque d'information. Jennings était isolée, elle ne recevait apparemment aucun service et elle est décédée peu de temps après que la police est arrivée sur les lieux. Ce serait faire montre d'âgisme que de présumer que Kathleen Jennings n'avait pas les capacités mentales nécessaires en raison de son âge ou de sa dépendance. Mais il est impossible de déterminer si elle était incapable mentalement sur la base des faits exposés dans les décisions judiciaires.

Pourquoi accorder autant d'importance à la capacité mentale? La capacité mentale d'une personne âgée a une incidence sur sa vulnérabilité à la violence et sur l'intervention appropriée. La notion de capacité mentale est directement reliée à notre analyse précédente sur la confidentialité des renseignements personnels. Cela signifie que la personne peut ne pas être en mesure de donner ou de refuser son consentement à une intervention. L'absence de capacité peut avoir une incidence sur la capacité d'une personne d'obtenir du soutien et de l'aide ou de se protéger contre les mauvais traitements, un facteur qui déclenchera l'obligation de signaler les mauvais traitements ou la négligence dans certaines administrations.

(b) L'isolement social : un déterminant de la vulnérabilité ou du risque

Pour revenir à notre analyse sur la vulnérabilité à la section 3, les dynamiques sous-jacentes à ces trois affaires révèlent plusieurs déterminants de la vulnérabilité. Toutes ces affaires ont en commun un thème majeur : l'isolement.

Kathleen Grant n'avait pas quitté sa maison depuis un certain temps et la seule référence à des soins externes concerne un rendez-vous manqué avec un spécialiste au cours de l'année précédente. Un spécialiste et un médecin savaient qu'elle était malade, mais elle ne recevait pas de soins officiels. Sa fille était considérée comme son aidante naturelle, mais il n'y a rien dans la décision qui donne à penser qu'elle avait *prodigué* des soins à un moment ou à un autre. Il est plus probable qu'en réalité les deux femmes avaient habité ensemble tout au long de la vie de la jeune femme et qu'à un moment donné l'aînée, qui avait pris soin de sa fille, était devenue trop malade pour s'occuper d'elle-même et de sa fille adulte. Cette dernière peut être considérée comme une aidante naturelle par défaut, coupable de ne jamais avoir prodigué de soins à sa mère ou veillé à ce qu'elle reçoive des soins appropriés. L'affaire *Grant* est un type de cas où la prestation d'aide aurait présenté des difficultés pour les travailleurs de la santé et les travailleurs des services sociaux parce que la personne âgée n'utilisait pas les services et que personne dans le voisinage ne savait qu'elle habitait le logement de sa fille. Kathleen Grant semble avoir été isolée pendant la dernière année de sa vie.

Dans l'affaire *Matthias*, la mère et le fils ont été décrits comme vivant une vie d'exclus dans leur parc pour caravanes à la campagne. Ils avaient de faibles revenus fixes, et leur passe-temps principal consistait à rester à la maison et à boire ensemble. Bien qu'il ait vécu reclus avec sa mère, Matthias était bien connu des ambulanciers de la région et de la police en raison d'incidents liés à sa maladie mentale. L'isolement n'était pas total.

Les circonstances de l'affaire *Chartrand* sont différentes parce que la victime de violence avait été un homme riche et un homme d'affaires prospère¹⁵². Comparé à Kathleen Grant et Kathleen Jennings, Matthews avait joui à une certaine époque d'un statut social privilégié. Cependant, la maladie, dans ce cas-ci la maladie de Parkinson, l'avait rendu dépendant d'un aidant naturel, l'enfant de son ancienne partenaire décédée, qui aurait également dépensé tout l'argent de Henry Matthews. L'isolement était évident du fait que Matthews sortait rarement de la maison, sauf occasionnellement pour aller faire les courses avec l'aide de Chartrand.

Les circonstances de l'affaire *Vallée* laissent voir un certain isolement découlant de la mort récente d'une conjointe de longue date et d'un éloignement des autres membres de la famille. L'affaire a révélé que des efforts délibérés avaient été effectués pour isoler la victime de ses proches qui auraient pu lui fournir un peu de protection contre la violence : Jeanne Vallée faisait pression sur le vieil homme pour qu'il se détache de ses deux filles comme condition au maintien de son affection.

L'affaire *Foubert* est unique dans le sens où elle concerne un employé d'un établissement accrédité. En termes d'isolement et de vulnérabilité, la violence institutionnelle découle souvent de circonstances directement opposées aux autres affaires examinées précédemment dans le présent rapport, car les victimes sont isolées *de* la famille plutôt que *dans* la famille. Il est alors d'autant plus important que les travailleurs de la santé et les travailleurs des services sociaux témoignent des mauvais traitements et interviennent pour y mettre fin parce que, selon le degré de contacts avec la famille et les amis, personne d'autre que la victime ne peut être témoin des mauvais traitements ou constater le préjudice physique et émotionnel causé à l'aîné. Les autres résidents peuvent ne pas être en mesure de signaler les mauvais traitements.

Dans l'affaire *Morin*, la femme âgée a été attachée à une chaise ou à un lit pour de longues périodes en 2001 et 2002. Bien que la mère et le fils, qui vivaient dans le même logement, aient passé beaucoup de temps seuls ensemble, ce qui multipliait les occasions de violence, la relation bénéficiait d'une plus grande surveillance grâce à la présence d'un soignant à domicile et à la présence occasionnelle d'un autre enfant adulte. Cependant, la situation vécue par Elizabeth Lussin correspond à de l'isolement. Il est probable qu'elle a passé beaucoup de temps chez elle.

En ce qui concerne la dynamique sociale des mauvais traitements, l'isolement n'est pas seulement un facteur de risque : il s'agit aussi d'un obstacle à l'intervention. Comment les services sociaux et les professionnels de la santé peuvent-ils repérer les personnes âgées qui vivent dans l'isolement et prendre contact avec elles? Prenons le cas de Margaret et Kathleen Grant, qui habitaient seules et ne semblaient pas faire appel aux services de santé. Comment la situation de cette famille aurait-elle pu attirer l'attention des travailleurs de la santé ou des services communautaires? Avoir accès aux personnes âgées isolées mais vulnérables constitue un défi considérable en pratique.

(c) L'affaire *Matthias* : abus d'alcool et d'autres drogues, maladie mentale, conflit familial et dynamique familiale complexe

L'affaire *Matthias* a trait à une dispute entre une mère et son fils qui s'est terminée par un acte violent fatal. Les faits de cette affaire sont particulièrement complexes et concernent à la fois les causes de la situation de l'agresseur, notamment des antécédents en matière de santé mentale, une consommation

¹⁵² Jon Willing, « Millionaire neglected by caregiver » *Ottawa Sun*, (30 avril 2009), en ligne : CNews, <<http://cnews.canoe.ca/CNEWS/Crime/2009/04/30/9297936-sun.html>>.

abusive d'alcool et de cocaïne et des problèmes de santé physique graves (VIH), ainsi qu'une dynamique interpersonnelle, notamment un dysfonctionnement familial, une marginalisation, un conflit et une interdépendance ou un soutien répétés. Le tribunal laisse entendre dans cette affaire que l'agresseur est également un survivant de la violence familiale. Bien qu'il n'y ait aucune excuse pour les mauvais traitements ou les voies de fait, cet exemple de mauvais traitements envers une personne âgée ne peut être bien compris que si on examine attentivement les circonstances et l'historique entourant l'agression de sa mère par Matthias. Un tel examen excède le cadre du présent document, notamment parce que la décision publiée passe rapidement sur ce qui est probablement une histoire familiale complexe, mais il est utile de traiter des facteurs sous-jacents parce que ceux-ci influent sur les obstacles qui nuisent à l'intervention et sur les options en matière d'intervention.

L'alcool est un des facteurs de risque le plus fréquemment cité relativement aux mauvais traitements à l'égard des aînés¹⁵³. Les mauvais traitements à l'égard des aînés sont souvent associés à la consommation excessive d'alcool soit par la personne âgée soit par l'agresseur¹⁵⁴.

(d) Les affaires *Foubert et Morin* : le lien entre âgisme et maltraitance

L'âgisme peut également avoir constitué un facteur de risque à tout le moins dans les affaires *Foubert et Morin*. La façon dont Allan Foubert traitait ses patients était infantilissante et dégradante, laissant entrevoir une attitude générale d'âgisme et d'hostilité à l'égard des résidents qui se trouvaient sous ses soins. Les traitements prodigués par Clifford Morin à l'égard de sa mère suggéraient également une forme de paternalisme à l'égard des besoins qu'elle exprimait. Dans les deux cas, il semble que l'agresseur ait violé la dignité de la personne âgée.

Qu'est-ce que l'âgisme? Le mot a été inventé en 1968 par Robert Butler, alors directeur national de l'institut sur le vieillissement aux États-Unis, qui a affirmé que [TRADUCTION] « l'âgisme entraîne les jeunes générations à percevoir les personnes âgées comme des personnes différentes, de sorte que, subtilement, elles cessent de s'identifier aux personnes âgées en tant qu'êtres humains¹⁵⁵ ». L'âgisme s'inscrit dans les attitudes sociales et les stéréotypes dégradants envers les personnes âgées¹⁵⁶. Dans un sens, il s'agit d'une forme de traitement discriminatoire fondé sur une certaine perception de l'âge avancé. L'âgisme peut entraîner un manque de respect pour les désirs d'une personne âgée et un déni de sa dignité humaine inhérente. Il peut se traduire par une infantilisation de la personne âgée, qui se reflète dans le langage, le ton employé et le comportement. Le rapport final du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement a défini l'« âgisme » dans les termes suivants :

L'âgisme peut être une forme de pure discrimination qui prive des personnes de la place qui leur revient de droit dans la société au seul motif de leur âge. Mais l'âgisme peut aussi être nuancé. Il peut être imposé de l'extérieur aux aînés, par des règlements et des politiques, et il peut aussi être auto-imposé, par exemple quand des gens s'efforcent de se conformer aux attentes de la société en limitant d'eux-mêmes leurs propres possibilités.

¹⁵³ Denise Bradshaw et Charmaine Spencer, « The Role of Alcohol in Elder Abuse Cases » cité dans Jacki Pritchard, ed. *Elder Abuse Work: Best Practices in Britain and Canada*, 1^{ère} éd. (London : Jessica Kingsley Publishers, 1999), p. 332.

¹⁵⁴ *Ibid.* aux p. 334-335.

¹⁵⁵ Robert Butler, *Why Survive? Being Old in America* (New York: Harper & Row, 1975) cité par le Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aînés, « Âgisme », en ligne : <<http://www.cnpea.ca/ageism.htm>> [RCMPA].

¹⁵⁶ RCMPA, *ibid.*

L'âgisme est une forme de discrimination fondée sur l'âge :

- où l'on applique des idées préconçues quant aux capacités de la personne âgée;
- où l'on prive la personne âgée du droit de décider pour elle-même;
- où l'on fait fi des souhaits connus de la personne âgée;
- où l'on traite la personne âgée comme un enfant¹⁵⁷.

La Commission ontarienne des droits de la personne définit deux types d'âgisme, le premier fondé sur des préjugés concernant les personnes et le deuxième dénotant un âgisme systémique :

Le premier est une interprétation fautive des effets du vieillissement, faite de préjugés et de stéréotypes à l'endroit des personnes âgées. Le second est une tendance à vouloir structurer la société selon la présupposition que tout le monde est jeune, de sorte que l'on n'arrive pas à répondre adéquatement aux besoins réels des personnes âgées¹⁵⁸.

Dans les affaires *Morin* et *Foubert*, l'âgisme ressort du comportement agressif de l'agresseur.

(e) L'affaire *Foubert* : les mauvais traitements à l'égard des personnes en établissement et la persécution à l'endroit des dénonciateurs

Les établissements de soins disposent parfois de codes de conduite qui ont une incidence sur la pratique. Le centre de santé Perley et Rideau pour anciens combattants, l'employeur d'Allan Foubert, dispose à l'heure actuelle d'un certain nombre de politiques qui peuvent être consultées par le public, probablement en raison de la publicité et des questions de responsabilité ayant entouré la condamnation de Foubert¹⁵⁹. La déclaration des droits des résidents et le code de déontologie de l'établissement renforcent le droit des résidents à la confidentialité de leurs renseignements personnels « en conformité avec la loi ». Mais ils mettent également l'accent sur une culture fondée sur le respect — tout le contraire de l'approche qu'avait Foubert dans son travail avec les personnes âgées.

Dans l'affaire *Foubert*, l'occasion a été manquée en partie à cause de la culture en place sur les lieux de travail, qui n'incitait aucunement à signaler le comportement d'un autre employé : la décision souligne effectivement que les employés qui signalaient des cas de mauvais traitements étaient victimes d'une certaine forme de persécution de la part des autres employés. Bien que ces cas aient finalement donné lieu à des poursuites parce que des employés ont dénoncé Foubert, ce dernier a été au service de l'établissement pendant dix ans avant de faire l'objet de plaintes, ce qui laisse croire que des mauvais traitements ont pu avoir lieu pendant longtemps avant que des incidents soient signalés à la police.

Le risque de victimisation des dénonciateurs constitue vraisemblablement un problème que les employés qui sont témoins de signes de mauvais traitements et de négligence à l'égard des personnes

¹⁵⁷ Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées, *Stopper la violence. Restaurer le respect. Réponse au rapport provisoire du Sénat — Une population vieillissante : enjeux et options*, 9 mai 2008, cité dans le rapport du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, *Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser* (Ottawa, 2009), p. 14.

¹⁵⁸ Commission ontarienne des droits de la personne, *Il est temps d'agir : Faire respecter les droits des personnes âgées en Ontario* (Toronto, Commission ontarienne des droits de la personne, 2001), p. 16.

¹⁵⁹ Code de déontologie du centre de santé Perley et Rideau pour anciens combattants, en ligne : <http://www.prvhc.com/BoardGovernance/BoardGovernanceEthics.aspx>.

en établissement vont devoir régler. Dans l'ensemble des provinces et territoires, la loi permet aux employés de signaler les mauvais traitements; dans certaines administrations, la loi l'exige et elle érige en infraction l'omission de signaler le comportement. Une certaine protection est prévue dans ces cas, sous forme de possibilité de faire un signalement anonyme; cependant, dans un milieu de travail restreint, l'identité de la personne qui porte plainte peut être évidente. Pour contrer les mauvais traitements dans les établissements de soins, le personnel doit avoir la possibilité de les dénoncer. La question se pose en ces termes : que peut-on faire pour mettre en place une culture organisationnelle qui commande de prévenir les mauvais traitements envers les aînés? Comment inculquer la tolérance zéro pour la violence envers les clients *et* les employés?

(f) Occasions d'aide et d'intervention manquées

Dans l'affaire *Grant*, un journal a indiqué que Margaret Grant avait elle aussi des problèmes cognitifs et des problèmes de santé mentale, un diplôme de cinquième année, et qu'elle était si incompetente pour prodiguer des soins qu'elle n'a pas donné de nourriture solide à un de ses enfants avant l'âge de 5 ans¹⁶⁰. M^{me} Grant était bien connue des services de protection de l'enfance, car ils avaient appréhendé ses trois enfants quelques années plus tôt. Compte tenu de l'intervention d'un spécialiste et d'un omnipraticien, la question est de savoir s'il aurait été approprié pour le médecin d'exiger une visite des services de santé communautaires en l'absence de suivi. Et s'il avait été connu que Margaret Grant était la seule personne à fournir un soutien ou de l'aide à Kathleen Grant, une évaluation de sa résidence aurait pu être nécessaire.

Bien que l'affaire *Matthias* ne montre pas que Parker Matthias prodiguait des soins à sa mère, elle révèle l'existence d'une relation de dépendance affective et sociale ou d'interdépendance, aussi dysfonctionnelle soit-elle. Il existait des indicateurs de vulnérabilité, mais auraient-ils justifié l'intervention? À certains égards, l'affaire *Matthias* est la plus difficile à imaginer autrement. Si Matthias n'avait pas été mal au point de devoir demeurer hospitalisé, il aurait manifestement pu continuer à habiter avec sa mère en l'absence de preuve de comportement violent. Cependant, la décision fait référence au fait que la police a dû intervenir en raison d'un conflit ayant provoqué le bris d'une fenêtre, ce qui donne à penser qu'il aurait peut-être été approprié qu'un travailleur social fasse un suivi ou qu'il y avait des antécédents de violence familiale. La question est de savoir si Matthias s'est vu offrir des services de soutien appropriés en santé mentale à sa sortie et s'il présentait des antécédents de violence qui auraient exigé une surveillance accrue.

Dans l'affaire *Chartrand*, il semble qu'il y a eu des signaux d'alerte qui auraient pu faire en sorte que Henry Matthews soit aidé plus rapidement. Premièrement, le médecin de Matthews a permis à son patient de rester à la maison simplement parce qu'il recevait de l'aide et du soutien de Chartrand; cependant, le médecin n'a pas confirmé que les besoins de Matthews à cet égard étaient satisfaits. Une évaluation des soins à domicile a-t-elle été effectuée? Nous ne pouvons connaître la réponse à cette question, selon les faits de l'affaire, mais les circonstances posent la question de savoir dans quelle mesure un professionnel de la santé autorisant une personne âgée à recevoir des soins prodigués par un soignant non professionnel devrait être tenu d'établir un plan de soins. Deuxièmement, la police avait également reçu un certain nombre d'indices selon lesquels Chartrand dépensait l'argent d'un vieil homme malade, et la collectivité savait que Chartrand était l'aidant de Matthews. Ce renseignement aurait pu amener la police à envoyer quelqu'un rendre visite à

¹⁶⁰ Craig Babstock, « Jail sought for elder neglect » *Times & Transcript* (20 mars 2009), en ligne : *Times & Transcript* <<http://timestranscript.canadacast.com/rss/article/609459>>.

Matthews avant qu'il ne devienne aussi malade qu'il l'était lorsque les ambulanciers sont arrivés sur les lieux. Les faits de l'affaire *Chartrand* posent la question de la communication entre les agences dans le cadre de la prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés.

L'affaire *Vallée* résulte d'une intervention de l'État sous la forme d'une plainte déposée par la Commission des droits de la personne du Québec au moment où elle a pris connaissance des résultats de l'évaluation de la compétence et de la situation financière de la victime. La question est de savoir si une intervention plus rapide aurait pu empêcher la perte et la souffrance. Le diagnostic d'Alzheimer semble avoir été établi longtemps après que Marchand ait vraisemblablement développé la maladie et montré des symptômes de démence. Y avait-il d'autres personnes que Vallée dans la collectivité qui fournissaient du soutien et de l'aide à Marchand? L'une d'entre elles avait-elle remarqué sa relation soudaine avec une femme beaucoup plus jeune et ses nouvelles dépenses extravagantes? Un tel comportement devrait susciter la méfiance, car on peut y voir des signes d'exploitation, d'incapacité mentale ou d'influence induite.

Dans l'affaire *Morin*, au moins un, et peut-être deux aidants rémunérés, étaient présents à de multiples occasions et ont témoigné à l'audience soit concernant le comportement de Morin soit concernant son niveau de détresse lorsqu'il constatait les besoins de sa mère. Rien ne saurait excuser les mauvais traitements. Mais il faut se demander si offrir de l'aide à l'agresseur dans cette affaire aurait pu constituer une occasion d'intervenir avec succès de manière non intrusive. Des interventions auraient pu aider Morin à aider sa mère de manière plus appropriée ou auraient pu permettre à Elizabeth Lussin de trouver des modes de vie plus sûrs, loin de son fils qui la maltraitait. Une ordonnance de protection obligeant Morin à quitter sa mère aurait pu être mise en place plus tôt.

De fait, dans certaines de ces affaires, la prestation de services à une personne âgée ou à un membre de la famille ou à une personne de confiance aurait pu avoir une incidence sur le bien-être de la personne âgée. Plusieurs membres adultes de la famille avaient des besoins importants qui ont eu une incidence sur les crimes dont il a été question dans les cas que nous avons étudiés. Parker Matthias présentait des antécédents de santé mentale qui étaient bien connus. Margaret Grant semblait souffrir de déficiences cognitives qui avaient limité sa capacité de prendre soin de sa mère. Clifford Morin montrait des signes de détresse.

7. Conclusion

(a) Survol législatif

Au début du présent document, nous avons soulevé huit questions importantes pour les travailleurs de la santé et des services sociaux qui veulent intervenir dans les cas de mauvais traitements ou de négligence envers les aînés dans le cadre de leur pratique :

- Qu'ai-je l'obligation de faire dans les cas de mauvais traitements et de négligence?
- Ai-je la même obligation dans les cas de *risque* de mauvais traitements?

- Comment puis-je me conformer à la fois aux lignes directrices régissant la pratique professionnelle, aux lois applicables, notamment celles relatives à la protection des adultes, et aux politiques de mon employeur?
- Que dois-je faire lorsque ces règles semblent incompatibles?
- Quelles règles de confidentialité s'appliquent à la pratique?
- Comment puis-je faire face aux préoccupations suscitées par les risques de manière à respecter le droit à la vie privée de la personne âgée, son indépendance et sa décision de vivre à ses risques et périls?
- Comment puis-je aider les personnes âgées avec lesquelles je travaille à vivre (et parfois à mourir) dans la dignité, et à vieillir chez elles, sans les abandonner à une relation marquée par la violence?
- Comment puis-je accomplir ce qui précède dans un contexte de désinstitutionnalisation croissante des soins de santé et d'une importance accrue accordée aux soins communautaires?

Les réponses se trouvent ci-dessous. Dans la plupart des cas, les réponses ne sont pas simples et soulèvent plutôt de nouvelles questions, dont certaines sont analysées dans la section recommandations du présent document.

Les obligations prévues par les différentes lois provinciales concernant la protection des adultes et les interventions obligatoires varient en fonction des facteurs suivants :

- La province ou le territoire où le travailleur exerce ses fonctions;
- L'identité de l'employeur;
- L'endroit où les mauvais traitements ou la négligence a eu lieu;
- La question de savoir s'il s'agit d'un cas réel ou simplement d'un risque de mauvais traitements ou de négligence.

Le tableau 2, qui se trouve dans la section 4, résume les obligations existant dans chaque administration.

Selon notre analyse, les conflits entre les lois, les lignes directrices et les règles de l'employeur sont illusoire. Dans chaque province et territoire, la divulgation de renseignements confidentiels sur l'état de santé est permise lorsque la loi l'autorise ou qu'elle est nécessaire à une enquête policière. Dans la pratique, il est important de savoir si la loi exige ou permet le signalement dans la province ou le territoire concerné. Les lois sur la protection des renseignements personnels complètent les lois sur la protection des adultes : lorsqu'il y a une obligation de signaler les cas de violence ou de négligence, les lois sur la protection des renseignements personnels permettent également aux professionnels de divulguer des renseignements confidentiels sans le consentement nécessaire. Toute règle édictée par l'employeur qui prévoirait le contraire ne devrait pas régir la pratique, sinon les professionnels se retrouveraient dans une position où ils risqueraient de contrevenir à leurs obligations juridiques.

De la même manière, selon la plupart des directives à l'intention des praticiens, la confidentialité est un principe sacré. Mais des exceptions sont permises lorsque la divulgation est autorisée par une autre loi. Toutes les lois qui exigent le signalement protègent également les employés contre des conséquences juridiques ou pour leur emploi découlant d'un rapport fait de bonne foi.

La meilleure façon d'éviter qu'il y ait apparence de conflit à ce sujet est d'impliquer les clients dans le processus de prise de décisions et d'obtenir leur consentement concernant la divulgation de leurs renseignements personnels. Comme certains codes de déontologie le prévoient, divulguer aussi peu de renseignements confidentiels que possible, en essayant de trouver l'équilibre entre la sécurité et la sauvegarde de la vie privée, est une bonne pratique.

Dans chaque province ou territoire, le travailleur de la santé ou des services sociaux peut divulguer des renseignements personnels ou des renseignements médicaux concernant des patients ou des clients dans certaines circonstances sans le consentement de l'adulte vulnérable. Les lois sur la protection des renseignements personnels applicables dans chaque province ou territoire permettent la divulgation dans les situations où la santé et la sécurité sont en jeu. Chaque province ou territoire utilise son propre vocabulaire pour décrire le niveau de risque auquel doit être exposé l'ainé pour que le travailleur ait le pouvoir d'agir sans consentement. Le vocabulaire de ces lois est général, ce qui force les travailleurs à déterminer si les circonstances factuelles correspondent aux exceptions prévues par la loi, tout en gardant à l'esprit le principe voulant qu'il faille rechercher le consentement du client afin qu'il participe le plus possible aux décisions le concernant. Un grand nombre d'employeurs ont créé des politiques pour aider les travailleurs de première ligne à déterminer leurs obligations en la matière. Chaque établissement devrait élaborer des politiques qui éclairent le personnel concernant cette partie complexe de la pratique.

Le tableau 3, qui se trouve dans la section 4, résume des aspects des lois sur la protection des adultes et sur la protection des renseignements personnels et des lois connexes et, dans la dernière colonne, décrit l'effet de ces lois sur la possibilité de communiquer des renseignements personnels ou médicaux confidentiels concernant un patient ou un client.

Le travail du praticien exige également de prendre en considération la capacité mentale pour décider si sont enclenchés l'obligation de signalement ainsi que le droit de consentir à la divulgation de renseignements personnels ou de refuser l'intervention des services sociaux ou des services de santé dans des cas de mauvais traitements ou de négligence. Dans certaines administrations, la capacité peut être utilisée pour déterminer s'il convient d'intervenir.

(b) Recommandations

Les recommandations suivantes résultent de la recherche sur les lois concernant les mauvais traitements et la négligence envers les aînés et de notre appréciation des six affaires analysées dans le présent document :

1. Fournir aux milieux de travail des ressources, notamment de la formation exhaustive, pour aider le personnel de la santé et des services sociaux à détecter les cas de mauvais traitements et de négligence envers les aînés dans toute leur diversité. Se servir des décisions judiciaires sur les mauvais traitements envers les personnes âgées est un moyen utile qui nous permet de discuter d'exemples précis sans porter atteinte à la confidentialité, mais nous nous intéressons alors aux cas les plus extrêmes. Il y a aussi des cas où les actes commis sont moins violents et des exemples beaucoup moins extrêmes de négligence. Les

affaires criminelles mettent aussi en évidence les mauvais traitements commis par des membres de la famille, ce qui est vraisemblablement seulement une des facettes des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés au Canada. Ceux-ci sont maltraités non seulement par des fournisseurs de soins professionnels et non professionnels, mais aussi par des membres de leur famille qui dépendent d'eux pour leurs soins et leur soutien financier. Les mauvais traitements surviennent dans des contextes d'interdépendance et peuvent toucher des aînés relativement actifs et en bonne santé. Les mauvais traitements et la négligence envers les aînés peuvent survenir dans toutes sortes de circonstances, et les travailleurs de la santé et des services sociaux doivent être en mesure de reconnaître la maltraitance dans différentes situations et dans différentes relations.

2. Élaborer ou utiliser des ressources efficaces pour aider les professionnels à prendre de bonnes décisions dans des situations complexes. La formation doit tenir compte du fait que les interventions dans les cas de mauvais traitements et de négligence soulèvent des questions d'éthique complexes qui ne se prêtent pas à des solutions simples. Le personnel de la santé et des services sociaux a besoin de ressources et de soutien pour relever ces défis de manière judicieuse. Il faut notamment, pour assurer une formation complète et appropriée, concevoir des outils éducatifs et former du personnel enseignant.

3. Examiner de plus près ce qui peut être fait dans nos établissements pour faciliter l'instauration d'une culture qui valorise la prévention des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des aînés. Saluer les efforts du personnel pour signaler les mauvais traitements et prodiguer des soins avec compassion malgré le surcroît de temps et d'énergie que cela demande. Déterminer comment inculquer la tolérance zéro pour la violence dirigée contre le personnel, les résidents et les patients d'une manière qui reconnaisse les comportements problématiques que peuvent présenter les adultes souffrant de conditions associées à la démence et à l'agressivité.

4. Aider les travailleurs de la santé et des services sociaux à comprendre et à contrer l'âgisme avant qu'il ne mène aux mauvais traitements et à la négligence. L'âgisme peut être un facteur dans les cas de perpétuation des mauvais traitements. Certaines des paroles prononcées par les aidants et certaines de leurs actions dans les affaires analysées dans le présent document étaient infantilisantes et dégradantes et dénotaient un manque de respect généralisé pour l'autonomie et la dignité de la personne âgée qui est typique de l'âgisme. Il faudra, pour lutter contre l'âgisme, concevoir des outils éducatifs et former du personnel enseignant.

5. Mettre au point des outils pour aider les travailleurs de la santé et des services sociaux à enquêter sur les mauvais traitements et la négligence et à documenter le risque et élaborer une formation complète à cette fin. Des renseignements laissant croire qu'un client ou un patient est vulnérable aux mauvais traitements ou à la négligence, en particulier à cause de facteurs comme l'isolement social, les problèmes d'alcool ou des antécédents d'interventions majeures au domicile par la police, les ambulanciers ou les autorités responsables de la santé mentale ou de la protection des enfants — des indices qui étaient présents dans les affaires examinées dans le cadre du projet Contrepoint — peuvent favoriser une réponse rapide. L'analyse de la vulnérabilité et du risque contenue dans le document de travail sur le projet Contrepoint peut être utile aux fins de la mise au point de ces outils.

6. Faire en sorte que les travailleurs de la santé et des services sociaux ainsi que les autres employés aient facilement accès aux numéros de téléphone où signaler les cas de mauvais traitements et de négligence. Il n'est pas toujours facile de déterminer l'organisme ou le responsable approprié.

7. *Établir des pratiques exemplaires concernant la façon d'offrir des services d'une manière non intrusive qui respecte les choix de vie de chaque personne âgée et reconnaisse les facteurs sociaux et affectifs qui font que les adultes sont réticents à signaler les mauvais traitements et la négligence et à accepter de l'aide.* Tout adulte mentalement apte a le droit de choisir de vivre dans des conditions à risque. Le personnel peut être appelé sur les lieux pour vérifier si l'adulte a véritablement choisi les conditions dans lesquelles il vit, en offrant des services et en cherchant à découvrir si les décisions de l'adulte sont manipulées par un agresseur.

8. *Mettre en place des politiques et des protocoles pour guider les travailleurs de première ligne dans l'exercice de leur pouvoir discrétionnaire de communiquer les renseignements personnels ou médicaux sans le consentement de la personne concernée.* Les travailleurs de la santé et des services sociaux peuvent communiquer des renseignements confidentiels sans le consentement de la personne concernée dans des circonstances où l'on craint qu'il y ait mauvais traitements ou négligence, mais qui ne répondent pas aux critères forçant ou permettant le signalement en vertu des lois sur la protection des adultes ou d'autres lois applicables. Les exceptions concernant la santé et la sécurité dans les lois sur la protection des renseignements personnels varient légèrement selon les provinces et territoires et leur libellé général commande une interprétation. Les employeurs devraient fournir des directives pour expliquer ce que ces exceptions signifient concrètement. Les employés seront ainsi mieux en mesure d'agir et la pratique deviendrait plus cohérente.

9. *Souligner, dans toutes les politiques et tous les protocoles, l'importance de toujours rechercher le consentement éclairé d'un patient ou d'un client à une intervention perçue comme étant dans l'intérêt supérieur de l'adulte.* Dans certains cas, il sera impossible ou inopportun d'obtenir le consentement (par exemple dans des situations de grande urgence ou lorsque l'adulte n'a pas la capacité mentale ou n'est pas conscient de ce qui se passe). Cependant, l'obtention du consentement est toujours la meilleure façon de se protéger contre une allégation de violation de la confidentialité et un consentement éclairé constitue la base d'une pratique professionnelle qui fait participer activement un adulte ou un patient à la prise de décisions le concernant. Les mauvais traitements à l'égard des aînés se caractérisent souvent par un abus de pouvoir et la victimisation mine la confiance en soi et l'autodétermination. Élaborer des pratiques exemplaires qui mettent fin à cette dynamique d'agression contre la volonté de la personne âgée.

10. *Faire en sorte que tous les professionnels de la santé et des services sociaux qui interagissent avec les personnes âgées comprennent la notion de capacité mentale.* En d'autres termes, les professionnels doivent comprendre la relation entre la capacité et les lois sur la protection des adultes et les autres lois pertinentes au regard des interventions dans les cas de mauvais traitements et de négligence envers les aînés dans le ressort où ils travaillent. Ces personnes doivent aussi connaître la relation juridique et conceptuelle qui existe entre la capacité et la divulgation de renseignements personnels. Aborder cette question dans le cadre du perfectionnement professionnel des professionnels concernés comme les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux et les autres professionnels de la santé. La capacité mentale est un aspect intrinsèque du droit et des lignes directrices sur la pratique professionnelle concernant les mauvais traitements et la négligence envers les aînés.

11. *Concevoir des mécanismes pour surveiller les relations de soins qui n'impliquent pas un professionnel devant rendre des comptes à un employeur ou un organisme d'accréditation.* Les aînés qui reçoivent des soins de la part de personnes ne possédant pas une formation reconnue ne sont pas nécessairement plus susceptibles d'être maltraités, mais le risque que les mauvais traitements commis à la maison ne soient pas détectés est plus grand. L'isolement constitue un facteur de risque important en matière de mauvais traitements et de négligence à l'égard des aînés. Des mesures de protection qui rendraient ces soins invisibles plus visibles pourraient aider à prévenir l'escalade des mauvais traitements et de la

négligence. Bien que les aînés qui reçoivent des soins prodigués par des membres de leur famille et d'autres aidants non professionnels ou non formés ne représentent qu'une fraction des victimes de mauvais traitements ou de négligence, une plus grande attention portée à ces relations par les travailleurs de la santé et des services sociaux pourrait permettre de prévenir ces mauvais traitements et cette négligence.

12. Offrir des services de soutien aux aidants non professionnels, naturels ou bénévoles qui prodiguent des soins à des personnes âgées afin d'améliorer leur capacité de gérer cette responsabilité éprouvante sur les plans physique, affectif et technique. Bien que les mauvais traitements et la négligence soient injustifiables, peu importe les motifs ou les circonstances, certains cas pourraient être évités si les aidants sans formation professionnelle recevaient plus d'aide de la part des services de santé et des services sociaux. L'isolement, le manque de compétences et l'absence d'appui contribuent parfois aux mauvais traitements et à la négligence. La prestation de soins par les aidants naturels et les soignants non professionnels fait économiser beaucoup d'argent à l'État.

13. Mettre en place des protocoles et des mécanismes pour faciliter, de manière respectueuse, le contact périodique avec les clients et les patients âgés qui ont d'importants problèmes de santé et qui ne se présentent pas aux rendez-vous médicaux ou qui n'effectuent pas de suivi sur le plan médical. Bien que les personnes âgées mentalement capables gardent leur droit de refuser des traitements médicaux et des services de soutien, des barrières physiques et autres peuvent nuire à leurs efforts ou à leur désir de garder contact avec les fournisseurs de soins de santé. Il y aurait lieu de mettre en place certaines mesures de sécurité pour que ces personnes, qui peuvent être très vulnérables aux mauvais traitements et à la négligence, ne disparaissent pas du système tant qu'elles n'ont pas pris la décision éclairée d'arrêter ou de refuser un traitement.

14. Mettre en place des mécanismes pour faciliter la communication entre les services de police, les services de santé et les services sociaux dans les cas où une personne âgée semble être exposée à un risque de mauvais traitements ou de négligence. Faire en sorte que les politiques et les pratiques accordent une grande importance au principe de la confidentialité des renseignements personnels et médicaux, mais se rappeler que la confidentialité ne devrait pas empêcher de faire enquête pour savoir si un adulte vulnérable est en sécurité.

(c) Mot de la fin

Le présent document a commencé par un examen de six décisions judiciaires concernant une personne âgée victime de mauvais traitements ou de négligence — cinq décisions rendues en matière criminelle et une du Tribunal des droits de la personne du Québec. Ces décisions avaient pour but d'encadrer notre analyse des lois régissant les mauvais traitements et la négligence envers les aînés en établissant un contexte pour nous aider à faire ressortir les dilemmes éthiques et les difficultés pratiques qui nuisent aux interventions, en clarifiant les obligations et les options existant dans le cadre juridique actuel et en faisant des recommandations sur l'élaboration de ressources, d'outils éducatifs, de politiques et de protocoles qui devraient contribuer à appuyer la pratique des travailleurs de la santé et des services sociaux qui œuvrent auprès des personnes âgées et doivent définir les mesures à prendre lorsqu'ils soupçonnent des mauvais traitements et de la négligence.

Les mauvais traitements et la négligence envers les aînés est un phénomène social vaste et complexe, et il ne fait aucun doute que, même si nous avons essayé de présenter une diversité de cas — provenant de provinces et de territoires différents, concernant des types de mauvais traitements, des

infractions criminelles, des relations et des contextes différents — six affaires donneront une image incomplète des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés. En outre, même si, dans notre analyse de ces affaires, nous mettons en évidence certaines dynamiques sociales en jeu, le présent document de travail n'est pas un document de sociologie, mais plutôt un document de recherche et d'analyse juridiques. Aussi, notre analyse des dynamiques sociales n'est que partielle également.

Les mauvais traitements envers les personnes âgées sont un problème complexe qui ne peut être expliqué que par une seule théorie¹⁶¹. La littérature sur les mauvais traitements et la négligence envers les aînés a cerné un certain nombre de théories expliquant les causes ou les dynamiques sous-tendant les mauvais traitements envers les personnes âgées. Parmi ces théories, mentionnons :

- la théorie féministe fondée sur des modèles de violence familiale;
- la transmission intergénérationnelle ou l'apprentissage social;
- les dynamiques intra-individuelles, comme celles concernant la maladie mentale et l'alcoolisme;
- la théorie situationnelle, dans le cadre de laquelle les mauvais traitements sont liés au stress;
- les théories d'économie politique, qui jettent le blâme sur les forces structurelles et la marginalisation des aînés dans la société, y compris l'âgisme;
- la théorie de l'échange ou du pouvoir ou contrôle — les relations marquées par la violence et par la réciprocité, la dépendance ou l'interdépendance et les tactiques élaborées dans le cadre de la vie familiale et maintenues pendant la vie adulte, par exemple des mauvais traitements exercés par appât du gain¹⁶².

Les affaires examinées dans le présent document illustrent certaines de ces théories et en passent d'autres importantes sous silence. C'est l'affaire *Matthias* qui illustre le mieux la violence familiale. Dans cette affaire, la dynamique la plus courante de la violence par un conjoint — une femme âgée est maltraitée par un conjoint violent — n'est pas prise en compte. Pour diverses raisons, nous n'avons pas été en mesure de trouver un cas qui illustrait cette dynamique. Il ne faut toutefois pas en conclure que la violence commise à l'égard d'une femme âgée par son conjoint n'est pas un problème grave qui doit être réglé par une solution complète au problème des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des aînés. De même, l'exploitation financière par des subrogés, notamment des membres de la famille, est un problème grave qui n'était pas en cause dans les affaires criminelles que nous avons examinées.

Rien ne saurait excuser les mauvais traitements. Cependant, comprendre certaines des dynamiques menant aux mauvais traitements peut nous aider à détecter les obstacles qui nuisent à la pratique et à concevoir des outils nous permettant d'intervenir dans le cadre juridique limité actuel.

Le présent document met en évidence les obligations de signalement des cas de mauvais traitements et de négligence et les circonstances dans lesquelles les renseignements personnels et médicaux peuvent être communiqués, avec ou sans le consentement du client. Il ne faut toutefois pas en

¹⁶¹ Rosalie Wolf, « Elder Abuse and Neglect: History and Concepts » dans Richard J. Bonnie et Robert B. Wallace, eds. *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect and Exploitation in an Aging America* (Washington, DC: National Academies Press, 2003) 238, p. 241.

¹⁶² Silvia Perel-Levin, « Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Care Level » (London: World Health Organization Aging and Life Course, 2008), p. 7. Voir Wolf, *ibid.*

déduire que le signalement des cas de mauvais traitements est la solution idéale ou la seule solution, ni qu'il faut encourager la communication de renseignements confidentiels sans le consentement de la personne concernée. Le but est de faire en sorte que les professionnels de la santé et des services sociaux comprennent les limites juridiques qui circonscrivent leur pratique. Trouver la meilleure façon d'intervenir dans chaque cas n'est pas simple. Il est à espérer qu'en clarifiant la situation on aidera les professionnels à mieux concentrer leurs efforts pour trouver des solutions dans le contexte d'une pratique exigeante et complexe.

Il ressort des affaires examinées que l'isolement est un facteur de risque important au regard des mauvais traitements et de la négligence. La prestation de soins de santé et de services sociaux réduit l'isolement. Compte tenu du grand nombre de points d'entrée possibles pour l'intervention des services sociaux et de santé au fur et à mesure que les besoins d'une personne évoluent au cours de sa vie, il y a des occasions de détecter les cas possibles de mauvais traitements et de négligence et d'intervenir. Tout au long de son parcours dans le continuum de soins, des soins à domicile ou communautaires aux soins de longue durée, de la santé publique aux soins de courte durée, la personne entrera en contact avec un grand nombre de travailleurs de la santé en mesure d'intervenir — *si* ceux-ci comprennent bien les obligations professionnelles qui leur incombent dans certaines circonstances, y compris celle de respecter l'autonomie décisionnelle des individus.

Dans certains cas, il existe une obligation d'intervenir très claire sur le plan juridique : par exemple, s'il existe des indices solides de violence ou s'il y a une absence manifeste de capacité mentale ou de conscience. Dans d'autres circonstances, il n'y a aucun moyen légal de protéger une personne âgée contre le déclin de sa santé ou contre les préjudices parce que l'adulte, ayant manifestement toutes ses capacités mentales, a adopté un mode de vie risqué et que personne ne lui fait du mal. Dans certains cas, on doit permettre à l'adulte de vivre dans des conditions dangereuses parce qu'il s'agit d'un choix conscient, bien que risqué. Cependant, entre ces deux extrêmes se trouve une zone grise où l'on retrouve un grand nombre de situations.

Un des objectifs principaux du projet Contrepoint est d'aider les travailleurs de la santé, les fournisseurs de services communautaires et les autres travailleurs de la santé à garder cet équilibre délicat : savoir quand leur intervention est nécessaire et quand ils doivent se retirer; savoir quand ils doivent signaler les mauvais traitements aux autorités; savoir détecter les situations où l'intervention pourrait atténuer les mauvais traitements et la négligence. Un autre objectif est de définir clairement les responsabilités juridiques, de sorte que les travailleurs puissent intervenir sans crainte d'être tenus responsables de l'état lamentable dans lequel se trouve l'adulte victime de mauvais traitements ou à risque de l'être. Nous espérons que les renseignements fournis à cet égard feront en sorte que les travailleurs de la santé et des services communautaires seront mieux outillés pour prendre les décisions appropriées en temps opportun.

Pour les travailleurs de la santé et des services sociaux, il est difficile de savoir quand et comment intervenir. Les lois diffèrent suivant les provinces et territoires. De nombreuses lois et lignes directrices s'appliquent à l'intérieur du même ressort. Il faut des outils d'information pour traduire ces lois en lignes directrices pratiques claires d'une manière qui reconnaisse de nombreux facteurs, comme les dynamiques sociales, ayant une incidence sur les mauvais traitements et la négligence à l'égard des aînés, la diversité des relations de violence, les contextes institutionnels actuels et la culture sociale au sein de laquelle œuvrent les travailleurs et la collectivité dans son sens large, impliquée dans la lutte contre la violence et la négligence à l'égard des personnes âgées. L'objectif de la deuxième partie du projet Contrepoint est de créer quelques-uns de ces outils éducatifs destinés à

appuyer la pratique. Cependant, certains changements institutionnels s'imposent pour améliorer la pratique en matière de prévention et d'intervention et pour faciliter une réponse coordonnée des différents professionnels que peut rencontrer une personne âgée victime de mauvais traitements ou de négligence. Nous avons mentionné un certain nombre de ces changements dans la section recommandations du présent rapport.

Il existe une forte volonté de prévenir les mauvais traitements et la négligence à l'égard des aînés. Cependant, la réticence à intervenir est souvent liée à une crainte réelle de s'introduire dans la vie d'adultes mentalement aptes, de déterminer ce qui est bon pour eux, de violer leur vie privée et de nuire à leur liberté à un moment de leur vie où la liberté a une grande valeur. Car comment faire pour jumeler surveillance communautaire et professionnelle sans violer la vie privée, la liberté et la dignité humaine? Cette réticence s'explique également par le manque de connaissance des lois en matière de protection des adultes et des lois connexes, qui sont actuellement en train d'être modifiées dans un certain nombre de provinces et qui varient de manière fondamentale d'une administration à l'autre. En fin de compte, aucun outil pratique ne peut rendre simple la lutte envers les mauvais traitements et la négligence à l'égard des aînés. On peut toutefois espérer que d'autres outils éducatifs — jumelés à des lignes directrices pratiques et à des changements institutionnels — permettront davantage aux travailleurs de la santé et des services sociaux de mieux gérer les dilemmes éthiques et les problèmes juridiques qui peuvent se poser dans le cadre d'interventions liées au phénomène complexe des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des aînés.