

LA FORCE DE L'ÂGE



Association québécoise de défense
des droits des personnes retraitées
et préretraitées

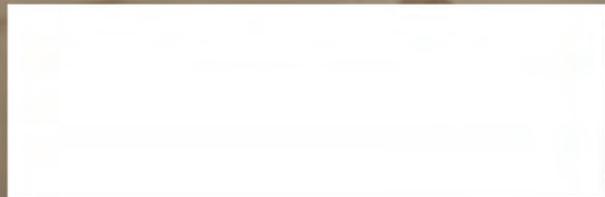
VOLUME 21 - NUMÉRO 3
DÉCEMBRE 2013

Bonne nouvelle:

enfin le droit de
choisir soi-même
ses services
de fin de vie



Assurance autonomie:
les enjeux, nos débats





**Association québécoise de défense
des droits des personnes retraitées
et préretraitées**

LA FORCE DE L'ÂGE

Publié par l'Association québécoise de
défense des droits des personnes
retraitées et pré-retraitées (AQDR),
1620 avenue de La Salle, bureau 10,
Montréal H1V 2J8

Téléphone: 514 935-1551
1 877 935-1551 (sans frais)

Télécopieur: 514 937-7371

Internet: www.aqdr.org

Courriel: bureaunational@aqdr.org

Rédactrice en chef: France Leblanc
redaction@aqdr.org.

Production: Lucie Lachance.

Graphisme: G une Idée enr.
www.guneidee.com

Comité de lecture: Anne Falcimaigne,
Jacques Fournier, Karole Lamer, Louis
Plamondon, Gilles Boucher, France
Leblanc.

Abonnés: les membres des 43 sections de
l'AQDR.

Paraît quatre fois l'an: juin, octobre,
décembre et mars.

Date de tombée: 7 janvier 2014.

Nous ne pouvons nous engager à publier
tous les textes reçus. Le comité de lecture
fait le choix final. Certains articles
proposés pour **La Force de l'âge**
pourraient se retrouver dans **La Force des
s@ges**, notre bulletin électronique
mensuel.

La reproduction partielle ou totale est
permise à la condition d'en mentionner la
source. S.V.P. nous en aviser. Les textes
n'engagent que leurs signataires et
reflètent la richesse de nos débats. La
forme masculine est utilisée pour alléger
le texte.

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du
Québec. ISSN-0833-871X

SOMMAIRE DÉCEMBRE 2013

REPORTAGE

03 Le droit à la vie jusqu'à sa fin

DOSSIER

08 **L'Assurance autonomie** Une réforme globale
du système de prise en charge des besoins des
personnes en perte d'autonomie

13 Les trois fonctions du projet d'Assurance
autonomie

BILLET

06 La Charte et le Conseil du statut de la femme

15 Conférence internationale des villes amies des
aînés

AQDR

17 France Leblanc à la direction générale de
l'AQDR

TEST: VIOLENCE OU MALTRAITANCE

18 Vous soupçonnez qu'une personne proche de
vous est victime de violence ou de
maltraitance? Répondez au test.

Envoyez-nous vos textes avant le 7 janvier 2014

La date de tombée pour notre prochain numéro est
le 7 janvier 2014. Bienvenue à vos textes: les bons
coups de vos sections, des textes de réflexion sur les
dossiers prioritaires de l'AQDR, etc. Maximum de
450 mots avec photo. Envoyez vos textes à
redaction@aqdr.org

Recevez-vous aussi le bulletin électronique La force des s@ges?

Le bulletin électronique La force des s@ges est
déposé le premier de chaque mois dans la boîte
courriel de tous nos membres branchés. Si vous ne
le recevez pas, hâtez-vous de nous faire connaître
votre adresse courriel à info@aqdr.org sans oublier
de nous indiquer votre numéro de membre.

LE DROIT À LA VIE JUSQU'À SA FIN

Claire Duguay - AQDR St-Michel



Le projet de loi 52 concernant les soins de fin de vie a fait couler beaucoup d'encre surtout en ce qui concerne l'aide médicale à mourir. L'AQDR, en collaboration avec ses partenaires (Association québécoise de gérontologie et Association

québécoise d'établissements de santé et de services sociaux), a choisi lors de son colloque de se poser la question: « *Les aînés sont-ils menacés par cette loi?* »

Avant la fin de vie, les conditions de vie des aînés

Hélène Bolduc, présidente de l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité a souligné, comme tous les autres conférenciers, la qualité du rapport du *comité Mourir dans la dignité* qu'elle juge remarquable de pondération et de profondeur de réflexion¹.

Ce projet, a-t-elle rappelé, est né d'une action citoyenne et il ne fait que répondre à la préoccupation de plusieurs aînés sur la façon dont ils veulent vivre leur fin de vie au moment où ils sont les plus vulnérables. Les conditions actuelles leur font peur. « *Comme beaucoup d'autres personnes de ma génération j'ai peur, pas de mourir mais de ce qui vient avant... Peur de ces douleurs nouvelles qui surgissent subitement dans nos corps vieilliss... De celles qui nous mènent dans les corridors de l'Urgence... Peur de mourir lentement à côté d'étrangers... Peur de me retrouver seule chez moi souffrante sans espoir de guérir... Peur qu'on me laisse souffrir parce qu'on n'a pas le temps de me soigner* »²

Ces peurs sont réelles, selon Louis Plamondon, président de l'AQDR, et elles sont liées à des

situations de fait et au sort que l'on réserve aux aînés. La fin de vie n'est qu'une étape dans le vieillissement. Les conditions économiques d'une forte majorité d'aînés leur rendent impossible l'accès à des services de soutien à domicile ou de résidences adaptées au moment où ils deviennent moins autonomes. Les faibles ressources consacrées aux soins à domicile, la carence dans les soins offerts dans les CHSLD, le manque de ressources d'hébergement pour les aînés en perte d'autonomie ont été constatés dans tous les ateliers de discussion.

Cet âgisme est aussi meurtrier, selon Louis Plamondon. Il rappelle toutes ces morts évitables: de l'eau chaude qui tue, des chutes inexplicables, de la négligence dans le suivi des soins. Et toute l'impunité qui entoure ces morts par négligence criminelle. L'AQDR est particulièrement sensible à la protection des aînés vulnérables et appuie le Protecteur du citoyen dans sa demande d'attribuer le mandat de surveillance et de vigilance dans l'aide médicale à mourir à la Commission sur les soins de vie. L'âgisme se traduit parfois par le fait que la mort d'aînés vulnérables libère des lits, que de toute façon ils allaient mourir.³

Le droit aux soins parce que même en fin de vie nous sommes encore vivants

La demande de soins particuliers en fin de vie est réelle. L'avance en âge d'une partie des aînés nécessite des soins particuliers, parce que c'est de moins en moins autonomes et de plus en plus fragilisés par leur condition physique et mentale qu'un plus grand nombre d'entre elles et eux sont rendus à l'étape des soins palliatifs. « *La loi rend maintenant obligatoire l'existence des soins palliatifs dans les établissements pour aînés, constate D^{re} Michelle Pelletier, directrice des services professionnels de l'AQESS, et notre rôle sera de*

s'assurer autant par la formation que par la mise en œuvre d'un programme clinique de soins de fin de vie que chaque établissement a un code d'éthique qui définit clairement ses obligations envers la personne qui fait le choix de l'aide médicale à mourir et le rôle que sont appelés à jouer les différents intervenants. »⁴

Un grand nombre d'ateliers ont souligné le caractère louable de ces intentions législatives. Mais les participants s'inquiètent de l'application pratique de la loi. Déjà les ressources en CHSLD et en soins à domicile sont nettement insuffisantes et comme le souligne le Protecteur du citoyen, « *il importe de relever les mesures de soutien financier, administratif et professionnel accordé à ces établissements si l'on veut parvenir à relever le niveau de qualité des soins et des services qui y sont offerts* »⁵.

Quelles sont les ressources supplémentaires qui vont être ajoutées pour répondre à ces deux besoins différents? Assurer une qualité de soins aux aînés en perte d'autonomie et qui sont encore vivants et accompagner par des soins palliatifs les aînés pour qui la mort est proche. La D^e Pelletier ne connaît pas encore les ressources qui vont être affectées à chacun des établissements pour cette nouvelle mission, mais le projet de loi annonce le cadre budgétaire.

Une intervenante qui a vingt-sept ans d'expérience en CHSLD souligne de plus le paradoxe qui peut exister entre ces deux missions. Ne vait-on pas renforcer l'idée que les CHSLD sont des mouvoirs, alors que depuis plusieurs années nous y avons travaillé avec l'idée de milieux de vie pour les aînés en perte d'autonomie et qui ont besoin d'être accompagnés?

Le droit de choisir sa fin de vie

Il y a plusieurs manières de vivre sa fin de vie. Les aînés consultés sur ce projet de loi souhaitent mourir paisiblement, ils veulent autant que possible éviter la dépendance, la déchéance physique ou mentale, la douleur, ils ne veulent pas d'acharnement thérapeutique et ils veulent mourir à domicile et entouré de leurs proches.⁶ Si l'aide médicale à mourir a

retenu toute l'attention, la loi couvre les autres choix médicaux possibles pour mettre fin à ses souffrances (voir encadré). Toutefois, 60 % des aînés consultés sont favorables à l'intégration dans le projet de loi de l'aide médicale à mourir. Ces choix possibles sont liés à cette reconnaissance sociale du respect de l'autonomie du patient de décider librement et sans contrainte de sa fin de vie. Les mesures d'encadrement de la loi s'assurent, selon Luc Castonguay⁷, du consentement libre et éclairé de la personne et mettent en place un protocole qui vérifie la validité de ce consentement et établit des règles quant à son application.

Me Jean-Pierre Ménard, grand défenseur des droits des personnes vulnérables, conclut après une étude approfondie que le projet de loi met en place les mécanismes nécessaires pour protéger les aînés qui en font la demande: parce qu'ils sont atteints d'une maladie grave et incurable, que leur situation médicale est caractérisée par un déclin avancé et irréversible de leurs capacités et qu'ils éprouvent des souffrances insupportables qui ne peuvent être apaisées.

Les ateliers ont souligné toutefois la lourdeur du processus entre la demande de l'aide à mourir et son exécution. Le risque d'abus demande une surveillance et un contrôle réel surtout en ce qui concerne la protection des aînés plus vulnérables mais on craint la lourdeur bureaucratique du processus. La souffrance insupportable qui justifie la décision de mettre fin à sa vie ne peut attendre longtemps pour la personne qui souffre. La loi stipule qu'avant de prendre une telle décision, le patient doit être informé de sa condition médicale et de son irréversibilité. Qui mieux que notre médecin de famille connaît cette condition parce qu'il nous connaît? Or, les médecins de famille manquent et les médecins de famille qui se rendent à domicile sont peu nombreux. Quelles ressources vont alors répondre aux besoins exprimés par les aînés de mourir à domicile? Quelle connaissance a le médecin traitant et le 2^{ème} médecin de ce que vit celui ou celle qui souffre à un tel point qu'il

décide que mettre fin à sa vie est une libération. Les délais d'attente seront-ils les mêmes que dans les Urgences, les visites médicales?...

Hélène Bolduc, tout en reconnaissant l'avancée du projet de loi sur le droit de mourir dans la dignité, se préoccupe de la situation des personnes qui sont emprisonnées dans leurs corps sous prétexte qu'elles ne sont pas en fin de vie ou des personnes qui vivent des situations de démence majeure qui mènent à ne plus reconnaître leurs proches et à adopter des comportements de la prime enfance parfois d'une incongruité dramatique. Si un adulte apte rédige ses volontés et demande une aide médicale à mourir le cas échéant pour lui épargner ainsi qu'à sa famille les affres d'une telle désintégration de l'identité, il devient immoral de ne pas reconnaître la valeur de son dernier choix majeur¹.

Le Protecteur du citoyen soulève de plus le risque de confusion entre le mandat d'inaptitude et les directives médicales anticipées. Les ateliers ont souligné l'urgence de cette clarification pour s'assurer que nos choix dans cette étape plus vulnérable de la vieillesse soient respectés au moment où nous pouvons encore décider pour nous-mêmes. C'était un sentiment généralisé dans mon atelier.

Colloque fort intéressant par la qualité et la profondeur de la réflexion partagée et qui peuvent trouver certaines réponses à la question posée: les aînés sont-ils menacés?

¹ Mémoire présenté par Hélène Bolduc, présidente de l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité à la Commission de la santé et des services sociaux sur le projet de loi 52.

² AQDR - Rouyn-Noranda, *Guide de réflexion pour Vivre et Mourir dans la dignité*, extraits du mémoire de Ghislaine Gillet à la Commission Mourir dans la dignité.

³ Louis Plamondon, *L'âgisme peut-il être meurtrier?*, *Vie et vieillissement*, vol. 7 n°2, 2009

⁴ Extraits de sa conférence au colloque *À quelles conditions les établissements peuvent-ils garantir les droits des usagers en fin de vie? Quels sont les défis pour les organisations de soins?*

⁵ *Mémoire du Protecteur du citoyen, présenté à la Commission sur le projet de loi 52*

⁶ M^e Jean Pierre Ménard, extrait de sa conférence *Loi concernant les soins de vie: Les aînés sont-ils menacés?*

⁷ Luc Castonguay, sous-ministre adjoint au MSSS, délégué de la ministre Véronique Hivon, extrait de sa conférence au colloque: *Enjeux et objectif du projet de loi*

L'AQDR dit oui au projet de loi 52

Choisir ses services de fin de vie

- Les soins de fins de vie sont définis comme des services de santé.
- Législation sur les *Directives anticipées de fin de vie*, distinctes du *Mandat en cas d'inaptitude* et qui seront exécutoires et mises à disposition des équipes de soins dans un registre national.
- Encadrement de la sédation palliative terminale avec les mesures proposées pour permettre à la famille et au mandataire d'en faire la demande au médecin traitant qui doit coopérer.
- Aide médicale à mourir permise à la demande de la personne en fin de vie, avec un pronostic fatal et des conditions très pénibles refusées par le patient; double supervision médicale, un médecin traitant et médecin externe.
- Une Commission des soins de fin de vie pour soutenir et superviser les équipes et évaluer le programme après cinq ans.

LA CHARTE ET LE CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME

Marthe Asselin Vaillancourt, C.M., C.Q. - AQDR Jonquière



Lors de ma présentation devant la Commission Bouchard-Taylor, je me suis prononcée pour la laïcité avec un peu d'hésitation concernant le port des signes religieux.

Je n'ai pas changé d'avis, mais je ne suis pas enthousiaste en regard du projet actuel. Il m'apparaît difficile d'associer dans la même phrase: laïcité et égalité des femmes.

La laïcité

En raison de la diversité des croyances religieuses et ce, partout dans le monde, tout État devrait être administré sans référence à une religion ou l'autre. Si on doit bannir les signes ostentatoires à l'Assemblée nationale, il faut que ça implique tous ses participants, surtout les députés, contrairement à ce que j'ai entendu. La laïcité dans les fonctions publiques n'interviendra pas dans ma spiritualité, dans mon intériorité dans mes croyances. Je crois en un Messie qui est venu proposer de changer le monde, de créer une humanité nouvelle. Je me sens très éloignée de cet idéal, mais charte ou pas, la liberté de religion existe, mes valeurs profondes m'appartiendront toujours. Curieux ce titre de Charte des valeurs



québécoises. Quelles sont les valeurs typiquement québécoises? Je pourrais en dresser une liste, mais ces valeurs me semblent plus ou moins universelles.

Le crucifix

Ce crucifix nous a été imposé par un Premier ministre (Duplessis) qui voulait démontrer son pouvoir sur toutes les composantes de l'État. Si



NOUS SOMMES RICHES...



...de nos valeurs

- Le respect, l'entraide
- L'approche humaine, la démocratie

Notre richesse est collective, partagée et accessible.

Nous sommes une coopérative funéraire !



LES COOPÉRATIVES
FUNÉRAIRES
DU QUÉBEC

Pour connaître la coopérative funéraire
la plus près de chez vous:
819 566-6303, poste 21
www.fcq.qc.ca



je veux respecter son symbole, je l'exposerais à l'entrée de l'Assemblée pour qu'il soit considéré et respecté. Je questionne sa valeur patrimoniale, le patrimoine étant défini comme l'héritage commun d'une collectivité, loin d'un geste de pouvoir absolu.

L'égalité hommes-femmes

Déjà inscrite dans la Charte des droits, quelle formule nouvelle

assurerait une pleine égalité des femmes? Je me suis battue pendant des années parce que je voulais y croire, j'en ai rêvé longtemps même si aucune structure de pouvoir ni aucune religion ne propose une formule d'égalité quelconque. Pour l'atteindre, il faudrait de profonds changements politiques, sociaux, économiques, religieux. Pas plus tard qu'en 2012, des féministes de France et d'ici ont écrit des livres sur le plafond de verre ou sur le plancher collant qui empêchent les femmes de réaliser leur plein potentiel.

Toute forme de discrimination touchant les droits fondamentaux de la personne, qu'elle soit sociale ou culturelle, qu'elle soit fondée sur le sexe, la race, la couleur de la peau, la condition sociale, la langue ou la religion, devrait être éliminée. Qui a écrit ça? Vatican II. Et pourtant,... on n'a jamais rendu cette déclaration effective, ce qui m'amène à constater qu'une charte reste un écrit si elle n'est pas endossée par l'ensemble de la société à qui elle s'adresse et, aujourd'hui, nous sommes loin d'une majorité d'adhérents.

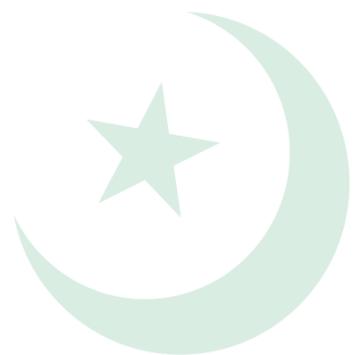
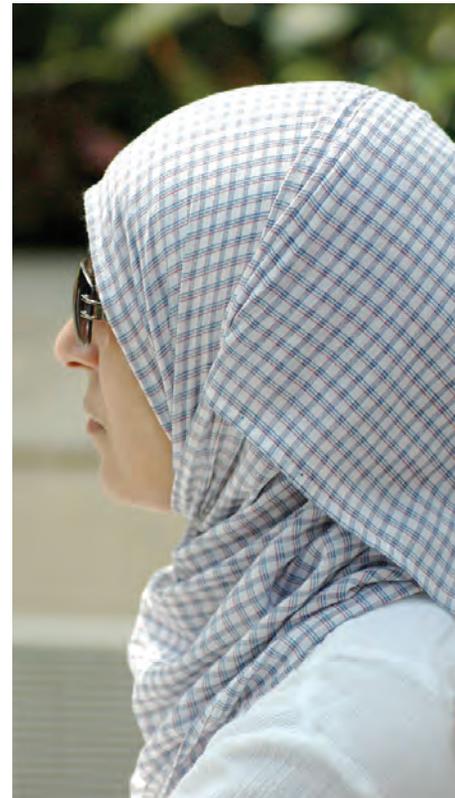
Le voile

Dans ma famille très proche, je ne compte pas moins d'une dizaine de membres des communautés culturelles. Aucune femme ne porte le voile parmi elles. Quelle serait ma réaction, comment pourrais-je la traiter différemment, alors que j'accueille les autres à bras ouverts?

Par-dessus tout, je ne peux admettre que les immigrants à qui on a dit d'apprendre le français,

à qui on est censé reconnaître le statut de Québécois, se trouvent rejetés du marché du travail ou confinés à de maigres salaires, malgré leur compétence. Mais ça, ce n'est pas la charte qui va rétablir l'équilibre.

Finalement, je termine ma réflexion: j'appuie de tout cœur les recommandations du rapport Bouchard-Taylor et j'appuie la présidente du Conseil du statut de la femme dans la proposition de mener des études avant d'appuyer la proposition gouvernementale. Il me semble qu'elle fait preuve de discernement et encore une fois je l'approuve. Je connais les prises de position du CSF, je suis une militante depuis plusieurs décennies, j'attends leur prochain rapport, avec enthousiasme.



L'ASSURANCE AUTONOMIE: VISION DE L'AQDR

PAR L'ASSEMBLÉE DES PRÉSIDENTS DU 28 OCTOBRE 2013
UNE RÉFORME GLOBALE DU SYSTÈME DE PRISE EN
CHARGE DES BESOINS DES PERSONNES EN PERTE
D'AUTONOMIE

Louis Plamondon - président AQDR



Rappel: LA MISSION DE L'AQDR

La mission officielle de l'**AQDR** est la défense collective des droits des personnes retraitées et préretraitées. Les activités sociopolitiques constituent les

démarches fondamentales de l'Association. En considération de sa vision du vieillissement, les prises de position de l'**AQDR** couvrent l'ensemble des problèmes que peuvent rencontrer ses membres et les aînés dans tous les domaines comme les régimes de pensions, le revenu, le logement, la sécurité, la violence, l'âgisme, l'exclusion sociale, la santé, le maintien et les soins à domicile, la médication, le transport, enfin tout ce qui peut toucher les personnes aînées dans leur quotidien.

Les gouvernements et leurs ministres de la Santé et des Aînés ont été incapables, en vingt ans de gouvernance, d'orienter les ressources de manière à prendre en charge véritablement les impacts du vieillissement de la population. Les organismes de surveillance que sont le Protecteur du citoyen et le Vérificateur général ont maintes fois

signalé leurs échecs dans la prise en charge des aînés vulnérables à domicile et dans la gestion des établissements pour aînés. Les médias en ont largement témoigné au quotidien depuis ces vingt dernières années et le public a perdu confiance dans nos établissements pour aînés et ceux-ci désespèrent de vieillir, fragilisés, dans des conditions de sécurité.

Un véritable virage s'exige et des solutions novatrices s'imposent pour changer les rouages des systèmes de prise en charge à domicile et en établissement. L'assurance autonomie pourra sans doute, sous réserve des améliorations à intervenir et des engagements à préciser, favoriser le virage souhaité par la communauté des aînés depuis deux décennies. L'ajout d'argent majeur en quelques périodes électorales dans les services à domicile ou en hébergements n'a jamais permis d'atteindre les objectifs projetés parce que, chaque fois, l'essentiel des fonds était absorbé par les coûts du système ou dérivé vers les compensations pour des compressions budgétaires majeures dans d'autres missions des établissements; les usagers en perte d'autonomie étaient laissés à l'abandon et, leur nombre augmentant sans cesse, la crise s'est aggravée au point de compromettre la crédibilité des acteurs

politiques sur la compréhension des enjeux liés au vieillissement.

Un virage majeur

L'AQDR croit qu'il faut remettre en cause les acquis et privilèges de certains groupes favorisés comme certaines technocraties médicales ou hospitalières, les privilèges de puissants réseaux de résidences pour aînés et les intérêts de réseaux d'influence et de lobby agissants.

« *La population vieillit* », on nous le répète depuis trente ans, mais rien n'a changé sur le fond dans la condition des aînés fragilisés, surtout les plus vulnérables, et l'AQDR le constate depuis sa fondation en 1979. Le projet d'assurance autonomie du ministre Réjean Hébert se montre novateur pour engager notre société dans un virage dans lequel les aînés d'aujourd'hui et de demain pourront mieux vivre et vieillir en sécurité parce que leurs besoins de services seront au centre du financement des établissements de services. Le projet s'inspire de programmes similaires mis en place avec succès en Europe, ce qui donne au projet une forte crédibilité.

Plusieurs aspects financiers sur le plan des produits et charges demeurent à être documentés. Les étapes d'implantation et les transformations dans les structures d'accueil et de gestion, surtout dans les CSSS, doivent être précisées pour rassurer les acteurs et les gestionnaires et obtenir leur adhésion.

Voici nos questions, nos enjeux et nos positions sur les éléments centraux du projet qui concernent les droits de la population en perte d'autonomie à bénéficier dans un délai raisonnable à l'évaluation professionnelle de leur condition et à la dispensation des services requis par les ressources convenant le mieux à leur condition.

• **Attendu l'accord avec l'intention du Livre blanc: les conditions de base**

• ***L'AQDR est la gardienne de l'accessibilité, de l'universalité, de l'intégralité et de l'équité de la gestion publique des services de santé et des services sociaux dispensés aux personnes aînées.***

• L'AQDR considère que le réseau des services de santé et services sociaux est un acquis de la communauté et requiert que le projet d'assurance autonomie soit un ajout aux composantes du système de services aux personnes en perte d'autonomie sans qu'il compromette les missions en place en direction des communautés, en particulier dans les CLSC et dans les CHSLD.

• L'AQDR se questionne sur la possibilité de problèmes vécus non résolus actuellement qui pourraient rendre impossible la mise en œuvre de l'offre proposée de services: pénurie de personnel infirmier, de professionnel de la santé en région, déficits des établissements qui devraient être en voie de règlement avant la mise en œuvre du projet de l'assurance autonomie.

1. ***Évaluation des personnes à la base du système de financement de tous les services aux personnes en perte d'autonomie***

C'est l'axe premier du virage pour permettre le développement des services à domicile. Au lieu de financer les établissements sur une base historique acquise, les établissements recevront un budget déterminé par l'évaluation individuelle des clientèles en perte d'autonomie. Chaque client se voit attribuer une allocation de

ressources pour obtenir les services requis de la part des établissements.

La personne en perte d'autonomie fait le choix parmi les options disponibles « d'acheter » les services là où cela lui convient le mieux et profite des conseils d'un intervenant pivot pour les négocier.

L'AQDR est en accord avec cet élément clé du projet où l'utilisateur est au centre du système de services. L'AQDR veut des garanties que l'évaluation SMAF soit en concordance avec les évaluations cliniques et que des mesures soient établies pour que la personne soit correctement représentée par son aidant ou la personne de son choix dans les négociations des services avec l'intervenant pivot.

Il y a là plusieurs enjeux de formation et de gestion des professionnels dans leur rapport aux droits des usagers affirmés dans la Loi de la santé et services sociaux et la Charte des droits.

2. Gestionnaire pivot dans les établissements pour coordonner la demande de services auprès des usagers pour négocier les services et assurer les suivis

Actuellement, certaines clientèles post-hospitalières ou sur des programmes spécialisés profitent du service d'un intervenant pivot pour les accompagner dans la mise en place et le suivi de leur dossier dans les unités de services à domicile ou en établissement de soins. Ce poste sera étendu pour toute la clientèle en perte d'autonomie, personnes âgées ou handicapées.

L'AQDR croit cet élément essentiel à la mise en place des gestionnaires pivots pour assurer la continuité des services et la reddition de compte des requêtes de services par les ressources.

Le projet de loi doit prévoir une instance de contrôle et de révision internes rapide des évaluations et des plans de services en cas de désaccord de l'utilisateur ou de son représentant, sans que celui-ci soit pénalisé ni sanctionné.

Le gestionnaire pivot doit pouvoir informer l'utilisateur et son autorité de référence en cas de réponse inadéquate des établissements de services aux requêtes du plan de services établi par l'allocation autonomie.

Une consolidation de l'indépendance des Commissaires aux plaintes doit être intégrée au projet afin de garantir l'exercice de recours en cas de non-respect du plan de services par les établissements.

3. Contribution des usagers coordonnée avec l'évaluation, le coût des services et leurs revenus

De bien des manières, les clientèles actuelles contribuent directement ou indirectement à des frais de service reliés à la perte d'autonomie: par le biais de frais de santé, de la fiscalité générale ou particulière des crédits d'impôt, de cotisations d'assurance, du crédit d'impôt qui couvrent une partie des frais de service dans les résidences privées ou à domicile, par une contribution monétaire aux services à domicile d'une entreprise d'économie sociale. Les usagers contribuent aussi à hauteur de 1 740 \$ par mois pour l'hôtellerie et les AVQ et soins en CHSLD.

Toutes ces contributions ne tiennent pas réellement compte de l'évaluation de l'autonomie de chaque personne ni de son revenu. Le projet d'assurance autonomie reformera cet ensemble des contributions des usagers pour tenir compte de la variable principale, soit le degré d'autonomie, puis de l'accessibilité des services, de la contribution minimale requise et du

niveau de revenu de l'utilisateur.

L'AQDR demande au gouvernement que les personnes âgées en perte d'autonomie touchant une partie ou la totalité du *Supplément de revenu garanti (SRG)* bénéficient d'une politique de gratuité totale des services et qu'il y ait un ajustement compensatoire via l'allocation autonomie prévue dans le Livre blanc.

La contribution des usagers doit être établie pour une année de référence afin de permettre une révision éventuelle dans le cas de changement de son revenu ou de son état civil.

L'estimation de la contribution des usagers doit tenir compte de l'implication des aidants dans les services et les soins à la personne, afin que cette contribution soit véritablement reconnue et valorisée.

Le mandat des CAAP doit être consolidé dans l'accompagnement des personnes vulnérables sans représentation véritable dans leur démarche d'accessibilité aux services et l'établissement de leur contribution.

4. *Allocation de soutien (ASA) à autonomie établie sur la base des services requis*

L'allocation de soutien est une allocation de ressources comportant des droits de services dans les établissements et des financements pour des services désignés facturables. Elle est établie par la démarche d'évaluation et gérée pour le client par l'intervenant pivot.

En principe, elle devrait indiquer les contributions requises des usagers: les tarifications des services font l'objet d'une standardisation et d'un contrôle. On ne connaît pas, à ce moment-ci, les échelles de contribution directe des usagers qui seront requises et qui ne font pas actuellement objet de contributions.

L'AQDR recommande que les seuils de contribution des usagers tiennent compte, en particulier, du seuil de faible revenu des femmes âgées et du fait qu'elles vivent seules dans la grande majorité.

L'allocation autonomie doit comprendre une évaluation des aidants par l'intervenant pivot afin de mesurer leur besoin de support ou d'appui en service de la part des établissements; sans cet ajout, plusieurs mesures ne produiront pas les objectifs à atteindre.

5. *Hébergement public et privé: des financements modifiés*

En hébergement public, les enjeux sont à établir pour les clientèles actuelles qui requièrent plus de 3,5 heures de soins. Une contribution plus grande de ces usagers est-elle implicitement envisagée par le gouvernement?

L'AQDR exprime une inquiétude sur les évaluations du MSSS qui laisse croire que près de 30 % des lits en CHSLD seraient occupés par des usagers qui ne devraient pas être dans ces hébergements et qui seraient relocalisés.

Pour la clientèle en CHSLD ou en Ressources intermédiaires, on mesure mal l'impact du projet sur le financement des clientèles et l'évolution des contributions des usagers.

L'AQDR exige qu'aucun usager admis en CHSLD sur la base de 3,5 heures/soins (ou atteinte depuis cette condition) ne fasse l'objet d'une relocalisation à la suite de l'implantation de l'assurance autonomie.

En résidences privées, les crédits d'impôt seront fondés sur l'évaluation des besoins de services du résident et non pas sur le coût des services rattachés au logement comme maintenant.

L'opposition au projet viendra surtout de ce réseau qui a tiré de grands bénéfices financiers de ces milieux. L'Étude sur les baux de résidence réalisée par l'AQDR a démontré l'abus de droit qui règne et les opportunités d'abus financiers que ces réseaux favorisent en facturant des services non requis ou non rendus.

Dans la mesure où les réseaux de résidences parviendraient à se discipliner et à se conformer aux cadres légaux qui les gouvernent, il est crédible de penser que leur clientèle pourrait être accrue et se diversifier pour recevoir le nouveau bassin de clientèle pour des services plus ajustés aux profils découlant du programme de l'assurance autonomie.

6. *Le développement des services AVQ-AVD*

Les services d'AVQ sont les aides à la vie quotidienne (soins personnels, hygiène) et les services AVD sont ceux de l'aide à la vie domestique (entretien ménager, repas, courses, ménage).

Ces services au centre du système seraient surtout fournis par l'économie sociale, avec de nouvelles certifications. Le secteur public qui donne actuellement les services d'AVQ serait repositionné dans une fonction d'encadrement formation.

Pour assurer des services de qualité, l'AQDR demande au gouvernement que les AVQ (activités de vie quotidienne) des personnes âgées en perte d'autonomie continuent à être offertes gratuitement par les auxiliaires familiales des CLSC, et non par les EÉSAD (entreprises d'économie sociale en aide domestique). Il y a actuellement 5 032 postes d'auxiliaires familiales (équivalent à temps complet) et il faudrait beaucoup augmenter leur nombre.

Par ailleurs, l'AQDR recommande que, tenant compte des réalités du développement des services par les EÉSAD en région sur le plan des activités de vie quotidienne (AVQ), que le projet d'assurance autonomie prévoie une certification de ces organismes afin qu'ils puissent se développer; les financements des services devraient permettre une bonification des conditions de travail pour une consolidation des emplois surtout occupés par des femmes.

Le développement de services AVQ hors réseau public par l'économie sociale doit se faire sur la base d'une certification solide, fondée sur un recrutement de personnel ayant acquis une formation accréditée par des autorités ou organismes de formation publique; les formations requises devront avoir été évaluées et établies par des organismes professionnels de la santé et des services sociaux.

7. *Le secteur privé en aide à domicile*

On se demande quel intérêt financier peut avoir une clientèle aînée avec peu de ressources pour les fournisseurs privés de services d'aide à domicile et quelle menace éventuelle pour la qualité et l'évaluation crédibles des services.

On n'a pas de données fiables sur l'offre de services à domicile dans le réseau privé. Les tarifs sont certes supérieurs à ceux de l'économie sociale. Le Livre blanc ne ferme pas la porte à l'offre privée.

L'AQDR recommande que tous les dispensateurs doivent se soumettre à une certification particulière et à des contrôles de qualité incluant la qualification des employés au plan de la formation selon les critères uniformes avec les structures de l'économie sociale.



LES TROIS FONCTIONS DU PROJET D'ASSURANCE AUTONOMIE

Jacques Fournier - AQDR St-Michel



Extraits d'une présentation faite lors d'un séminaire organisé par le Réseau québécois de l'action communautaire autonome (RQ-ACA), tenu à Montréal le 8 octobre.

Le projet du ministre a trois fonctions principales, selon moi: une fonction transformatrice, une fonction réparatrice et une fonction de promotion de la privatisation et de la tarification.

Une fonction transformatrice

Le pourcentage actuel du budget des services aux aînés en perte d'autonomie consacré aux ressources institutionnelles (CHSLD et ressources intermédiaires) est de 74 %. Seulement 17 % du budget va aux services à domicile et 9 % à des services que l'on ne peut imputer clairement à l'une ou l'autre mission. Le chiffre de 17 % consacré aux services à domicile au Québec peut être comparé aux taux d'autres pays: Pays-Bas, 32 %; Suède, 41 %; France, 43 % et Danemark, le champion à 73 %. Le ministre voudrait que le taux québécois passe à 31 %. Cet objectif de désinstitutionnalisation rallie un large consensus. Le projet d'Assurance autonomie aurait une fonction *transformatrice* bénéfique.

Le défi sera que les sommes destinées aux services à domicile soient disponibles avant la désinstitutionnalisation. On se souvient que

dans le dossier de la santé mentale, on a désinstitutionnalisé les personnes concernées avant que les services ne soient disponibles dans la communauté. Ils ne le sont d'ailleurs toujours pas complètement.

Connaissant la passion du gouvernement pour le déficit zéro, il y a lieu d'être inquiets que les aînés en perte d'autonomie n'aient pas le niveau de services à domicile requis par leur état. Pourtant, les sources de financement existent. La Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics (COTPSP), un regroupement de plus de 120 organismes, a rédigé récemment un document bien fouillé et rigoureux¹ indiquant que le gouvernement québécois pourrait, par 19 mesures bien ciblées, aller chercher 10 milliards \$ de plus par une taxation adéquate, qui irait recueillir les revenus là où ils se trouvent. Une autre source importante de financement, ce sont les 750 M \$ que le ministre Hébert compte économiser annuellement en implantant la réforme: diminution de l'hospitalisation et de l'institutionnalisation, etc. (*Le Devoir*, 24 avril 2013).

Une fonction réparatrice

L'un des effets positifs attendus du projet d'assurance autonomie, c'est de créer une barrière étanche entre les budgets des services aux aînés en perte d'autonomie (CHSLD, ressources intermédiaires et services à domicile) et les budgets des hôpitaux qui comblent souvent leurs déficits en utilisant à d'autres fins les sommes normalement desti-

¹ <http://www.nonauxhausses.org/wp-content/uploads/SolutionsFiscales.pdf>

nées aux services à domicile. C'est ce qu'a découvert et expliqué la Protectrice du citoyen, Raymonde Saint-Germain, dans son Rapport d'enquête du 30 mars 2012.

Or il y aurait eu une façon plus simple de mettre en place cette barrière: il aurait suffi de ne pas fusionner les CLSC, les CHSLD et les hôpitaux. En 2003, lors des fusions imposées sous le bâillon par le ministre Couillard, la Coalition solidarité santé, un regroupement d'une quarantaine d'organismes communautaires et de syndicats, avait fait une mise en garde: en fusionnant les trois catégories d'établissements, à cause de l'hospitalo-centrisme, les budgets des CHSLD et des services à domicile risquaient d'être « confisqués » par les hôpitaux. Neuf ans plus tard, c'est ce qu'a constaté la Protectrice du citoyen.

Aujourd'hui, pour réparer cette erreur, on recrée par la caisse autonomie une barrière étanche entre les budgets des hôpitaux et les services aux aînés en perte d'autonomie. C'est la fonction *réparatrice* du projet.

Une fonction de promotion de la privatisation et de la tarification

Par sa fonction de promotion de la privatisation et de la tarification, le projet réduit le secteur public et intensifie l'apport du secteur privé. C'est, pour moi, une fonction nuisible et dévastatrice, qui ne crée pas les conditions de réussite du projet. Actuellement, les personnes âgées en perte d'autonomie qui ont besoin de bains et de soins d'hygiène à la maison bénéficient des services gratuits des auxiliaires familiales et sociales des CLSC. Le Livre blanc propose que ces services soient dorénavant prodigués par les entreprises d'économie sociale en aide domestique, les EÉSAD. Or les services des EÉSAD ne sont pas gratuits, même si les taux horaires sont établis en fonction du revenu. Ils sont fournis par des

personnes sous-payées et moins qualifiées que les auxiliaires familiales. Une partie d'entre elles vit même sous le seuil de la pauvreté. Le taux de rotation élevé du personnel des EÉSAD ne favorise pas la continuité des services, continuité requise pour des clientèles vulnérables. La fonction de promotion de la tarification et de la privatisation a pour corollaire la réduction à la fois de la qualité des services et de la décence des conditions de travail.

L'économie sociale est techniquement une composante du secteur privé mais elle constitue aussi ce qu'on appelle le tiers-secteur, car elle a une philosophie et des pratiques en partie différentes du secteur privé. Comme le secteur privé, l'économie sociale a besoin de la contribution des usagers. Les EÉSAD, à leur corps défendant, deviendraient le bras armé du MSSS, l'exécutant de ses politiques de tarification.

C'est l'ancien ministre des Finances, Raymond Bachand, qui a dû être content en lisant le Livre blanc. Il avait mis de l'avant rien de moins que ce qu'il avait appelé *la révolution tarifaire*. Il s'agissait de remplacer par étapes l'impôt progressif sur les revenus par des tarifs divers sur les services publics. Ces mesures sont régressives, c'est-à-dire qu'elles bénéficient aux plus fortunés et contribuent, avec plusieurs autres facteurs, au grand mouvement mondial d'accroissement des écarts entre les revenus des nantis et ceux des démunis.

Si l'objectif du Livre blanc est vraiment de désinstitutionnaliser les services aux aînés en perte d'autonomie, il faut que le ministre, pour convaincre les aînés de ne pas recourir aux ressources lourdes, leur offre, avant toute chose, une panoplie substantielle de services à domicile de qualité et accessibles.



CONFÉRENCE INTERNATIONALE DES VILLES AMIES DES ÂÎNÉS

Oswaldo Nuñez - président AQDR Ahuntsic – St-Laurent



Du 9 au 11 septembre dernier s'est tenue à Québec la deuxième *Conférence internationale des villes amies des aînés* (VADA), avec la participation de plus de 700 élus, administrateurs municipaux, professionnels, représen-

tants de la société civile, chercheurs et décideurs de 46 pays différents. La première conférence avait eu lieu à Dublin en 2011.

J'ai pu participer, au nom de l'AQDR Ahuntsic – St-Laurent, à cette très intéressante rencontre de trois jours, placée sous le thème *Vivre et vieillir ensemble dans sa communauté*. Lors de cette conférence, organisée par le gouvernement du Québec, avec la collaboration de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les délégués ont partagé leurs connaissances et leurs expériences en cette matière.



Il s'agit d'une thématique fondamentale. La population mondiale des personnes âgées de plus de 60 ans va doubler en 2050, passant à 22%, contre 11% en 2006. En 2050, le nombre de personnes de plus de 80 ans passera de 14 millions à 400 millions au niveau mondial. L'OMS et de nombreuses nations, y compris le Québec, veulent que le programme MADA (*Municipalités amies des aînés*) apporte des solutions concrètes à cette situation. C'est le cas de Montréal où je participe au Comité des partenaires MADA.

Plus de 200 conférenciers et panélistes ont abordé la question, à savoir, comment nos villes, nos quartiers et nos collectivités doivent s'adapter au vieillissement de la population afin de mieux desservir les aînés et de mieux les intégrer à la communauté. La conférence a examiné huit domaines dans lesquels les villes peuvent favoriser un vieillissement en bonne santé: espaces extérieurs et bâtiments, transports, logement, participation sociale, respect et intégration sociale, participation des citoyens et emploi, communication et information, et services de santé et de soutien communautaire.

L'OMS a élaboré un guide à l'intention des villes pour leur permettre d'évaluer dans quelle mesure elles sont « amies des aînés ». Une fois acceptées, elles deviennent membres du *Réseau mondial des villes amies des aînés*. La ville doit alors mettre en place des

mécanismes qui permettent de faire participer les personnes âgées à cette évaluation et, en même temps, élaborer un plan d'action de cinq ans, avec les changements qu'elle compte apporter. Si la ville souhaite rester dans le réseau, elle doit faire la preuve des progrès accomplis.

Plusieurs délégués ont montré certaines mesures qui font que leur ville est accueillante pour les aînés. Par exemple, l'installation de bancs publics, des toilettes publiques accessibles et des passages pour piétons adaptés à des marcheurs lents. La ville de New York met à la disposition des personnes âgées les bus scolaires, inutilisés pendant les heures creuses, pour amener ces personnes faire leurs courses. Certaines villes mettent du personnel des bibliothèques à la disposition des aînés pour leur apprendre à utiliser l'internet.

Dans d'autres villes, le transport public est gratuit pour les aînés. Un représentant de Lyon, en France, a mentionné que sa ville met à la disposition des aînés un système de cyclopoisses qui les transportent d'un lieu à un autre, toujours accompagnés du conducteur de ce véhicule. J'ai parlé des navet-

tes-or dans notre métropole, notamment de celle de Bordeaux-Cartierville, programme qui malheureusement a été arrêté, pour l'instant, dans notre quartier par la Société de transport de Montréal (STM).

Un autre délégué a fait état d'un programme d'entrée gratuite aux musées pour les personnes âgées accompagnées d'un enfant, pour favoriser les contacts intergénérationnels. D'autres villes mènent des campagnes pour que les chauffeurs des autobus et les usagers adoptent des comportements courtois envers les aînés.

Concernant les personnes âgées issues de l'immigration, certains délégués ont fait connaître des mesures spéciales concernant ce secteur de la population. C'est le cas de New York et de Vancouver.

En conclusion, je peux affirmer que notre participation à cette *Conférence internationale des villes amies des aînés* a été fructueuse et enrichissante.

Cet article a été publié dans le journal La Parole des aînés de l'AQDR Ahuntsic - St-Laurent, le 26 septembre 2013.

Un site web tout neuf

Mathieu Chartier - webmestre de l'AQDR
webmestre@aqdr.org

Un nouveau site web de l'AQDR a été mis en ligne à la fin de l'été. Conçu et développé à l'aide d'une plateforme de pointe, il permet d'améliorer sa structure et de mettre en valeur les contenus de notre organisme.

Les publications peuvent maintenant être classifiées en catégorie permettant de dynamiser les pages des sections, ainsi que des comités nationaux. Chaque événement du calendrier possède maintenant une page unique permettant plus facilement le partage sur différents réseaux.

Un moteur de recherche permet de trouver rapidement des contenus à même le site ou dans les archives de l'ancien site qui ont été conservées.

Le site utilise une technologie qui permet de se tenir informé en continu des nouveaux contenus publiés. Cette technologie permet également le partage sur nos réseaux sociaux.

Je vous invite donc à nous suivre sur nos différentes plateformes:

- Facebook: facebook.com/aqdrnational
- Twitter: twitter.com/aqdrnationale
- Google plus: gplus.to/aqdr



FRANCE LEBLANC À LA DIRECTION GÉNÉRALE

Maryse Boyce

La direction générale de l'AQDR a un nouveau visage depuis le 7 octobre, et c'est celui de France Leblanc. Femme d'expérience, elle succède au directeur général par intérim Denys Roy et à son prédécesseur Serge Séguin. Loin d'être son premier contact avec l'AQDR, ce nouveau poste est plutôt un retour aux sources. Mme Leblanc s'est impliquée à l'AQDR à titre de formatrice professionnelle au milieu des années 80. À l'échelle du Québec, pendant deux ans, elle a organisé une tournée de formation de formateurs. Cette formation avait comme objectif d'habiliter certains membres de l'AQDR en région à dispenser, dans leur section locale, une session d'information sur les droits sociaux des retraités et l'organisation communautaire. L'impact recherché était de favoriser la mobilisation des retraités pour la défense de leurs droits. Elle a également participé, à titre de chargée de projet, à la réalisation de *l'Expo manifeste Ma retraite au Canada*, avec le concours d'une cinquantaine de retraités québécois: une exposition d'affiches géantes présentée à plus de 3 000 personnes en Belgique, dans le cadre d'un partenariat Université de Montréal/AQDR/Université catholique de Louvain-la-Neuve. « *Mon engagement pour la justice sociale, l'égalité et l'amélioration de la qualité de vie des citoyens et des citoyennes est précieux pour moi. En cela, et en tant qu'aînée, j'ai à cœur la mission de l'AQDR qui place la défense des droits des*



retraités au centre de ses préoccupations. »

Diplômée de HEC Montréal en gestion, Mme Leblanc agit depuis plus de vingt ans comme gestionnaire en développement et en gestion des organisations. Son parcours professionnel est quelque peu atypique, touchant à la fois aux domaines culturel, scientifique et social. Elle a

notamment travaillé au sein de l'Autre Montréal, un groupe d'experts en éducation citoyenne sur les enjeux socioculturels et urbains montréalais, à Maestra, une entreprise artistique vouée à la création et à l'innovation musicale des femmes, en plus d'être directrice des communications et partenariats à l'Association francophone pour le savoir – ACFAS. Elle a réalisé de nombreux mandats confiés autant par l'entreprise privée que par des organismes communautaires, syndicaux, gouvernementaux, universitaires et artistiques, et ce, sur les plans local, national et international: colloque, expo manifeste, festival de musique, encan d'œuvres d'art, cours de formation. « *Le dénominateur commun de toutes mes expériences est le développement et la gestion des organisations dans lesquelles j'ai travaillé* », explique la nouvelle directrice.

C'est avec le sentiment de « *revenir à ses amours* » que France Leblanc prend les commandes de l'AQDR, avec de beaux défis en perspective.

VOUS SOUPÇONNEZ QU'UNE PERSONNE PROCHE DE VOUS EST VICTIME DE VIOLENCE OU DE MALTRAITANCE? FIEZ-VOUS À VOTRE INTUITION ET MESUREZ LES RISQUES EN RÉPONDANT AU TEST.

1

Si oui,
encerclez
le chiffre

JE VÉRIFIE LE PROFIL
DE LA VICTIME POTENTIELLE
*La personne que je soupçonne
être une victime...*

- | | | |
|----|--|----|
| 1 | Est très dépendante pour ses soins de base (alimentation et hygiène) _____ | 10 |
| 2 | Reçoit l'aide d'une même personne depuis longtemps _____ | 10 |
| 3 | Souffre d'un handicap physique exigeant de l'aide quotidienne _____ | 10 |
| 4 | N'a pas le contrôle de ses avoirs financiers ou de son argent au quotidien _____ | 10 |
| 5 | Vit seule et a plus de 75 ans _____ | 7 |
| 6 | Présente des troubles de comportement (Déambulation, agressivité élevée, cris et plaintes) _____ | 7 |
| 7 | Souffre d'une maladie mentale ou dégénérative (ex.: Alzheimer) _____ | 7 |
| 8 | Ne peut communiquer ses expériences ou ses émotions _____ | 7 |
| 9 | Est désorientée dans le temps _____ | 7 |
| 10 | A peu de contacts avec sa famille _____ | 7 |
| 11 | Souffre de douleur chronique peu ou pas soulagée _____ | 7 |
| 12 | Est traitée pour des symptômes de dépression _____ | 5 |
| 13 | Entretient des relations avec un seul membre de sa famille qui, lui, vit des difficultés économiques _____ | 5 |
| 14 | Vit chez un membre de sa famille avec une contribution économique _____ | 5 |
| 15 | Est une personne mariée, qui a déjà vécu des problèmes de violence _____ | 5 |

Total

Faites l'addition des éléments présents; si votre total est supérieur à 18, vous avez raison de vous fier à votre intuition. Si votre total est inférieur à 18, il y a peu de risques que la personne visée soit victime. Passez à l'étape 2.

2

Si oui,
encerclez
le chiffre

JE VÉRIFIE LE PROFIL
DE L'ABUSEUR POTENTIEL
*La personne que je soupçonne
d'abuser autrui...*

- | | | |
|----|---|----|
| 1 | N'est pas préparée à s'occuper d'une personne malade _____ | 10 |
| 2 | Vit avec la victime et s'occupe d'elle depuis longtemps _____ | 10 |
| 3 | Accepte mal cette charge de soignant _____ | 10 |
| 4 | Vit un burn-out, une surcharge de travail ou des problèmes familiaux _____ | 10 |
| 5 | Ne reçoit aucune gratification pour cette charge _____ | 7 |
| 6 | Souffre elle-même de problèmes de santé _____ | 7 |
| 7 | Dépend financièrement de la victime _____ | 7 |
| 8 | A des problèmes financiers _____ | 7 |
| 9 | Est isolée socialement _____ | 5 |
| 10 | Ne reçoit pas ou refuse l'apport de services communautaires _____ | 5 |
| 11 | Est alcoolique ou toxicomane ou consomme régulièrement des psychotropes _____ | 5 |
| 12 | Est une salariée qui ne reçoit aucun soutien ou supervision pour cette charge _____ | 5 |

Total

Faites l'addition des éléments présents; si votre total est supérieur à 18, cette personne pourrait être un agresseur potentiel. Passez à l'étape 3.

RECONNAÎTRE LA VIOLENCE OU LA MALTRAITANCE

3

Si oui,
encerclez
le chiffre

LE COMPORTEMENT DE LA VICTIME POTENTIELLE ME FOURNIT DES INDICES.

La personne que je soupçonne être une victime...

- | | | |
|----|--|----|
| 1 | Présente des symptômes de dépression: insomnie, perte d'appétit, perte d'intérêt, pleurs fréquents _____ | 10 |
| 2 | Vit en réclusion évidente _____ | 10 |
| 3 | A l'air calme à l'excès _____ | 10 |
| 4 | Apparaît effrayée, méfiante _____ | 10 |
| 5 | A des changements d'humeur brusques _____ | 7 |
| 6 | Pleure facilement _____ | 7 |
| 7 | A une apparence négligée _____ | 7 |
| 8 | Menace de se suicider ou souhaite mourir _____ | 7 |
| 9 | Requiert la permission d'un tiers pour répondre à des questions _____ | 5 |
| 10 | Dit qu'on la maltraite _____ | 5 |
| 11 | Est incapable ou mal à l'aise d'expliquer ses blessures _____ | 5 |
| 12 | Dit qu'on lui doit de l'argent, qu'il manque de l'argent _____ | 5 |
| 13 | Exprime son intention de se séparer (de son conjoint) ou de déménager _____ | 5 |
| 14 | Subit une perte de poids inexplicable médicalement _____ | 5 |
| 15 | Présente des histoires répétitives de chutes inexplicables _____ | 5 |
| 16 | Se plaint d'un manque de chauffage, de ventilation de sa chambre _____ | 5 |

Faites l'addition des éléments présents; si votre total est supérieur à 18, il est probable que vous soyez en relation avec une personne victime. Passez à l'étape 4.

Total

4

Si oui,
encerclez
le chiffre

LE COMPORTEMENT DE L'ABUSEUR POTENTIEL ME FOURNIT DES INDICES

La personne que je soupçonne d'abuser autrui...

- | | | |
|----|---|----|
| 1 | Se plaint du comportement de la personne âgée _____ | 10 |
| 2 | Réprimande la victime _____ | 10 |
| 3 | Déprécie la victime _____ | 10 |
| 4 | Harcèle la victime _____ | 10 |
| 5 | Exhibe un comportement agressif (ex.: bris d'objet, colère) _____ | 10 |
| 6 | Isole la victime _____ | 10 |
| 7 | Critique constamment la victime _____ | 7 |
| 8 | Se montre inutilement exigeant _____ | 7 |
| 9 | Apparaît méfiante et sur la défensive face aux étrangers _____ | 7 |
| 10 | Insulte la victime _____ | 7 |
| 11 | Menace la victime _____ | 7 |
| 12 | Dépense plus d'argent qu'à l'accoutumée _____ | 7 |
| 13 | Répond systématiquement à la place de la personne âgée _____ | 5 |
| 14 | Prive la personne de nourriture et de soins requis _____ | 5 |
| 15 | Menace d'interrompre le service à domicile _____ | 5 |
| 16 | Refuse de laisser la victime seule avec un tiers _____ | 5 |

Faites l'addition des éléments présents; si votre total est supérieur à 18, les indicateurs tendent à confirmer des comportements d'abuseur.

Total

Interprétation de vos résultats du test d'évaluation de danger

Si vous identifiez des indicateurs dans chacune des étapes et si le total des points pour les 4 étapes est supérieur à 40, la situation suggère que vous consultiez un professionnel compétent. Si le total des 4 étapes est supérieur à 75, la situation exige que vous consultiez un professionnel pour intervenir. Si vous êtes en danger ou si vous estimez que la personne concernée est en danger, il y a lieu d'alerter les services de police, qui ont des agents spécialisés pour la protection des aînés. Composer le 9-1-1 et exposer la situation.

Pour plus d'information, consulter la brochure **Vieillir en sécurité** sur le site de l'AQDR ou pour la commander, appeler au: **1-866-532-2822** (Le CAVAC) pour tout le Québec

Tel-aînés: **514-353-2463** / Ligne aide abus aînés: **1-888-489-2287 (1-888-489-ABUS)**
Bureau du Coroner du Québec: **1-866-312-7051**

Assurance protection juridique :

parce que ça n'arrive pas qu'aux autres!



Personne n'est à l'abri d'une poursuite ou d'une injustice. Chaque année, des centaines de milliers de Québécois font face à des problèmes juridiques de toutes sortes.

Erreur médicale, troubles de voisinage ou de copropriété, vente d'une propriété, congédiement injustifié, règlement de succession, problèmes de titres, vices cachés sur la résidence principale ou secondaire, accident de travail...

Devant de telles situations, il est ô combien rassurant de pouvoir consulter un avocat ou d'être représenté en cour sans avoir à en déboursier tous les frais!

L'assurance protection juridique, au même titre qu'une assurance dentaire ou une assurance médicament, donne à son détenteur les moyens financiers pour consulter un avocat ou un notaire dans plusieurs situations de la vie courante.

Que vous ayez à vous défendre devant les tribunaux ou à faire face à une situation spécifique prévue au contrat, l'assurance protection juridique procure un soutien financier afin d'alléger certains frais et afin de vous aider à vous préparer à faire face à ces situations.

Un service de consultation téléphonique juridique est également inclus sans frais pour vos questions d'ordre légal.

1\$ Pour environ 1\$ par semaine, cette protection peut éviter bien des soucis! Informez-vous!

Pour obtenir plus de détails sur ce produit d'assurance offert en complément d'une assurance auto, habitation ou véhicules de loisirs, n'hésitez pas à appeler La Capitale assurances générales au 1 866 550-2737 ou à visiter LaCapitale.com.



La Capitale
Assurances générales

*Selon le tarif fixé au contrat.
La Capitale assurances générales inc., cabinet en assurance de dommages. En tout temps, seul le contrat d'assurance précise les clauses et modalités relatives à nos protections.