

Mémoire présenté à la Commission parlementaire de l'aménagement du territoire dans le cadre
des auditions publiques sur le projet de loi no. 22.

Loi modifiant le Code civil concernant certains cas de résiliation du bail d'un logement

Dr Réjean Hébert, MD MPhil

Professeur titulaire, Centre de recherche sur le vieillissement, Faculté de médecine et des
sciences de la santé, Université de Sherbrooke.

1036, Belvédère Sud, Sherbrooke, J1H 4C4.

Rejean.Hebert@USherbrooke.ca

27 septembre 2011

À propos de l'auteur

Le Professeur Réjean Hébert est médecin gériatre, gérontologue et épidémiologiste. Il a été le doyen de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke de 2004 à 2010. Il fut le directeur fondateur du Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement et de l'Institut du vieillissement des Instituts de recherche en santé du Canada. Ses travaux de recherche portent sur la perte d'autonomie, les proches aidants de malades atteints de la Maladie d'Alzheimer et l'organisation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Il a conçu et validé le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) pour mesurer les besoins des personnes âgées et handicapées. Il dirige le groupe PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) qui a développé et validé un modèle original de coordination des services qui améliore l'efficacité du système de santé, tout en prévenant la perte d'autonomie des aînés. Il fut le co-président de la Consultation publique sur les conditions de vie des aînés en 2007. Au cours de la dernière année, il a été conseiller scientifique à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, un organisme public français, où il a étudié les systèmes européens de financement des soins de longue durée. Il a aussi agi comme expert international dans le débat sur la dépendance mis en place par le Président de la République française.

Le projet de loi 22 corrige des dispositions du Code civil concernant le délai de résiliation du bail lorsqu'une personne est, entre autres, décédée, handicapée ou hébergée dans un centre d'hébergement. Le délai légal de 3 mois peut alors être raccourci si « le logement est reloué par le locateur pendant ce délai ». Cette question avait été soulevée à maintes reprises lors de la Consultation publique sur les conditions de vie des aînés que j'ai co-présidée en 2007 et dont le rapport a été publié en 2008. Il s'est donc écoulé plus de trois ans avant que le Gouvernement propose ces modifications au Code civil qui ne répondent pas vraiment aux attentes des personnes aînées.

D'abord, le projet de loi ne corrige pas le délai de trois mois où la personne aînée doit payer en double un logement pour une raison (handicap, placement en CHSLD) hors de son contrôle et souvent vécu comme un événement tragique qui bouleverse sa vie et celle de son entourage. Lorsque la personne décède, c'est la succession qui doit assumer trois mois de loyer pour la personne disparue, perpétuant ainsi l'absurdité que les morts continuent de payer un loyer. Le projet de loi assouplit cette règle lorsque le logement est reloué mais d'une part, il n'y a aucun incitatif pour que le locateur cherche activement un nouveau locataire pendant ce délai et, d'autre part, aucun mécanisme n'est proposé pour informer la personne aînée ou sa succession que le logement a effectivement été reloué afin d'éviter que le locateur ne profite indument d'un double paiement.

En notes explicatives, le projet de loi mentionne au deuxième paragraphe que les dispositions visées s'appliquent aux personnes âgées qui sont admises « de façon permanente dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou dans un foyer d'hébergement ». Le « foyer d'hébergement » ne correspond à aucun établissement dans la Loi sur la santé et les services sociaux. Il conviendrait de préciser à quoi réfère le projet de loi en mentionnant nommément cette catégorie en sus du CHSLD.

Mais il y a pire car pour beaucoup de résidences pour personnes aînées, une « annexe au bail » définit des services complémentaires associés à des frais parfois substantiels. Ces services touchent entre autres les repas, le ménage, l'aide aux activités de la vie quotidienne (bain, toilette, habillage) et l'aide pour les déplacements. Ces services s'adressent surtout à des personnes en perte d'autonomie qui doivent payer pour les recevoir, alors que dans les établissements publics d'hébergement et même à domicile, ces services sont financés du moins partiellement par l'État. Nous reviendrons plus tard sur cette iniquité. Ces services connexes sont aussi visés indirectement par le projet de loi, ce qui perpétuera l'absurdité que les morts, les résidents des établissements d'hébergement ou les personnes handicapés continuent de payer pour des services qu'elles ne reçoivent plus ou que l'État finance par ailleurs. Nos réserves quant à la durée du délai et au contrôle quant à la relocation s'applique encore ici et ce, avec beaucoup plus d'acuité.

Il serait beaucoup plus simple et équitable de **ramener le délai de trois à un mois pour le décès et d'éliminer le délai pour les personnes relocalisées en raison d'un handicap ou d'une admission dans un centre d'hébergement**. Dans ces derniers cas, cela éliminerait une situation

inéquitable et inacceptable de devoir payer en double pour le logement et les services alors que les causes du relogement sont hors du contrôle de la personne âgée. Cela représenterait un incitatif au locateur à trouver un nouveau locataire et éviterait la mise en place de mécanismes de contrôle par l'État ou de vérification par la personne âgée vulnérable, ou encore des procédures légales coûteuses pour faire respecter le Code civil.

Mais revenons aux frais « accessoires » qui sont facturés aux locataires de résidences pour personnes âgées pour des services de soutien à l'autonomie. Ces frais sont « convenus » entre le locateur et le locataire dans une « annexe au bail ». Il est d'abord curieux et inusité, voire illégal d'utiliser une disposition comme le bail pour établir un tel contrat. Le bail dans le Code civil a pour but de définir les dispositions contractuelles quant au logement. L'utilisation de cette forme de contrat pour couvrir des services qui sont au surplus habituellement couverts par les programmes gouvernementaux est abusive et ne respecte pas l'esprit, sinon la lettre du Code civil qui définit ainsi le bail à l'article 1851 : « *Le louage, aussi appelé bail, est le contrat par lequel une personne, le locateur, s'engage envers une autre personne, le locataire, à lui procurer, moyennant un loyer, la jouissance d'un bien, meuble ou immeuble, pendant un certain temps* ». Certes l'article 1892 prévoit l'inclusion de « services, accessoires et dépendances » au bail mais le législateur n'a sans doute pas voulu inclure dans cette notion de services, ceux en soutien à l'autonomie qui doivent être couverts par les programmes de santé et services sociaux. Le bail ne devrait donc pas être utilisé pour définir des services car les dispositions du Code civil s'appliquant au bail s'applique ainsi aux services convenu dans l' « annexe au bail ». De tels services devraient plutôt relever d'un contrat de service entre le bénéficiaire et la résidence ou idéalement entre l'État et la résidence.

En effet, les services de soutien à l'autonomie pour les personnes présentant des incapacités physiques ou mentales devraient être couverts par l'État. Ils le sont en Centre d'hébergement et de soins de longue durée ou dans les ressources intermédiaires; ils le devraient à domicile en vertu de la Politique de soutien à domicile « Chez soi, le premier choix ». Dans cette politique, on précise : « Toute personne qui habite dans une maison individuelle, un logement, une **résidence collective ou une résidence dite « privée »** est admissible au soutien à domicile »¹. Une étude réalisée en 2003 par notre équipe dans une région rurale de l'Estrie montre d'ailleurs que les personnes habitant en résidences privées ont un profil d'autonomie fonctionnelle similaire aux bénéficiaires des services de soins à domicile (figure 1). L'Agence et le Ministère n'ont pas jugé opportun à l'époque d'étendre cette étude à d'autres régions du Québec, de sorte qu'un portrait plus représentatif de ces personnes n'est actuellement pas disponible. Quoiqu'il en soit, les CSSS devraient couvrir les services de soutien à l'autonomie des personnes âgées en résidences collectives mais rares sont ceux qui le font. On assiste ainsi à une iniquité flagrante où des personnes âgées doivent payer pour des services supposément couverts par l'État. En respect de la politique gouvernementale, ces services devraient faire l'objet d'un contrat entre la résidence et le CSSS et non pas d'une « annexe au bail ».

¹ Gouvernement du Québec. Chez soi le premier choix : La politique de soutien à domicile. Santé et Services sociaux. Québec, 2003, p 16.

On assiste ainsi au Québec à un système à deux vitesses où ceux qui en ont les moyens peuvent se payer des services en résidences privées, alors que les autres doivent se contenter de soins à domicile qui ne couvrent que 15% en moyenne de leurs besoins ou encore se rabattre sur la solution institutionnelle, seul moyen au Québec d'obtenir les services de l'État. Cette situation crée une pression indue sur l'admission en CHSLD tout en générant un déracinement des personnes, la séparation des couples, la détérioration de l'autonomie fonctionnelle et le glissement vers la déchéance et la mort dans plusieurs cas. Un investissement majeur dans les soins à domicile serait nécessaire pour fournir aux personnes âgées en perte d'autonomie un véritable choix de demeurer chez soi avec des services qui s'adaptent aux besoins. Cela permettrait d'éviter de déménager les personnes vers les services dont elles ont besoin et de plutôt fournir les services nécessaires là où habitent les personnes. D'autres pays, comme les Pays-Bas, la France ou le Danemark ont opéré ce virage avec succès. Au lieu de consacrer comme au Québec seulement 15% du financement public en soins de longue durée aux services à domicile, ils consacrent maintenant respectivement 32, 43 et 73% de leur financement aux soins à domicile. Un financement adéquat des soins à domicile permettrait de couvrir les services à l'autonomie dispensée dans les résidences pour personnes âgées, d'en assurer la qualité et surtout d'éviter l'exploitation des personnes vulnérables y habitant.

Comme le révélait l'émission « La facture » de Radio-Canada l'automne dernier, la facturation de ces services ne repose pas actuellement sur des critères définis et pave la voie à des abus. Le projet de loi 16 tente de remédier à cette situation en obligeant les propriétaires à évaluer de façon standardisée l'autonomie fonctionnelle des résidents. Le règlement proposé dans le cadre du projet de loi prévoit également l'utilisation du SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) à cette fin de façon à harmoniser l'évaluation dans ces résidences à celle du réseau de la santé et des services sociaux. Ayant été le concepteur de cet outil, je ne peux que me réjouir de son application dans le milieu des résidences privées. Je m'interroge toutefois sérieusement quant à l'utilisation du SMAF. L'administration de cet instrument exige des compétences professionnelles de même qu'une formation spécifique. Si le SMAF devait être administré par le personnel des résidences, ces conditions risquent de ne pas être rencontrées. De plus, le personnel n'aura pas l'objectivité nécessaire à l'administration de cet outil, étant en conflit d'intérêt évident par le lien d'emploi qui l'unit au fournisseur de service. Il est donc essentiel que cette évaluation relève plutôt des professionnels formés du réseau.

Dans le projet de loi 16, la tarification des services est laissée à la discrétion du propriétaire. Bien que ces services doivent être financés par l'État, il conviendrait à tout le moins de baliser les tarifs pour prévenir les abus. Il faudrait aussi s'assurer de la qualité des services rendus et de la formation du personnel les dispensant. Mais ces procédures seraient inutiles si l'État assumait vraiment son rôle et finançait ces services. Il aurait alors la responsabilité de les dispenser ou encore de les contracter tout en balisant la qualité des prestations.

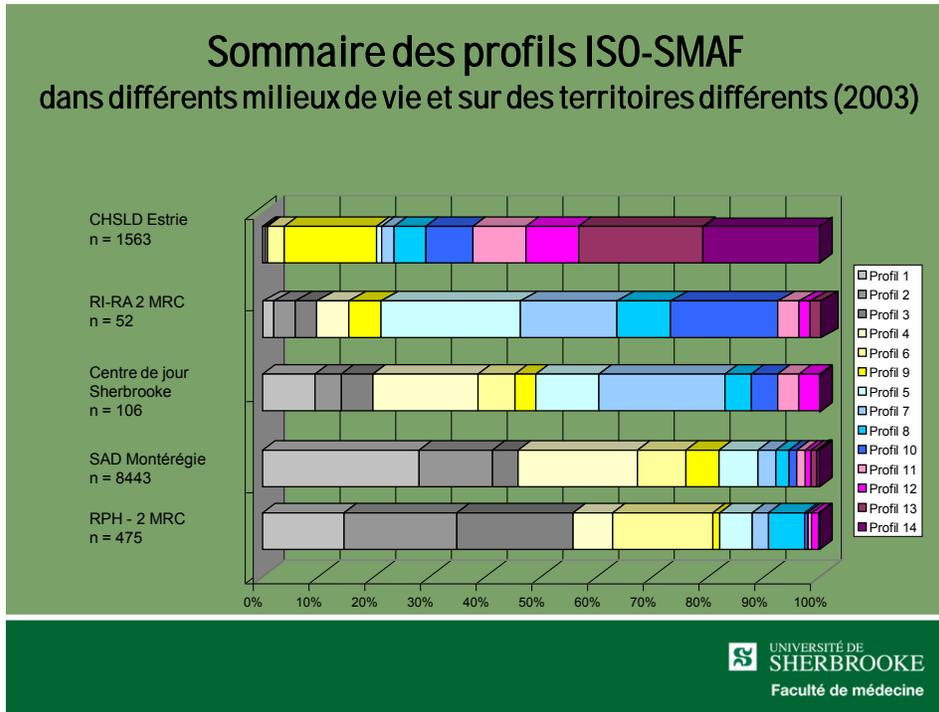
Soulignons aussi l'astuce des résidences qui s'occupent, moyennant rétribution, de demander au nom du locataire le crédit d'impôt pour soutien à domicile afin de couvrir une partie des dépenses. Les contribuables habitant dans des résidences privées sont d'ailleurs, faut-il s'en

étonner, celles qui « bénéficient » le plus de ce crédit d'impôt. Reste à savoir, s'il ne s'agit pas là d'une stratégie pour gonfler artificiellement les tarifs.

L'approche du Gouvernement dans les projets de loi 16 et 22 est de tenter de rapiécer un système qui ne répond plus aux besoins d'une société vieillissante. Une approche globale priorisant les soins à domicile et assurant le financement des services, nonobstant le lieu de résidence des personnes permettrait d'améliorer les services tout en assurant l'équité sociale et en contrôlant l'évolution des coûts des services au cours des prochaines décennies. Un investissement majeur dans les soins à domicile permettrait, selon l'OCDE, de ramener à moins de 2,4% la part du PIB consacré par le Québec aux services de soutien à l'autonomie des personnes âgées en 2050, alors qu'autrement ce taux passera de 1,2% actuellement à 3,3%². Dans une telle approche, la personne choisit son lieu de résidence et l'État finance les services de soutien à l'autonomie dont elle a besoin. Ces services peuvent être dispensés par un prestataire public, privé, bénévole ou par une entreprise d'économie sociale. L'État garde toutefois la responsabilité de financer les services et d'en contrôler la qualité. C'est ce grand chantier qui est nécessaire au Québec et non pas le rapiéçage d'un système anachronique auquel on assiste actuellement.

² OECD. (2006). Projecting OECD Health and Long-term Care expenditures: What are the main drivers? OECD Economics Department Working Papers, No. 477, Paris: OECD Publishing.

Figure 1



RI-RA : Ressources intermédiaires ou alternatives

SAD : Services à domicile

RPH : Résidences privées d'hébergement

Résumé des recommandations

1. À l'article 1, ramener à un mois le délai d'expiration du bail en cas de décès;
2. À l'article 2, abolir le délai en cas d'expiration du bail pour handicap ou admission en centre d'hébergement et de soins de longue durée;
3. Aux notes explicatives, enlever ou préciser la notion de « foyer d'hébergement »;
4. Ajouter au projet de loi que le bail ne peut comprendre d'annexes concernant des services autres que ce qui concerne les biens meuble et immeuble, notamment les soins et services en soutien à la perte d'autonomie;
5. Appliquer la politique de soutien à domicile qui prévoit que les services en résidences pour personnes âgées sont couverts par le programme de soutien à domicile des Centres de santé et de services sociaux. À cet effet, un investissement majeur dans ce programme sera nécessaire;
6. S'assurer que l'évaluation des besoins par le SMAF des personnes en perte d'autonomie dans les résidences privées soit réalisée par les professionnels formés du réseau de la santé et des services sociaux;
7. Au lieu de tenter de rapiécer les lois en vigueur, procéder à une réforme globale de l'organisation et du financement des soins de longue durée afin d'appliquer le principe que tous les aînés en perte d'autonomie ont droit à des services financés par l'État, peu importe où ils habitent.