

Négligence meurtrière chez les aînés — Quand la protection contre la mort évitable exclut les aînés vulnérables

Louis Plamondon, juriste et sociologue

Président, Réseau Internet Francophone Vieillir en Liberté (RIFVEL)

La non-assistance à population âgée en danger

L'âgisme, si on l'accorde avec les définitions du sexisme (*Universalis*, 2008¹), désignerait l'ensemble des institutions sociopolitiques, économiques, juridiques et symboliques ainsi que les comportements individuels ou collectifs qui pratiquent ou légitiment l'exclusion des personnes âgées du travail, de la vie sociale ou de leur appartenance citoyenne. En tant que concept, l'âgisme est utilisé de plus en plus souvent pour caractériser les aspects idéologiques du phénomène et leurs expressions sociales ou individuelles. Ici, nous référons aux stéréotypes les plus répertoriés pour désigner les aînés (Conseil des aînés, 2007)².

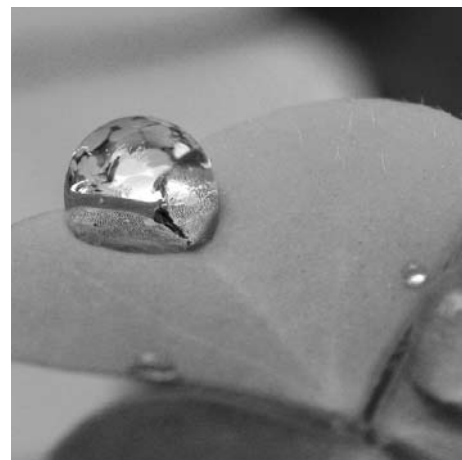
Comme le sexisme et le racisme, l'âgisme se sert de caractéristiques biologiques pour justifier des différences de statut entre un groupe de personnes et les autres, pour régenter l'accès à des droits ou services et même pour justifier des comportements abusifs. Il peut s'agir de différences physiques perceptibles, de caractéristiques liées au vieillissement ou encore d'incapacités liées à l'avance en âge, attribuées indifféremment à toutes les personnes âgées de plus de 65 ans.

Le vieillir est de plus en plus un système d'exclusion

Notre réflexion dans un article publié dans la revue *Vie et vieillissement*³ visait à mettre en relief les incidences ou les manifestations de l'âgisme dans le parcours de vie après 50 ans, en particulier dans le droit au travail et le rapport salarial. Nous y considérons le processus systémique d'exclusion du travail avec l'avance en âge, qui n'a pas cessé de progresser depuis 1970, au moment où les pensions se régularisaient à l'âge de 65 ans. Nous avons décrit l'impact négatif des revenus après la retraite, fragilisant énormément les conditions de vie. Ceci nous a permis de montrer le cumul fatal de l'âgisme dans l'exposition à la maltraitance après 75 ans, ainsi que les limites d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour une forte proportion des aînés vulnérables (voir Tableau 1). À ce propos, la professeure Marie-Jeanne Kergoat, M.D., signale que

«[...] les personnes âgées, surtout les femmes, auraient moins souvent accès à des interventions de pointe en cardiologie ou aux soins intensifs [...]. Elles seraient moins investiguées et traitées après une ischémie cérébrale transitoire et moins dirigées vers des programmes de réadaptation après un accident vasculaire cérébral [...]»⁴.

Nous voulons ici tracer les contours sociaux de l'âgisme dans notre société et révéler combien il traverse les structures sociales, bien au-delà de la volonté des acteurs ou décideurs qui encadrent la vie du monde du travail, des services médicaux ou sociaux. Cette



À la mémoire du Professeur
Charles-Henri Rapin (†2008)
Université de Genève,
co-fondateur du réseau RIFVEL

réflexion à laquelle nous convions le lecteur porte sur une interrogation radicale des enjeux sociaux concernant le sort de la vieillesse aujourd'hui, à la lumière des décès de personnes âgées investigués par le Bureau du coronar du Québec.

Les risques sociaux de vieillir au Québec

Cette précarité économique d'une majorité d'aînés vient compromettre, à partir de 75 ans, l'accès aux services requis : soutien à domicile ou résidences adaptées.

Avec le vieillissement, surtout au-delà de 75 ans, apparaît pour 30 % des aînés une certaine fragilité ou des vulnérabilités réclamant l'aide des proches. Parfois, leur plus grande dépendance ou leur isolement requiert des services à domicile et une prise en charge par des établissements. En 2004 au Québec, on décomptait 198 000 personnes en services à domicile, 39 000 personnes âgées en établissements et 150 000 en ressources intermédiaires et résidences d'accueil ; une très grande majorité de ces gens sont des femmes. Ces populations

Tableau 1 — Résultats comparés d'études sur des populations de victimes âgées⁵

	Alma France (selon des appels de ligne d'écoute dossiers à domicile) 2004 N = 2910*	Durocher <i>et al.</i> ** (selon dossiers médicaux, toutes structures)* 1996 N = 159***	ODIVA 360 (dossiers clients de services à domicile) 2005 N = 360***	NCEA/USA** (Selon les dossiers d'agence sociale aînés) 1996 N = 70942
TYPES D'ABUS (Études sur des populations victimes)				
Violences psychologiques	27 %	85 %	39 %	35 %
Violences financières	24 %	62 %	19 %	30 %
Violences physiques	14 %	28 %	14 %	25 %
Violences civiques ou des droits	14 %	17 %	7 %	30 % (abandon)
Violences médicales	5 %	Nd	Nd	Nd
Négligences	17 %	25 %****	17 %	48 %
Âges des victimes	77 ans environ	81 ans	79 ans	+ 80 ans
% femmes	71 %	76 %	78 %	70 %
% hommes	23 % (6 % de couples)	24 %	22 %	30 %
AUTEUR DES VIOLENCES FAMILIALES				
Enfants abuseurs	15 %	17 %	31 %	19 %
Conjoints abuseurs	58 %	50 %	47 %	47 %
Sources : – Busby F., 2004, Rapport d'activités de ALMA France et des Centres d'Écoute ALMA. – Durocher A.M. et al., 2000, La Maltraitance des personnes âgées dans un cadre familial élargie: Enquête dans le département du Nord. La Presse Médicales, vol. 29, n° 16, mai 2000. – The National Elder Abuse Incidence Study, Final Report, Sep. 1998. * 2 668 dossiers ont été examinés. ** Pour Durocher et NCEA, les pourcentages sont calculés sur les répondants, dans ODIVA et Alma sur les réponses, leur comparaison nécessite donc une certaine prudence. Par ailleurs certaines études incluent des victimes hébergées. *** Les pourcentages issus des 159 cas de maltraitance repérés sont entachés d'une incertitude de ± 7 ou 8 % selon les cases, ceux sur 360 cas de $\pm 3,5$ ou 4 %. **** Dans l'article, Durocher met les privations de sortie 13,1 % / 38,3 % avec les négligences, ce qui est peu commun ; je propose de les soustraire de cette catégorie qui reviendrait à 25,2 %; ensuite les ajouter aux violations des droits et violences civiques 13,1 % + 3,6 %, ce qui donnera 16,7 % pour cette catégorie.				

plus vulnérables représentent environ 20 % des plus de 65 ans. Ces personnes les plus fragilisées sont également les plus à risque de subir une aggravation de leur situation due à l'âgisme dans l'évaluation de leur condition personnelle ou environnementale (c'est-à-dire, la disponibilité des proches) et dans la réponse à leurs besoins de services.

L'achat de services privés est le privilège financier d'une infime minorité. De fait, les services publics sont limités et relativement peu accessibles, comme l'admet l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). On arrive à croire que la vieillesse réserve des conditions de privation inéluctable et cette croyance est perçue et décrite idéologiquement comme le résultat d'un destin individuel, tel un échec de la

prévoyance personnelle. Elle joue évidemment un rôle dans les limites budgétaires chroniques des programmes publics où le transfert du fardeau des services aux conjoints, aux familles est une tradition (sic), et où la croissance des listes d'attente, les limites d'accès et la réduction du panier de services sont la règle plus que l'exception⁶. Le Protecteur des usagers n'a cessé de dénoncer, de décrier et de se scandaliser des conditions de vie des gens les plus vulnérables dans les établissements responsables de leur prise en charge:

« Les effectifs sont souvent insuffisants et le niveau de stress organisationnel constaté nous semble élevé. Il importe donc 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 services qui y sont offerts »⁷.

« Les personnes vivant en CHSLD sont majoritairement des femmes et leur âge moyen est de 84 ans. Quelque 10 % sont toutefois âgées de moins de 65 ans » (Conseil des aînés, 2006).

« Les personnes âgées hébergées requièrent de plus en plus de soins, soit un minimum de 3,5 heures par jour, et les CHSLD répondent présentement en moyenne à 70 % de cette demande » (AQESSS, mars 2008)⁸.

Cet état de fait est constaté depuis plus de vingt ans: les aînés sont privés d'une journée de soins chaque semaine, soit 7,3 heures de soins indispensables à

leur intégrité. Qui dira que cette planification n'a pas d'incidence sur la mortalité des clientèles hébergées? Qui dira que l'âgisme est absent de cette planification sociale de la privation de soins aux aînés?

Enfin, il importe de souligner le manque flagrant de places en CHSLD. D'ailleurs, Vaillancourt et Charpentier estimaient en 2005 qu'il faudrait « *augmenter de 2 000 le nombre de places en CHSLD*

d'ici 2010 »⁹. « Cela ne devrait toutefois pas se produire étant donné le gel du développement de nouvelles places en CHSLD prôné par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour les années 2005-2010. Or, même si l'on conçoit le CHSLD comme solution de dernier recours (sic), il demeure que cette position apparaît incompréhensible (sic) dans le contexte québécois du vieillissement accéléré de la population »¹⁰.

Cette décision politique et sociale vient accroître les risques de l'âge fragilisé et le fardeau de tâches et d'inquiétudes pour les familles aidantes. Elle augmente également la détresse des personnes seules sans famille autour d'elles, très largement féminines.

Des risques accrus pour les femmes âgées

Une autre discrimination vient alourdir la condition des femmes âgées : le sexisme se conjugue alors à l'âgisme pour aggraver la discrimination en raison de l'âge. Les conditions de vieillissement des femmes sont très marquées par la précarité économique, la solitude, une incidence plus élevée d'abus de toutes sortes et une surexposition aux risques à vieillir en établisse-

ment où elles représentent plus de 75 % de la clientèle. Cet état de fait est le résultat d'un processus complexe où le sexisme des conditions sociales des femmes adultes vient accroître les conséquences de l'âgisme dominant dans nos sociétés. On parle ici d'écart salarial à tous les âges, d'impact financier en cas de séparation, d'iniquités des obligations liées aux besoins

de la famille et de leurs effets sur le statut économique, ainsi que des systèmes de pension qui pénalisent les femmes. La fin du mariage est un autre facteur qui explique la précarité sociale et économique des femmes après 50 ans, alors que les hommes vont plus souvent trouver une nouvelle partenaire avec qui partager les coûts du quotidien et un soutien mutuel¹¹.

Tableau 2 — Répartition de la population de 65 ans ou plus selon le groupe d'âge, le sexe et l'état matrimonial, Québec, 2006¹²

		ÉTAT MATRIMONIAL - HOMMES (%)					
Groupe d'âge	Nombre	Marié	Célibataire	Séparé	Veuf	Divorcé	Total
Total 65 ou +	395 255	72,2 %	7,6 %	2,3 %	12,4 %	5,5 %	100 %

		ÉTAT MATRIMONIAL - FEMMES (%)					
Groupe d'âge	Nombre	Marié	Célibataire	Séparé	Veuf	Divorcé	Total
Total 65 ou +	561 560	38,8 %	10,3 %	1,7 %	44,0 %	5,2 %	100 %

Dans le contexte de vie à domicile où sont régulièrement perçues et dénoncées des situations d'abus et parfois de violence criminelle, la population victime est majoritairement féminine. Les femmes s'y retrouvent plus fortement représentées sans doute du fait qu'elles vivent seules, sans conjoint qui pourrait jouer le rôle d'aidant principal et de gardien de leur intégrité (Plamondon et coll., 2007). Selon les études citées sur la violence faite aux aînés, la proportion des femmes victimes varie de

70 % à 78 % et celle des hommes de 22 % à 30 %, alors que la proportion des plus de 65 ans en 2006 est de 60 % de femmes et de 40 % d'hommes¹³ (voir Tableau 1).

À 75 ans, les hommes sont toujours mariés à plus de 75 % et profitent de cet atout majeur à l'égard de leur soutien et de leur sécurité. En 2001, 72,2 % des hommes de plus de 65 ans sont mariés alors que 38,8 % des femmes le sont ; 12,4 % des hommes sont veufs et 44,0 % des femmes sont veuves à cet âge¹⁴ (voir Tableau 2). La dépendance des femmes âgées aux services publics est donc un effet du destin « démographique » du fait de leur longévité accrue après le veuvage, mais aussi de leur condition sociale. Elle est la résultante du cumul des processus d'exclusion et de paupérisation reliés au sexisme et, au-delà de 50 ans, plus globalement reliés à l'âgisme après 60 ans.

Négligence et mort violente dans la sphère sociale des aînés

La protection de la vie humaine est au cœur du mandat du coroner du Québec. Chaque année au Québec, plus de 750 décès de personnes âgées font l'objet d'avis au coroner. Mais, en fait, parce que de nombreux cas passent inaperçus au regard des responsables, le nombre de décès violents dans cette classe de la société serait beaucoup plus important selon M^e Rudel-Tessier, coroner¹⁵. De nombreuses recommandations visent une meilleure protection de la vie des personnes rendues vulnérables par l'âge et la perte de capacités; elles sont transmises aux organismes et institutions publiques qui ont la charge de les protéger ou de surveiller les services qui leur sont prodigués. On regrettera amèrement que ces recommandations ne fassent pas l'objet d'une obligation de suivi de la part de ceux qui les reçoivent ou des organismes qui les contrôlent ou les évaluent.

Comment interpréter le fait que, tel que prévu par la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*¹⁶ (anciennement la *Loi sur les coroners*) (article 35 et suivants), les personnes décédées dans des centres de réadaptation pour les déficients intellectuels (CRDI), des centres jeunesse, des garderies, des prisons et des lieux de garde sont obligatoirement signalées au coroner et que les aînés souvent vulnérables qui décèdent dans les établissements et dans les résidences ne font pas, ceux-là, obligatoirement l'objet d'un signalement au coroner qui décide ou non d'enquêter sur les circonstances du décès signalé? Encore une fois, les aînés vulnérables, souvent dépendants des comportements d'autrui pour leur sécurité, ne sont pas traités avec autant de rigueur que les autres personnes sous garde, tels que les déficients intellectuels, les enfants dans les garderies ou des centres jeunesse, les détenus ou prisonniers (sic)! Il n'y a pas d'âgisme sans exclusion!

Selon les données transmises par le Bureau du coroner (voir Tableau 3), il y a eu 2370 cas de décès sous enquête pour des personnes de plus de 65 ans répertoriés dans les statistiques du Bureau pour les années 2005, 2006 et 2007. Sans certitude absolue en raison des limites de l'information, certaines conclusions s'imposent: nous avons examiné le fichier pour en extraire tous les cas de mort violente qui pourraient, en raison des circonstances et causes des décès, avoir pour origine une négligence passive ou active, une lacune de protection ou une violence intentionnelle, y compris les suicides en tant qu'auto-violence résultant souvent d'un délaissement social ou d'un abandon familial. Ces cas porteraient, au travers des circonstances et des actes posés, les empreintes d'un âgisme social.

Sur les 2370 cas mis sous enquête, nous en avons répertorié 792 (33,4 %) où l'âgisme ou la négligence a pu contribuer à la mort violente. À l'exception des chutes et des suicides où les hommes sont nettement plus représentés, les femmes et les hommes sont

également représentés dans toutes les autres formes de victimisation:

- 394 cas de suicide;
- 101 cas de chutes d'un lit, d'un fauteuil, d'un escalier en étant porté ou soutenu par des tiers;
- 30 cas d'homicide;
- 91 cas de piétons blessés dans une collision avec un véhicule à moteur;
- 22 cas de noyades dans des baignoires ou piscines supervisées;
- 32 cas d'exposition au feu, à la fumée ou au froid excessif;
- 27 cas d'intoxications à des produits ou à des médicaments.

De ces données, une conclusion s'impose: il y a à priori, dans ces cas, les conditions d'une interpellation vigoureuse des autorités des ministères de la Justice et de la Sécurité publique et sans doute du Secrétariat aux aînés pour faire réviser le cadre législatif afin d'étendre les obligations de signalement de décès d'aînés au coroner aux établissements qui logent des aînés. Il faut aussi donner plus de poids aux recommandations du Bureau du coroner, surtout dans les cas où elles visent des établissements ayant la responsabilité de personnes âgées vulnérables. Nous verrons dans la section suivante, à travers deux enquêtes du coroner parmi celles examinées ici, comment l'âgisme est manifestement présent dans ces événements entraînant le décès de personnes de plus de 65 ans.

Tableau 3 — Données concernant les décès des personnes âgées de 65 ans et plus, enquêtés par le coroner de 2005 à 2007¹⁷

Total de l'échantillon de l'auteur	284 F 35,32 %	508 H 32,44 %	792 (total) 33,42 %
Cas totaux répertoriés Bureau du coroner	804 F 33,92 %	1566 H 66,08 %	2370 (total) 100 %

Négligence meurtrière dans les services de santé et à domicile: un risque réel

Prolongeant notre enquête, en référence à deux rapports de la coroner Rudel-Tessier sur les circonstances de la mort de deux femmes âgées desservies l'une en service à domicile intensif dans un CSSS de Montréal, l'autre en centre hospitalier d'un CSSS à Québec, puis dans une résidence

certifiée (sic), nous cherchons à valider comment l'âgisme pourrait avoir contribué de fait au décès de ces personnes en mettant en évidence les éléments qui les ont mises en danger et qui révèlent les lacunes des services et des mesures d'assistance auxquelles elles auraient pourtant eu droit... Et qu'elles auraient sans doute reçus si elles avaient eu 35 ans.

Histoire de cas n° 1¹⁸

Une femme de 87 ans est transportée à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, à Montréal, dans un état de faiblesse et de dégradation physique grave. Elle y décède quelques jours plus tard d'une bronchopneumonie. Cette enquête a permis de comprendre pourquoi, alors qu'elle recevait des visites quotidiennes d'intervenants d'un CLSC, elle est arrivée à l'hôpital dans cet état.

La femme, qui aurait, semble-t-il, demandé à son fils de mourir à la maison, souffrait de démence et devait être encadrée jour et nuit. Lorsque son état s'est détérioré, elle a été hospitalisée. Son fils refusant l'idée d'un hébergement, l'hôpital a accepté le retour à domicile de la patiente lorsqu'une aidante de jour a été engagée. Or, ni le fils ni l'aidante de jour ne lui prodiguaient les soins nécessaires. Le CLSC a rencontré à plusieurs reprises le fils pour lui rappeler en vain l'importance de son rôle et a augmenté ses visites, mais les relations entre le fils et les intervenants étaient difficiles. La femme est devenue de moins en moins autonome, son état n'a cessé de se dégrader et elle a développé des plaies de lit. Le CLSC a de nouveau augmenté ses visites, mais elle a été finalement hospitalisée et est décédée quelques semaines plus tard. L'enquête a démontré les limites des soins à domicile. Le coroner considère que le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie est un choix parfaitement valable et qu'il faut l'encourager. Toutefois, l'hébergement peut devenir inévitable pour certaines personnes, surtout si la prise en charge par les aidants naturels n'est pas adéquate. En effet, elle souligne que les auxiliaires familiales et le personnel infirmier du CLSC ne peuvent que fournir des services ponctuels aux personnes en perte d'autonomie demeurant à domicile. Enfin, il y a la question du consentement. À plusieurs moments, les intervenants auraient pu s'interroger sur le besoin d'un hébergement et faire appel aux tribunaux ou au Curateur public. Le personnel des services de soins à domicile doit être informé des possibilités qui existent pour signaler une situation qui s'avère problématique (fin de l'extrait).

Dans cette situation, il est mis en évidence que

«[...] même si son état nécessitait une surveillance constante, ni le fils ni l'aidante de jour ne lui prodiguaient les soins qui lui étaient nécessaires [...], mais aucune amélioration n'est observée par les intervenants. Le CLSC a donc augmenté ses visites, mais les relations entre le fils et les intervenants étaient toujours très difficiles. Le manque de stimulation a rendu la femme de moins en moins autonome et son état n'a cessé de se dégrader, elle a développé des plaies de lit. Le CLSC a de nouveau augmenté ses visites. Elle a été finalement hospitalisée et elle est décédée quelques semaines plus tard»¹⁹.

Pourtant, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) est claire :

«Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire» (art. 5). De plus, à l'alinéa 3° : *«l'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité»*. Une dizaine d'intervenants de ce CLSC, médecin, infirmières, auxiliaires, ergothérapeutes, etc., sont intervenus dans cette

situation pendant plusieurs mois de mai à décembre 2006, alors que *«ni le fils, ni l'aidante de jour ne lui prodiguaient les soins qui lui étaient nécessaires et que les relations entre le fils et les intervenants étaient toujours très difficiles»*. Comment comprendre, selon le coroner, alors qu'il y avait au dossier du CLSC des notes sur des constats d'abus et un avis du *«Curateur public qui considérait la patiente inapte à consentir aux soins et le retour à domicile dangereux»*, que celui-ci n'ouvre aucun dossier de transfert et ne fasse aucun suivi sur cette situation? Le 11 mai, malgré ces constats d'abus, le CLSC retourne la dame chez elle à la charge d'un fils problématique. Dès les premiers jours, ce dernier interdit à la dame de compagnie dont il a retenu les services de lever sa mère et de lui apporter à manger. De temps à autre, celle-ci montait à la chambre pour *«voir si elle était morte»*.

Ces faits de négligence par omissions graves très documentés dans le rapport du coroner sont dus à un ensemble coordonné de services socio-sanitaires, hôpitaux, CLSC, CSSS, y compris le Curateur public. Ils contreviennent tous à la LSSSS et à la déontologie de tous les professionnels impliqués. Leurs négligences sont révélatrices d'une perception tronquée de la situation réelle de cette personne victime d'un fils problématique²⁰. Ces perceptions des acteurs sociaux ont toutes les caractéristiques d'un âgisme extrême, comme le souligne le coroner dans son rapport :

«Le médecin concerné et en général tous les intervenants du CLSC n'ont pas accordé une importance suffisante au fait que le fils et l'aidante s'impliquaient peu auprès de madame et qu'ils n'ont pas fait de démarches pour lui donner un milieu de vie dans lequel son bien-être psychologique et physique aurait été assuré»²¹.

Leur défense invoque leur volonté de respecter ce qu'ils croyaient être la volonté de madame, exprimée par le fils, de vieillir et mourir à domicile (*sic, nda*).

Ce type de situation limite est la pointe d'un iceberg qui s'étend dans toutes les profondeurs des villes et régions où 198 000 personnes dépendent de services à domicile. Le coroner exprime l'opinion que

«L'enquête a démontré les limites des soins à domicile... que les auxiliaires familiales et le personnel infirmier du CLSC ne peuvent que fournir des services ponctuels aux personnes en perte d'autonomie demeurant à domicile».

Le risque d'un âgisme meurtrier par négligence s'étend donc à toute la population en perte d'autonomie dont les aidants n'ont pas la capacité ou la volonté d'assurer le principal du service aux aînés, l'État ne garantissant (sic), selon le coroner, que des services ponctuels à domicile.

Histoire de cas n° 222

Une semaine avant son décès, le 19 février, une femme de 84 ans consulte à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Québec pour un œdème important aux jambes et parce qu'il lui est presque impossible de se tenir debout. Les résultats des examens sont normaux et la patiente reçoit une prescription d'antibiotiques pour une dermite de stase bilatérale et possiblement une cellulite

à la jambe droite. Comme la femme vit seule en appartement, le médecin demande qu'elle soit rencontrée par une travailleuse sociale pour un hébergement temporaire en maison de convalescence. Un placement est organisé à la Résidence Le Coulongeais. La patiente y arrive dans un état stable. Elle a seulement besoin d'assistance pour ses pansements et d'aide pour la mobilité. Le lendemain de son admission, elle tousse et a des expectorations très abondantes. Dans les jours qui suivent, son état se détériore. Elle présente une asthénie générale et de la dysphagie. La nuit du 25 février, la patiente respire difficilement et est incapable de boire de l'eau. Vers 5 h, elle est trouvée sans vie par une préposée. Celle-ci ne tente aucune manœuvre de réanimation et, jointe par téléphone, la propriétaire de la résidence appelle le 9-1-1 deux heures après avoir été avisée de la situation (fin de l'extrait)²³.

Cette deuxième situation met donc en scène un ensemble d'institutions socio-sanitaires et juridiques et, en particulier, le Conseil québécois d'agrément qui, en principe, a l'obligation de veiller à la qualité de la prise en charge des personnes âgées malades et en demande de soin de santé (voir Encadré 1).

L'enquête révèle que la Résidence Le Coulongeais s'est avérée, a posteriori, un mauvais choix de la part à la fois du centre hospitalier, de la travailleuse sociale et du service d'hébergement temporaire du CLSC «*parce qu'elle ne respectait pas les conditions de son offre de service*»²⁴. Cet hébergement post hospitalier a été choisi sur la base de la documentation fournie par la résidence dans le cadre de la procédure de certification du ministère via le Conseil québécois d'agrément.

Le coroner considère que le Centre de santé avait le devoir de vérifier la conformité des offres de service avec les services véritablement offerts dans une résidence où sont dirigés des patients pour de l'hébergement temporaire; il le rappellera dans son rapport par une recommandation explicite. Mais combien de CSSS pratiquent effectivement ce devoir de vigilance dans le placement temporaire de personnes âgées fragilisées? Les ambulanciers appelés deux heures après le décès (sic) signalent au médecin de l'urgence du CHUQ qu'il y a des irrégularités difficiles à justifier dans la situation, que la hiérarchie décisionnelle est douteuse au sein de la résidence en situation d'urgence. En effet, seule la propriétaire peut appeler le 9-1-1! Le coroner mettra en évidence que la réalité des services offerts révèle des différences importantes par rapport aux descriptions détenues pour la certification et par le

Encadré 1

CERTIFICATION : CONFORMITÉ DES RÉSIDENCES PRIVÉES

<http://www.agrement-quebecois.ca/site.asp?page=element&nIDElement=2236>

Le Conseil québécois d'agrément (CQA) a été reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour effectuer la vérification de conformité des résidences pour personnes âgées.

En vertu de la Loi sur les services de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), le gouvernement a adopté le Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées. Celui-ci est entré en vigueur le 1er février 2007.

La certification des résidences pour personnes âgées vise à reconnaître la conformité de ces dernières aux critères sociosanitaires, de même qu'aux autres exigences stipulées dans le règlement.

La vérification de la conformité a pour but de s'assurer que l'exploitant de la résidence pour personnes âgées ainsi que son personnel respectent les critères sociosanitaires et les exigences prévus dans le Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées.

Cette vérification de conformité est réalisée sur les lieux d'exploitation de la résidence pour personnes âgées et comporte deux types de vérification, soit celle des documents et celle des comportements. La vérification de documents consiste à s'assurer que les documents que doit produire l'exploitant sont conformes aux critères sociosanitaires tel que mentionné dans le Manuel d'application du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées. La vérification des comportements porte sur la compréhension et l'application, par l'exploitant et son personnel, des politiques et des marches à suivre en vigueur à la résidence par l'exploitant et son personnel. Cette vérification est faite au moyen d'entrevues principalement. Elle s'effectue aussi par l'observation directe d'activités ou de résultats d'activités.

CSSS. Le coroner établit que la résidence n'offre pas de soins de qualité, en particulier en matière de soins infirmiers et de disponibilité suffisante de personnel, compte tenu de la lourdeur de la clientèle (90 % souffrent de démence et quatre sont alités). Le coroner s'indigne de la façon dont les personnes sont traitées et souligne l'absence de mise en œuvre des protocoles prévus à la certification dans le contexte d'une situation d'urgence.

Au moment où la préposée constate l'absence de respiration de la dame âgée, « celle-ci ne tente aucune manœuvre de réanimation et jointe par téléphone, la propriétaire de la résidence n'appelle le 9-1-1 que deux heures après avoir été avisée de la situation »²⁵. On y voit là la négligence extrême à l'œuvre par omission grave de soins dans un contexte où les mesures d'urgence à appliquer sont évidentes ; seul le déni de la valeur de la vie humaine chez la personne âgée peut expliquer une conduite aussi brutale. Et pourquoi aucune plainte criminelle de négligence ayant causé la mort n'a été transmise au procureur ? Parce que la société a renoncé à protéger ses aînés !

Comment, de plus, expliquer la certification de cette résidence par le Conseil québécois d'agrément et sa présence sur les listes du CSSS et du CLSC ? N'y a-t-il pas présence aussi de négligence, des traces sévères d'agisme de la part des agents du Conseil québécois d'agrément qui se font d'ailleurs rappeler par le coroner « de vérifier régulièrement la conformité des offres de service avec les services véritablement offerts dans une résidence

où sont dirigés des patients pour de l'hébergement temporaire » ? Les professionnels du CSSS reçoivent, quant à eux, l'avis « d'évaluer l'autonomie et les besoins de tous les résidents de la Résidence Le Coulongeois, afin de s'assurer que celle-ci est en mesure de leur offrir des conditions de vie sécuritaires ». N'est-ce pas là le devoir premier d'un professionnel chargé de recommander des hébergements temporaires dans le cadre des services d'un hôpital public ?

La conclusion est foudroyante : « Le décès de M^{me} Cloutier n'était pas inéluctable. Il est probable que, bien soignée, elle aurait survécu à sa pneumonie », conclut M^{re} Rudel-Tessier (voir Encadré 2).

Encadré 2

RECOMMANDATIONS DU CORONER CATHERINE RUDEL-TESSIER

Recommandations histoire de cas no 1 : Montréal

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- forme les intervenants des soins à domicile, y compris les médecins, sur les rôles et responsabilités des aidants naturels;
- instaure une procédure permettant à l'intervenant de signaler formellement à une personne en autorité une situation problématique pouvant mettre en danger la santé ou la sécurité de la personne aidée qu'il a observée durant une prestation à domicile;
- instaure une procédure afin qu'une personne responsable examine la situation dénoncée et soit en mesure d'y remédier rapidement ou de faire appel aux instances appropriées (tribunaux, Curateur public).

Que le Curateur public :

- mène une campagne de sensibilisation auprès des intervenants des soins à domicile y compris les médecins, afin que ces derniers soient en mesure de réagir aux signes pouvant laisser croire à des soins inadéquats ou à de la maltraitance.

Que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec :

- s'assure de la connaissance et de l'usage du guide pour soigner les plaies à domicile.

Que le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec :

- s'assurent que ses membres comprennent leurs responsabilités en matière de qualité de soins à domicile et connaissent les devoirs qui leur incombent lorsqu'ils constatent des situations à risque pour leurs patients.

Recommandations histoire de cas no 2 : Québec

Que le Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale :

- resserre les critères qui permettent de reconnaître une résidence comme milieu de référence pour l'hébergement temporaire de ses patients et notamment de prévoir l'obligation d'une présence infirmière en tout temps;
- évalue l'autonomie et les besoins de tous les résidents de la Résidence Le Coulongeois, afin de s'assurer que celle-ci est en mesure de leur offrir des conditions de vie sécuritaires.

Que le Centre local de services communautaires La Source :

- vérifie régulièrement la conformité des offres de service avec les services véritablement offerts dans une résidence où sont dirigés des patients pour de l'hébergement temporaire;
- s'assure que ce manuel (Manuel d'application du *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées*) est connu de tous les membres du personnel et appliqué de façon scrupuleuse dans la résidence;
- veille à ce que les niveaux de soins des résidents soient connus de tous les membres du personnel et que ces derniers soient tous capables de pratiquer les manœuvres de réanimation jusqu'à l'arrivée des ambulanciers;
- s'assure de la formation de son personnel (préposées et infirmières auxiliaires) notamment en instituant un programme de formation continue;
- s'assure que les préposées aux bénéficiaires sont supervisées par une personne compétente;
- augmente le nombre d'heures de présence de l'infirmière auxiliaire afin de pouvoir répondre adéquatement aux besoins de ses résidents en matière de soins;
- s'assure que les dossiers des résidents sont remplis correctement et notamment que l'heure de l'administration et la dose reçue de médicaments (prescrits ou en vente libre) y sont inscrites.

Lumières et cris d'appel dans le souterrain de la négligence sociale

L'âgisme dominant et la négligence structurelle se révèlent encore au travers des investissements collectifs massifs dans les banques, ignorant les aînés, dans le contexte de la crise financière et économique que nous traversons. Cette crise a déjà des impacts majeurs sur les systèmes d'épargne et les revenus de retraite, entraînant une influence décisive sur les possibilités d'insertion sociale des prochaines cohortes de plus de 60 ans pour les décennies à venir et sans doute sur le taux de suicide des 55-64 ans. On s'étonne du silence de nos gouvernants sur cette dimension majeure pour la population des plus de 60 ans. Encore une fois, les enjeux de la trame sociale du vieillissement sont renvoyés au destin personnel, dans le champ du discours sur la prévoyance individuelle et de « nos profils d'investisseur » (sic).

Comme le racisme et le sexisme, l'âgisme ou la négligence n'est ni une fatalité ni un trait essentiel de la condition humaine. Le racisme et le sexisme, depuis le 19^e siècle, ont fait l'objet de dénonciations par les personnes victimes et les citoyens solidaires. Un grand nombre d'analyses sociales et historiques ont été produites afin de comprendre l'origine de l'une²⁶ et l'autre²⁷ de ces discriminations tout au long des siècles. De plus, le militantisme des groupes de pression aura permis la mise au jour des mécanismes socioculturels qui contribuent à la ségrégation et ils ont été à l'origine de la création de mesures pour les contrer ; l'histoire des droits civiques aux États-Unis au début du 20^e siècle jusqu'à nos jours et la lutte des suffragettes dès 1832 en Angleterre, qui prétendaient aux mêmes droits que les hommes, en sont les références les plus connues. La mise en place des chartes des droits, les programmes d'accès à l'égalité et les structures de vigilance dans les services publics témoignent du recul de plusieurs phénomènes associés au racisme et au sexisme, mais aussi des avancées dans la promotion des droits des populations longtemps discriminées.

Au Québec, c'est dans la mouvance des mouvements sociaux des années 1970 que naîtront les premières critiques sociales sur le sort des aînés avec les publications de trois manifestes sur la situation économique des aînés, leur volonté de « vieillir chez soi » et la condition des femmes âgées, tous à l'initiative de l'Association québécoise pour la défense des retraités (AQDR), fondée en 1979, et de quelques partenaires aînés.

En 1985, cette association, en mobilisant tous les acteurs sociaux et les leaders d'opinion de tout le Canada, faisait reculer le gouvernement Mulroney qui tentait d'échapper à son engagement formel de maintenir l'indexation des pensions au Canada. Cette mobilisation et le gain social qu'elle a préservé stimuleront la volonté des aînés de toutes appartenances de veiller eux-mêmes à leurs intérêts et de promouvoir leur droit à la dignité. Ces mobilisations sont chez nous les premières manifestations contre l'âgisme présent dans la société. En 1989, sous la pression des groupes d'aînés, le gouvernement dépose le rapport « Vieillir en toute liberté »²⁸ portant sur la situation des abus à l'endroit des aînés au Québec. En 2008, suite à une tournée de consultation dans toutes les régions, la ministre des aînés, M^{me} Marguerite Blais, qui était membre du comité d'étude « Vieillir en liberté » en 1989 (le destin a ses fantaisies), lance un programme de financement de 20 millions sur cinq ans pour soutenir plus d'une centaine d'initiatives sociales et communautaires pour agir sur les causes et les effets de l'âgisme et le développement de projets favorisant l'intégration sociale des aînés, la prévention des abus et de la maltraitance étant l'une des priorités. Ces sont des initiatives majeures pour amorcer un long combat contre l'âgisme présent dans toutes les structures sociales. Mais il faudra une mobilisation encore plus importante et à long terme pour changer véritablement le paradigme des conditions du vieillir.

En 1996 et 1997, le ministère de la Santé et des Services sociaux confirme les expertises développées dans les soins aux personnes âgées en accordant le statut d'institut universitaire aux centres de gériatrie de Sherbrooke et de Montréal qui œuvrent dans ce domaine déjà depuis plus de 20 ans. Avec leurs centres de recherche, ils ont des atouts majeurs pour contribuer dans tous les champs de la gérontologie à repositionner les orientations et les politiques envers les aînés qui, on le voit, souffrent de lacunes majeures. Ils sont à même de documenter et de soutenir les pratiques d'interventions sociales et de soins de qualité ; leur enracinement dans leur milieu en fait des acteurs de premier plan pour tout ce qui concerne la formation et la diffusion de l'expertise en gérontologie au Québec. L'interpellation de ces agents de changement est tout aussi indispensable pour contribuer à un accueil approprié du vieillissement de notre population.

La LRCCD violerait la Charte des droits et libertés de la personne

*La Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*²⁹ (LRCCD) viole-t-elle la *Charte des droits et libertés de la personne* en discriminant les personnes âgées en ne visant pas les établissements et résidences pour aînés concernant l'obligation faite aux établissements ayant la garde de personnes vulnérables (CRDI, service de garderies, centre jeunesse, prison et lieu de garde, etc.) de signaler leurs décès au coroner (art. 35 et suivants)? Alors que les aînés décèdent en plus grand nombre, et sont plus à risque de voir leur décès banalisé par l'âgisme dominant, ils se voient privés du droit à l'égalité prévu par la *Charte*.

Nous pensons que si la LRCCD viole la Charte des droits en discriminant les personnes en CHSLD et en résidences privées quant à la protection du droit à la vie et à la sécurité face, entre autres, au décès évitable, rien ne peut justifier une telle

discrimination. C'est un danger souvent fatal pour les personnes âgées vulnérables dans les résidences privées dont la moyenne d'âge atteint 83 ans. Les propriétaires se plaindront sans doute de se voir imposer de signaler tous leurs décès, se stigmatisant déjà des obligations qu'on leur fait de respecter les droits des résidents prévus dans la certification!

Il faut s'étonner que cet enjeu de droits fondamental ait échappé aux autorités depuis son signalement très médiatisé le 15 juin 2009 dans le contexte de la Journée internationale de prévention des abus faits aux aînés. Certains commentaires ont donné prépondérance à des aspects situationnels ou organisationnels qui ne sont pas au cœur des droits de la protection des personnes vulnérables, tels que le signalement obligé des décès pourrait renforcer une culture défensive de la part des professionnels et du personnel œuvrant auprès des personnes hébergées, ce qui est contraire à l'approche milieu et de «*l'humanité*». Alors, suivant cette logique et l'état de «droit» actuel, les propriétaires et les directions de CHSLD jouissent d'une exception de fait face aux obligations découlant de la *Charte*... Ils louent ou gèrent des milieux de vie et sous contractent des services à des populations vulnérables sans égards à la Charte des droits québécoise. De plus, il faut envisager que la LRCCD est en contravention de la Charte canadienne des droits et libertés qui garantit l'égalité devant les lois canadiennes.

Quand la mort évitable frappe, et c'est toutes les semaines pour les aînés, on ne peut évoquer le concept milieu de vie et l'approche relationnelle ou *l'humanité* pour justifier une dérogation aux Chartes des droits... Selon l'avis récent de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, les itinérants jouissent d'une meilleure protection de la *Charte*... Même sur la place publique face aux policiers dans l'exercice de leur fonction.

Nous avons la conviction que l'enjeu de droit porte sur la LRCCD à l'effet que les aînés vulnérables hébergés en CHSLD et en résidences privées sont privés du droit à la sécurité et à la vie face aux décès évitables, autrement garantis par la LRCCD. Le coroner reçoit en effet le signalement de tous les décès pour toutes autres populations vulnérables, enfant, jeunes, CRDI, ressources intermédiaires, personnes sous garde (santé mentale) et prisonniers ou détenus au Québec ou dans les postes de police.

Il y a là une violation de la *Charte des droits et libertés de la personne*: il s'agit d'une discrimination illégale dans l'accès aux services publics du coroner par des personnes hébergées dans des lieux où le Protecteur du citoyen a juridiction en vertu de la LSSSS, les commissaires régionaux aux plaintes et à la qualité des services ayant autorité dans les résidences privées pour recevoir des plaintes. Au moment de finaliser cet article, le Protecteur du citoyen est informé de ces faits et prend l'initiative que lui permet la loi pour enquêter la situation sur les faits et il en a saisi aussi lui-même la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse sur la base de l'article 75 de la Charte des droits:

Protecteur du citoyen

75. Toute plainte reçue par le Protecteur du citoyen et relevant de la compétence d'enquête de la Commission lui est transmise à moins que le plaignant ne s'y oppose.

Transmission.

La plainte transmise à la Commission est réputée reçue par celle-ci à la date de son dépôt auprès du Protecteur du citoyen.

1975, c. 6, a. 75; 1989, c. 51, a. 5.

Pouvons-nous espérer que les professionnels de ces deux organismes chargés de protéger les droits des citoyens trouveront une voie rapide pour que soit mis en œuvre les correctifs appropriés?

Négligence au plus au niveau

Au moment d'écrire ces lignes, le Parlement enquête sur les «déboires» scandaleux de la Caisse de dépôt et placement qui auront un impact majeur sur la vie des aînés du futur et des travailleurs âgés d'aujourd'hui qui pourraient y perdre des droits acquis. L'appât du gain des gestionnaires de la Caisse, pour gagner des primes ou bonis, aura détruit 40 milliards de gains sociaux de toute une collectivité.

Dans le même temps, le journal *La Presse* publie un dossier en plusieurs volets sur le sort souvent tragique des aînés dans les résidences privées; on y voit que l'âgisme et la négligence s'expriment sans réserve au bénéfice de certains usuriers profitant de la fragilité des aînés. Qu'est-ce que cet abandon dans des lieux sans vigie sociale réelle, si ce n'est la plus cruelle forme d'âgisme ou de négligence? Une société civilisée devrait prendre un

soin particulier de ceux qui ont bâti son monde, particulièrement, de ses mères âgées, parmi les plus démunies.

L'âgisme et la négligence ne sont pas un risque banal. Ils ne se limitent pas à des insinuations perverses sur nos premières fragilités ou autres signes corporels de vieillissement. Ils ne se limitent pas non plus à traiter les personnes vieillissantes sans le respect ou les égards qui leur sont pourtant

dus. Ils ne se limitent pas à berner les aînés ou à les priver de leurs besoins fondamentaux et de leurs droits pourtant légitimes.

La fin de l'âgisme meurtrier appelle une mobilisation citoyenne des responsables politiques et des structures sociales, des professionnels auprès des aînés et des familles pour réaffirmer, sans compromis, le droit de vieillir sans discrimination et en sécurité, surtout pour les plus vulnérables.

Références

- 1- <http://www.universalis.fr/corpussearch.php>
- 2- Conseil des aînés du Québec, *La réalité des aînés québécois*, Publications du Québec, 2007, p. 21 et p. 126.
- 3- «L'âgisme peut-il être meurtrier?», *Vie et vieillissement*, vol. 7, n° 2, 2009.
- 4- M.-J. Kergoat, M.D., gériatre, «La personne âgée admise en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, est-elle victime d'âgisme? Âgisme et stéréotypes», *Vie et vieillissement*, vol. 7, n° 2, 2009.
- 5- Plamondon et coll., *Gérontologie et société*, n° 122, septembre 2007, p. 171.
- 6- Des inquiétudes demeurent en ce qui concerne les personnes âgées en perte d'autonomie. En 2009-2010, le Réseau de la santé et des services sociaux devra donner davantage de services à la clientèle de plus en plus lourde en établissements et mieux répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie vivant à domicile. L'analyse des crédits déposés aujourd'hui ne nous permet pas d'affirmer que les montants pour offrir ces services sont au rendez-vous. Voir not. AQESSS, communiqué de presse en relation avec le budget du Québec 2009-2010, mars 2009.
- 7- Bilan des actions du Protecteur des usagers auprès des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) en 2003-2004.
- 8- AQESSS, mars 2008.
- 9- Vaillancourt Y. et Charpentier M., *La passerelle entre l'État, le marché et l'économie sociale dans les services de logement social et d'hébergement pour les personnes âgées*. LAREPPS, UQAM, 2005.
- 10- *La réalité des aînés québécois*, p. 50.
- 11- Dès la fin quarantaine, les femmes se perçoivent comme mises à l'écart du marché du mariage et de la séduction: «Non seulement les veufs sont-ils plus nombreux à se remarier que les veuves, mais ils le font également beaucoup plus tôt après le décès de leur conjointe». Pour 2004, on trouve les veufs remariés à 8,1 %, les femmes veuves remariées à 3,6 %. Situation démographique au Québec, bilan 2006, chapitre 6, <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2006/Bilan2006c6.pdf>
- 12- *La réalité des aînés québécois*, p. 8 et 9.
- 13- Plamondon L. et coll., *Gérontologie et Société*, n° 122, septembre 2007, p. 171.
- 14- *La réalité des aînés québécois*, p. 8 et 9.
- 15- Colloque *Les abus envers les aînés*, Production 4 temps, 1^{er} et 29 avril 2009.
- 16- *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* (R.R.Q., c. R-0.2).
- 17- Données non publiées du Bureau du coroner du Québec, avril 2009.
- 18- Bureau du coroner, Montréal. M^e Catherine Rudel-Tessier, coroner, dossier 135144, août 2008.
- <http://www.msp.gouv.qc.ca/coroner/coroner.asp?txtSection=recommandations>
- 19- Rapport du coroner Rudel-Tessier.
- 20- Selon les études citées les femmes sont parfois victimes d'un conjoint, mais le plus souvent victimes d'un fils ou d'une fille qui règle ses comptes avec leur vie, avec leurs parents, avec leur mère ou avec la femme qu'elle représente.
- 21- Rapport du coroner Rudel-Tessier.
- 22- Bureau du coroner, Québec. M^e Catherine Rudel-Tessier, coroner, dossier 139779, octobre 2008. <http://www.msp.gouv.qc.ca/coroner/coroner.asp?txtSection=recommandations>
- 23- Rapport du coroner Rudel-Tessier.
- 24- Rapport du coroner Rudel-Tessier.
- 25- Rapport du coroner Rudel-Tessier.
- 26- *Le Racisme* (en collaboration avec Léon Poliakov et Patrick Girard), éd. Seghers, 1976.
- 27- *Le Deuxième Sexe* (2 tomes), Gallimard, Simone de Beauvoir, 1949.
- 28- *Vieillir... en toute liberté*, Rapport du Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées, gouvernement du Québec, 1989.
- 29- *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* (R.R.Q., c. R-0.2).

La Trousse SOS-Abus (2010)

Association québécoise de défense des droits des retraités et des pré-retraités (AQDR)

Conçue par l'AQDR, cette trousse offre à tous les intervenants et aux aînés une sélection d'outils répertoriés au Québec et au Canada, produits par des groupes sociaux et professionnels qui se préoccupent de contrer les abus dont sont victimes les aînés. La trousse est d'abord une mallette dans laquelle se retrouve un cartable contenant les outils sélectionnés (documents ou DVD), de même que leurs fiches descriptives. Le choix de ces outils est le résultat d'un vaste processus de consultation.

Les différentes sections de la trousse offrent des moyens pour mieux dépister les abus et présentent aussi des pistes d'intervention et de prévention développées par différents acteurs et intervenants, y compris dans les communautés ethnoculturelles ou en milieu autochtone. La dernière section, trousse, regroupe près d'une dizaine d'outils qui se sont démarqués par leur originalité et leur qualité.

Cette trousse sera mise à la disposition des 30 formateurs qui la présenteront partout dans la province à compter de février 2010. Trois-cents trousse seront accessibles pour consultation et reproduction au sein d'une dizaine d'organismes dans les 17 régions administratives: sections de l'AQDR, tables régionales de concertation des aînés et d'autres regroupements concernés par les abus envers les aînés, agences de la santé et des services sociaux, etc.

Pour information: <www.aqdr.org> ou 514.935.1551

