
Mémoire



Vieillesse et inaptitude : un enjeu à considérer

Mémoire du Curateur public du Québec

Consultation publique sur les conditions de vie des aînés

Montréal, le 26 octobre 2007

Le contenu de cette publication a été rédigé par la Direction de la planification stratégique et de la recherche et édité par la Direction des communications du Curateur public du Québec. Pour plus de renseignements sur les activités du Curateur public, s'adresser à :

Le Curateur public du Québec
600, boul. René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3B 4W9
Téléphone : 514 873-4074
Télécopieur : 514 873-4972
Courriel : information@curateur.gouv.qc.ca
Web : www.curateur.gouv.qc.ca

© Gouvernement du Québec, octobre 2007

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à la condition que la source soit mentionnée.

INTRODUCTION

J'occupe la fonction de curatrice publique du Québec et, en cette qualité, je parle au nom des quelque 11 000 personnes majeures que les tribunaux québécois ont déclarées inaptes à s'occuper d'elles-mêmes ou de leurs biens et qu'ils ont placées sous ma responsabilité.

À ces personnes, dont je suis personnellement la tutrice ou la curatrice, il faut en ajouter plus de 15 000 autres qui sont sous la responsabilité d'un proche, soit dans le cadre d'un régime de protection privé, soit dans le cadre d'un mandat de protection : je veille aussi au respect de leurs droits, mais en retrait, la loi me confiant l'application des mesures de contrôle ou de surveillance qui visent à s'assurer que ce proche s'acquitte correctement de ses obligations.

J'ai, de surcroît, envers toutes ces populations, le devoir général d'intervenir dans le débat public afin d'informer clairement les citoyens et les institutions de leur condition, de leurs besoins ainsi que des soins et des services qui leur sont dus.

C'est à ces divers titres que je me présente aujourd'hui devant vous, pour vous inviter à examiner de près des réalités qu'on préférerait souvent ne pas voir, car elles touchent à la fois les incapacités du vieillissement et le vieillissement de personnes déjà aux prises avec des incapacités.

Depuis l'Année internationale des personnes âgées (1999), les documents et les consultations sur le vieillissement de la population, le profil des aînés, leurs conditions de vie en général et leurs besoins se sont succédé. Cet immense effort de connaissance et de mise à jour saura sans doute inspirer les responsables de la consultation en cours, car il a donné lieu à une information précieuse, encore maintenant, pour la compréhension des enjeux et pour l'action qu'il s'agit désormais d'entreprendre.

Le Curateur public du Québec a participé à plusieurs de ces initiatives où l'avis des citoyens et des organisations était sollicité et il a pu ainsi commenter plusieurs aspects de la situation. Je viens à mon tour, dans le même esprit de collaboration, faire valoir les droits des aînés protégés qui sont, sans conteste, parmi les personnes les plus vulnérables de notre société.

Je pourrais expliquer longuement la nature des actes que le Curateur public doit accomplir afin de pourvoir au bien-être des personnes placées sous régime de protection public ou encore pour surveiller l'administration des représentants légaux privés.

Je m'en tiendrai à rappeler que nous devons décider et agir chaque jour pour des milliers de personnes et les rencontrer régulièrement afin de connaître leurs besoins. Nous devons notamment nous assurer qu'on leur fournit l'hébergement et les soins de santé requis par leur état et gérer leur patrimoine, c'est-à-dire percevoir leurs revenus, payer leurs dépenses et voir au respect de leurs obligations. Nous devons également rester en contact avec les représentants privés afin de les renseigner sur leurs tâches et d'en vérifier l'exécution.

Placé en première ligne, le personnel du Curateur public est trop souvent le témoin de situations qui portent atteinte à l'autonomie et aux droits des personnes inaptes. Nous ne pouvons demeurer indifférents à ces situations, qu'on songe à la difficulté de trouver l'hébergement approprié, aux attentes de ceux qui s'occupent d'un proche ou au silence qui entoure généralement la maltraitance. Je souhaite donc porter à votre attention nos constatations à cet égard.

Je suis bien consciente que les solutions ne sont pas simples : les recommandations que nous formulons aujourd'hui devront, si elles sont agréées, faire l'objet de discussions approfondies avec les ministères compétents.

Avant toutes choses, je crois indispensable de vous présenter le profil des aînés protégés, afin d'établir ce qui distingue ces personnes du groupe d'âge auquel on les associe et de mettre en évidence ce qui, de ce point de vue, paraît sujet à caution dans le discours convenu sur le vieillissement et les personnes âgées.

1. PROFIL DES AÎNÉS PROTÉGÉS

Les personnes âgées forment déjà une part importante des populations protégées. Au 31 mars 2007, les 65 ans ou plus comptaient pour 58 % des majeurs sous protection juridique. Répartis suivant les mesures de protection, ils formaient :

- 36 % des majeurs sous régime de protection public, avec un âge moyen de 76 ans;
- 45 % des majeurs sous régime de protection privé, avec un âge moyen de 80 ans;
- 96 % des majeurs sous mandat de protection, avec un âge moyen de 84 ans.

L'âge moyen inégal suivant la nature du régime s'explique par des différences dans la composition des populations protégées : les régimes publics comptent une majorité de personnes ayant une déficience intellectuelle, arrivées beaucoup plus jeunes sous protection juridique, tandis que les mandats de protection, rédigés quand les signataires disposaient de toutes leurs facultés, touchent quasi exclusivement des personnes très âgées en situation de pertes cognitives, qui avaient pris leurs dispositions quant à leur entretien dans cette éventualité.

Or, si l'on s'en tient aux régimes de protection publics qui occupent l'essentiel de nos services directs aux usagers, les maladies dégénératives qui affectent surtout les personnes âgées sont désormais la première cause des nouvelles entrées, devant la déficience intellectuelle qui, historiquement, domine l'ensemble des populations protégées :

- Au 31 mars 2007, parmi les 11 352 majeurs sous régime public, 45 % ont une déficience intellectuelle, 32 % une maladie mentale et 16 % une maladie dégénérative.
- Si, toutefois, on examine la cohorte admise sous régime public pendant l'année écoulée à cette date, les proportions sont inversées : parmi les 950 majeurs de cette cohorte, 44 % ont une maladie dégénérative, 24 % une maladie mentale et 19 % une déficience intellectuelle.

En fait, la part des maladies dégénératives dans les nouvelles entrées est prépondérante depuis plusieurs années, passant de 39 % en 2000-2001 à 44 % en 2006-2007.

Mais cette forte présence ne paraît guère dans la masse des majeurs actuellement sous régime de protection public parce que les personnes âgées atteintes de maladies dégénératives commencent leur régime en fin de vie et meurent peu d'années après leur admission, environ 30 % d'entre elles décédant même en moins de deux ans (cohortes de 2002 à 2004).

Elles disparaissent donc des statistiques, remplacées par d'autres, et les cohortes successives ne s'additionnent pas.

C'est ainsi que, parmi les majeurs sous régime public au 31 mars 2007 :

- Les personnes ayant une déficience intellectuelle ont été admises à 29 ans et sont sous protection depuis 24 ans, en moyenne.
- Les personnes ayant une maladie dégénérative ont été admises à 71 ans et sont sous protection depuis 5 ans, en moyenne.

Le flux des usagers est donc différent suivant la cause de l'inaptitude : pour une personne ayant une déficience intellectuelle, il en passe cinq qui ont une maladie dégénérative et pour une personne ayant une maladie mentale, il en passe trois.

1.1 Une population oubliée

En un sens, les aînés protégés échappent à la catégorie des personnes âgées pour appartenir plutôt à celle des personnes malades ou handicapées, contraintes de vivre avec des incapacités chroniques graves et de subir une double dépendance, médicale et juridique.

Dans le lot, les femmes âgées protégées, qui forment près de 57 % des plus de 65 ans, mais les trois quarts des plus de 80 ans, reviennent ainsi, en fin de vie, à l'époque somme toute récente où toutes les femmes étaient réduites juridiquement au rang des incapables et des mineurs.

Bien que de nombreuses institutions s'occupent des aînés en général, les décisions qui concernent les aînés protégés viennent le plus souvent du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dont les politiques structurent et orientent leur vie de tous les jours. Car les aînés protégés dépendent étroitement du réseau de la santé et des services sociaux pour tous leurs besoins essentiels, y compris le logement : 96 % sont hébergés, et sept fois sur dix dans le réseau public après 80 ans; seuls 4 % vivent à domicile.

Pour la plupart d'entre eux, en effet, le maintien à domicile est hors de question à moins qu'une personne de la parenté immédiate, généralement une femme, décide d'y consacrer tout son temps ou qu'eux-mêmes disposent d'une fortune suffisante pour embaucher des préposés à plein temps.

Or, parmi les plus de 65 ans sous régime public au 31 mars 2007, 60 % ont un patrimoine de 10 000 \$ ou moins : les personnes ayant une déficience intellectuelle et les personnes ayant une maladie mentale ont un patrimoine médian d'environ 6 965 \$ et 7 869 \$ respectivement, contre 6 365 \$ pour les personnes ayant une maladie dégénérative.

Le portrait paraît moins sombre du côté des régimes privés, bien que la tendance soit la même : il y a moins de pauvres (53 % ayant un patrimoine inférieur à 10 000 \$) et moins d'aînés en hébergement (78 %, contre 21 % à domicile).

Faut-il rappeler que les régimes publics, offerts par défaut, accueillent tous ceux qui échappent à la capacité des familles : les personnes ayant une maladie mentale, parce qu'il est contre-indiqué le plus souvent de les abandonner à un foyer de relations conflictuelles; les personnes ayant une déficience intellectuelle, parce que les parents qui s'en occupaient généralement vieillissent ou disparaissent; les personnes ayant une maladie dégénérative, parce que leur condition devient vite trop lourde ou trop coûteuse; et nombre d'entre elles parce qu'elles sont

particulièrement isolées ou issues d'une famille dysfonctionnelle, le Curateur public suppléant ainsi, comme c'est son rôle, à la défaillance des proches.

Le nombre de personnes que le Curateur public représente lui confère un certain pouvoir qui lui permet d'obtenir les services requis. Mais c'est son rôle de parler aussi au nom du « monde ordinaire », c'est-à-dire au nom de ceux qui, comme en témoignent souvent les représentants privés ou les parents de personnes protégées, ont du mal à trouver l'accès aux services et se défendent mal de l'impression qu'ils ne font pas le poids.

1.2 La face cachée du vieillissement

Les aînés protégés ne correspondent donc pas à l'image des aînés alertes et socialement actifs que tous souhaiteraient véhiculer pour mieux apprivoiser le vieil âge. Certes, en adoptant cette image, on évite les stéréotypes et les amalgames mais, en même temps, on maintient la substance des préjugés qu'on repousse, ce faisant, vers les plus démunis, ceux qui sont atteints de maux graves et persistants et dont la condition met en cause la capacité de notre société à envisager des réalités comme la souffrance, l'altération des facultés, la dépendance et la fin de toute vie.

La vraie question à leur sujet, et elle s'applique à l'ensemble des populations protégées, n'est certainement plus leur réinsertion sociale, mais bien leur réintégration dans notre vision de la communauté humaine qui nous rassemble et de son aménagement : que sommes-nous prêts à faire collectivement de la personne pour ainsi dire nue, sans l'intégrité des facultés qui servent habituellement à la définir, privée de la libre disposition d'elle-même qui en fait socialement le prix, le plus souvent sans revenus autonomes, contrainte à dépendre d'autrui pour son entretien quotidien et apparemment sans utilité pour la société?

Les personnes âgées que je représente, sauf exception, ne seront jamais « rentables » au sens étroit et économiste du terme. Leurs besoins sont inversement proportionnels à leur rendement. Leur contribution active, quand elle a pu se manifester, appartient à un passé révolu et leurs souffrances actuelles découvrent à notre regard distrait l'avenir implacable qui attend certains d'entre nous et que nous préférons ne pas voir. Leur condition ne nous laisse aucune échappatoire : elle nous renvoie à notre conception de la personne humaine et de ce qui fonde sa dignité.

2. L'HÉBERGEMENT

Pour ces populations, l'hébergement forme l'élément crucial de la problématique. Et par hébergement, bien sûr, on n'entend pas seulement le logement, mais les services de santé et de soutien à la vie quotidienne qui y sont normalement associés et qui conditionnent le choix du milieu de vie.

Si, dans l'ensemble de la population, environ 88 % des aînés demeurent à domicile, 4 % sont en hébergement (public ou privé) et 8 % sont dans des résidences privées non conventionnées, la proportion est totalement renversée chez les aînés protégés puisque, comme on l'a vu déjà, 4 % seulement vivent à domicile et 96 % sont hébergés.

Or, nos personnes protégées se trouvent fort majoritairement en hébergement public à mesure que l'âge alourdit leur condition. Elles sont près de 62 %, de 60 à 69 ans, à vivre en hébergement privé; puis plus de la moitié, dans la décennie suivante, à vivre en hébergement public, jusqu'à 72 % et plus après 80 ans. Inversement, celles qui demeurent à domicile régressent de 7,6 % à 1,5 % de 60 à 90 ans, comme en fait foi le tableau suivant.

	Hébergement						
Âge	Privé (conventionné ou non)		Public				
60-69	61,9 %	1 380	30,5 %	681	7,6 %	169	2 230
70-79	45,6 %	750	50,91%	837	3,5 %	57	1 644
80-89	24,0 %	260	72,6 %	786	3,4 %	37	1 083
90-99	15,3 %	40	83,2 %	218	1,5 %	4	262
100-109	0,0 %	0	100,0 %	8	0,0 %	0	8
Tous les majeurs	59,9 %	6 798	29,7 %	3 373	10,4 %	1 181	10 352

Suivant la même courbe statistique, la proportion des maladies dégénératives s'accroît constamment avec l'âge. Dans l'ensemble, parmi les 65 ans ou plus sous régime public au 31 mars 2007, 36 % ont une maladie dégénérative, 32 % une maladie mentale et 25 % une déficience intellectuelle.

Mais si l'on compare deux groupes d'âge successifs, les proportions se distinguent nettement, dans deux directions opposées, comme l'indique le tableau ci-dessous : dans le groupe d'aînés protégés âgés de 80 à 84 ans, pas moins de la moitié ont une maladie dégénérative, tandis que 30 % ont une maladie mentale et 13 % une déficience intellectuelle; dans le groupe de 85 à 89 ans, les maladies dégénératives touchent plus des deux tiers des aînés protégés, tandis que les maladies mentales ou les déficiences intellectuelles diminuent de moitié approximativement.

Age	Maladie dégénérative	Maladie mentale	Déficience intellectuelle
80-84	50 %	30 %	13 %
85-89	68 %	17 %	7 %

Pendant de nombreuses années, on le voit, un nombre significatif de personnes ayant une maladie mentale ou une déficience intellectuelle côtoient la majorité des aînés protégés, les maux du vieillissement s'ajoutant à leur condition première. Leur proportion diminue ensuite considérablement parce qu'ils meurent plus tôt, à un âge moyen de 70 ans pour les premières et de 60 ans pour les secondes, tandis que les maladies dégénératives explosent dans le grand âge, essentiellement à compter de 75 ans.

Quel que soit le diagnostic, le Curateur public veille soigneusement à ce que tous les aînés protégés bénéficient d'un milieu de vie adapté à leur situation. Car, en qualité de tuteur ou de curateur, c'est à lui de consentir aux soins qu'on leur propose, et l'hébergement fait partie de ces soins. Le réseau de la santé et des services sociaux est tenu de lui soumettre une demande de consentement pour transférer d'un lieu d'hébergement à un autre toute personne placée sous régime de protection public et évaluée inapte à y consentir elle-même au moment de la demande.

Le consentement est donné, comme toute autre décision touchant ces personnes, « *dans leur seul intérêt, le respect de leurs droits et la sauvegarde de leur autonomie* », selon les termes mêmes du Code civil.

Nos interventions ont toutefois leurs limites. Le Curateur public, en effet, est un usager des ressources d'hébergement, comme la personne qu'il représente. Il ne peut qu'orienter cette personne vers la ressource la plus adéquate parmi celles qui existent. Or, l'offre d'hébergement n'est pas sans lacune, il faut bien le dire. Voilà pourquoi nous nous faisons un devoir d'agir sur d'autres terrains, afin de contribuer à l'amélioration de l'hébergement, comme en témoigne notre participation à cette consultation, ainsi qu'à bien d'autres forums.

2.1 Changement de milieu de vie

Ces dernières années, de nombreux changements dans les politiques du réseau de la santé et des services sociaux ont troublé les aînés protégés à cet égard. En 2004, par exemple, on décidait de déplacer les aînés malades ayant une déficience intellectuelle des ressources d'hébergement spécialisées associées aux centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) vers les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), en exigeant de ceux-ci qu'ils adaptent leurs services en conséquence.

L'année suivante, une nouvelle politique annonçait pourtant le gel des places en CHSLD et le relèvement des critères d'admission de façon à favoriser d'abord le maintien à domicile ou des formes privées d'hébergement.

Derrière ces changements, il y a la volonté du MSSS de dissocier les besoins de logement des besoins médicaux et sociaux. Comme il l'affirmait lui-même dans son *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie*, le MSSS préfère se retirer partiellement de l'hébergement, car « le logement relève du domaine privé », et organiser les services où que demeure l'usager, l'hébergement public n'étant offert que s'il est « absolument » indiqué, surtout « pour des motifs cliniques ». Le MSSS conserve toutefois le rôle d'établir « les liens nécessaires avec les autres acteurs ».

Le Curateur public estime que ce choix est fondé si la certitude est acquise que les aînés concernés auront accès aux soins requis dans leur milieu ainsi qu'aux mesures de soutien au logement, compte tenu de leurs revenus. Il ne faudrait pas que l'État se désengage du soutien au logement à des prix abordables ni que le MSSS se retire trop tôt de l'hébergement, avant que d'autres programmes ne comblent la vacance.

2.2 Aînés ayant une déficience intellectuelle

Par ailleurs, l'espérance de vie des personnes ayant une déficience intellectuelle, autrefois nettement plus basse que la moyenne générale, tend aujourd'hui à se rapprocher de l'horizon commun. Entre 2001 et 2007, les plus de 65 ans parmi les majeurs sous régime public ayant une déficience intellectuelle sont passés de 12 % à 20 %.

Les experts estiment qu'environ 40 % de ces personnes vivent plus de 60 ans, l'âge de décès moyen étant de 61 ans. Certains groupes ont toutefois une espérance de vie plus faible : les personnes polyhandicapées, par exemple, ou les personnes trisomiques, de même que, troublant retour des choses, les personnes ayant un passé institutionnel.

Si l'on considère les aînés protégés sous régime public décédés de mai 1998 à juin 2007, il apparaît que ceux d'entre eux qui avaient une déficience intellectuelle sont morts à 60 ans, en moyenne : 60 % avant 65 ans et 40 % après 65 ans. Ceux qui avaient une maladie dégénérative sont morts comparativement à 82 ans, 93 % d'entre eux après 65 ans.

Les personnes ayant une déficience intellectuelle meurent toujours plus tôt que la moyenne générale mais, grâce à une progression spectaculaire de la longévité, une proportion appréciable d'entre elles atteint maintenant l'âge des profils gériatriques où elle a droit aux soins requis par cette condition.

Il arrive désormais que les parents de majeurs ayant une déficience intellectuelle ne leur survivent pas ou, en perte d'autonomie, doivent renoncer à s'en occuper et s'en remettre au Curateur public, ainsi qu'en témoigne l'admission beaucoup plus tardive au régime public : les majeurs ayant une déficience intellectuelle qui sont actuellement sous régime public ont été admis à un âge moyen de 29 ans, comparativement à 46 ans pour ceux de la cohorte 2006-2007.

Comme ils n'ont généralement pas fréquenté le marché du travail ni touché d'assurance ni reçu l'aide d'un conjoint, ils ont de tous les aînés protégés le patrimoine le plus faible : près de trois fois et quatre fois moindre respectivement que le patrimoine moyen des aînés ayant une maladie mentale ou une maladie dégénérative.

Certains d'entre eux sont polyhandicapés, donc peu mobiles ou alités. Beaucoup de ceux qui ont une déficience moyenne ou profonde présentent des troubles du comportement plus ou moins graves : automutilation, agressivité, excitabilité, incapacité à supporter la présence des autres, inclination à crier, etc.

Ceux qui sont arrivés dans les ressources d'hébergement à leur sortie des hôpitaux psychiatriques avaient été internés pendant de longues années et placés automatiquement sous curatelle. Depuis ce transfert, bien encadrés et stimulés, ils ont eu le temps de vieillir.

Les personnes protégées ayant une déficience intellectuelle, dont bon nombre ont de surcroît des déficiences physiques ou sensorielles, sont en vieillissant plus exposées à de nouveaux problèmes de santé et à des troubles mentaux. Les personnes trisomiques ont même un risque élevé de subir, plus précocement, une démence de type Alzheimer.

Il y a près de trois ans, comme on l'a vu, un nouveau cadre de référence enjoignait aux CHSLD d'accueillir désormais les aînés ayant une déficience intellectuelle, même les cas plus lourds, en créant, au besoin, une unité spécialisée avec le personnel et les services requis.

Les CRDI ont bien commencé à préparer les transferts, mais il est certain que le processus est plus lent que prévu, les CHSLD n'étant manifestement pas suffisamment préparés. Il est arrivé que, faute de moyens adéquats pour gérer, par exemple, des troubles du comportement, le CHSLD retourne un aîné transféré dans son hébergement d'origine, généralement une ressource à assistance continue du CRDI, où les usagers de sa condition bénéficient d'un encadrement plus étroit.

Une autre difficulté s'annonce pour bientôt, car beaucoup d'aînés ayant une déficience intellectuelle vivent dans des ressources de type familial elles-mêmes vieillissantes : ils y sont souvent depuis 20 ans ou plus et les responsables de ces ressources approchent de la retraite.

2.3 Aînés ayant une maladie mentale

Les personnes ayant des troubles mentaux graves et persistants, de leur côté, sont arrivées plus tard sous régime de protection public, en moyenne à 54 ans, et y sont depuis environ 16 ans. Les deux tiers (67 %) d'entre elles meurent après 65 ans, leur espérance de vie étant plus près de la moyenne générale.

Dans leur cas, la nouveauté n'est pas de vieillir, mais de vieillir hors de l'établissement psychiatrique. Avant la désinstitutionnalisation des années 1980, elles vieillissaient à l'intérieur des murs, l'hôpital étant équipé pour leur fournir, le moment venu, les soins de longue durée qui leur devenaient nécessaires.

Bon nombre d'entre elles sont hébergées dans des ressources intermédiaires relevant des hôpitaux psychiatriques. Elles ont plus de 50 ans, ont déjà subi plusieurs hospitalisations et sont en voie de vieillissement. Où trouveront-elles le milieu de vie adéquat?

Beaucoup d'autres sont restées en milieu psychiatrique. Dans certains cas, leurs symptômes se sont atténués avec le temps et sont dits inactifs. Mais après des décennies d'internement, le transfert en ressources intermédiaires ne fut pas concluant, ayant fait réapparaître les vieilles maladies, accompagnées de comportements perturbateurs, notamment l'automutilation. Il faut donc les garder en institution, mais dans un CHSLD établi à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, qui offre un milieu de vie adapté à leur situation.

Dans d'autres cas, les symptômes sont restés actifs et le transfert dans la communauté s'est révélé inapproprié. Ces personnes sont donc placées dans une unité spécialisée du CHSLD interne, qui offre les soins psychiatriques et gériatriques requis.

Que l'inaptitude soit due à une déficience intellectuelle ou à une maladie mentale, la réinsertion sociale des deux groupes, réalisée en vagues successives depuis les années 1980, conduit aujourd'hui les autorités à en réorienter les personnes âgées, quand les problèmes gériatriques surviennent, vers des établissements de soins de longue durée, les CHSLD, après un détour du côté des ressources intermédiaires ou des ressources de type familial.

Les CHSLD sont des milieux plus fermés, à stimulation réduite. Double ironie du sort, les aînés protégés ayant une déficience intellectuelle ou une maladie mentale sont ainsi, sur le tard, à demi réinstitutionnalisés et ils le sont, de surcroît, au moment même où les aînés en CHSLD sont à leur tour désinstitutionnalisés, la nouvelle politique restreignant les admissions au profit de l'habitation privée.

2.4 L'hébergement en résidence privée

Selon les données du MSSS, environ 8 % des 65 ans ou plus, soit plus de 80 000 personnes, vivent dans les 2 500 résidences privées de toutes catégories recensées au Québec.

Le Curateur public, qui représente environ 4 000 personnes inaptes dans le même groupe d'âge, en dénombre comparativement moins de 5 %, leur condition les orientant plutôt vers les services publics. Or, les politiques en voie d'instauration tendent à accroître le recours au privé pour l'hébergement.

Il y a une grande variété de résidences privées, de l'immeuble luxueux à la simple maison de ville dont le propriétaire accueille deux ou trois pensionnaires. Et il y a, dans toutes les catégories, des résidences dignes de confiance. Des centaines de responsables, comme on sait, ont participé spontanément au programme d'appréciation *Roses d'or*, parrainé par la FADOQ - *Mouvement des aînés du Québec*, en se conformant volontairement aux normes de qualité proposées.

Il faut savoir qu'il est bien question ici de résidences, et non d'établissements de santé : elles sont conçues pour accueillir des aînés relativement autonomes, même si les occupants peuvent présenter divers problèmes de santé et l'exploitant leur offrir des services d'assistance personnelle à cet égard (par exemple, la distribution des médicaments).

Les difficultés surgissent quand le vieillissement général peuple progressivement ces lieux d'usagers en perte d'autonomie dont la condition plus lourde ne leur ouvre pas encore, pour autant, les portes des réseaux spécialisés. Les aînés protégés forment ainsi, dans le lot, un groupe plus vulnérable qui exige une attention particulière.

Depuis 1999, étant donné la qualité douteuse des services rendus à des personnes protégées dans certaines résidences privées, le Curateur public a établi un moratoire sur l'hébergement dans ce réseau. Lorsqu'un autre choix se révèle impossible, il a recours à une grille de normes minimales pour s'assurer de choisir au moins un milieu convenable; et quand, à l'usage, le milieu transgresse les normes élémentaires, les usagers en sont retirés.

Selon une évaluation sommaire effectuée au Curateur public en 2004, 468 personnes protégées étaient alors hébergées dans 292 ressources privées non conventionnées. Parmi elles, on trouvait surtout des personnes souffrant de troubles mentaux et des personnes âgées. Dans l'ensemble de la clientèle, les personnes protégées étaient habituellement peu nombreuses, souvent une seule par ressource, quelques résidences en abritant davantage.

Un certain nombre de ces ressources présentaient de sérieuses lacunes. On y a constaté, par exemple, un manque d'hygiène ou l'absence de services de base. Le Curateur public devait surveiller particulièrement la gestion des avoirs, le suivi de la médication, la qualité de l'alimentation.

La certification obligatoire des résidences privées pour personnes âgées, que le Curateur public et de nombreux organismes avaient réclamée, devrait introduire dans ce marché libre un premier contrôle de la qualité. Pour l'heure, le processus de certification commence à peine, l'échéance prévue pour son entrée en vigueur étant le 1^{er} février 2009.

Cette certification obligatoire ne s'applique toutefois qu'aux seules résidences pour personnes âgées : celles qui accueillent des personnes ayant une déficience intellectuelle ou une maladie mentale, même âgées, sont pour l'instant exclues du processus malgré les demandes de plusieurs organisations, dont le Curateur public. Sans doute connaîtront-elles la même évolution dans une seconde étape.

En outre, tout comme le maintien à domicile, les résidences privées ont leurs limites. Leur fonction et leurs moyens les restreignent à une clientèle autonome; et le respect de normes sociosanitaires reconnues n'offrira de garantie de sécurité que dans la mesure où les conditions de santé des personnes hébergées n'outrepasseront pas ces limites.

1^{re} recommandation

Que la certification obligatoire soit étendue à toutes les résidences privées qui accueillent une clientèle vulnérable, et non plus limitée aux résidences privées pour personnes âgées.

2.5 Des ressources nécessaires

Dans l'ensemble, bien que plusieurs réseaux spécialisés compétents hébergent des aînés protégés, les incapacités premières associées à l'apparition des problèmes gériatriques, de même que le va-et-vient des usagers d'un réseau à l'autre font apparaître plusieurs difficultés, en particulier l'insuffisance des ressources.

D'abord, il n'y a toujours pas assez de places pour tout le monde, comme l'attestent les listes d'attente qui persistent et la pratique de l'hébergement temporaire qui en découle : il est encore fréquent, par exemple, que des aînés protégés occupent provisoirement des lits d'hôpitaux ou même des lits loués par un CLSC dans un centre privé, en attendant qu'une place se libère dans un établissement public.

Le personnel des CHSLD, ensuite, n'est pas assez nombreux. Il offre évidemment tous les soins de base, mais il est certain que faire de ces établissements un milieu de vie substitut, comme c'est effectivement leur mission, exige un apport supplémentaire de ressources qualifiées qui n'est pas toujours possible.

Le personnel en place, souvent débordé, doit en outre s'adapter à de nouvelles cohortes d'usagers dont la condition est plus complexe et plus lourde qu'autrefois. De nouveaux moyens s'imposent, *a fortiori* si des aînés ayant une déficience intellectuelle ou des problèmes de santé mentale viennent s'ajouter aux occupants traditionnels.

Les aînés sous régime public ne sont évidemment pas les seuls à subir ces difficultés. Les familles qui ont pris en charge l'un des leurs vivent la même situation, avec en plus le désarroi de ceux qui n'ont pas le même pouvoir d'intervention auprès du réseau. Quant à ceux que leur famille a progressivement ou tout à fait délaissés, ils sont encore plus vulnérables, car il est certain qu'un entourage attentif et bienveillant demeure un atout dans l'adversité.

3. LE MAINTIEN À DOMICILE ET L'AIDE DES PROCHES

Il est temps d'en prendre acte, une tendance lourde du système de santé va dans le sens d'un recours plus systématique au privé : à la fois le privé familial avec le maintien à domicile et le privé commercial ou communautaire avec les ressources d'hébergement pour personnes vulnérables.

Ce déplacement se traduit trop souvent par une hausse du fardeau financier imposé aux familles, dans la mesure où certains services offerts gratuitement en hébergement public ne sont plus subventionnés ou le sont à d'autres conditions dans des contextes différents.

Le maintien à domicile, on l'a beaucoup dit, est resté marqué au Québec par un sous-financement chronique; ou plutôt, pour mieux cibler le malaise qui demeure, le déroutement des patients du milieu institutionnel vers un milieu dit « naturel » a souvent été plus rapide que la présence de services équivalents au point d'arrivée.

Le Curateur public a accompagné près d'un millier de personnes ayant une déficience intellectuelle dans leur sortie des hôpitaux psychiatriques depuis 1999 : chaque fois, il ne donnait son consentement à un transfert dans la collectivité que si les services requis étaient déjà en place et effectivement mis à contribution.

C'est le même principe qui l'anime quant au maintien à domicile, dont le modèle repose à la fois sur les services de proximité, qu'ils viennent du réseau public ou communautaire, et sur le dévouement assidu des familles envers un proche vulnérable.

D'une part, bien que peu d'aînés protégés sous sa responsabilité vivent à domicile (4 %), le Curateur public doit évidemment s'assurer que chacun reçoive ce qui lui est dû. D'autre part, si les tendances évoquées se maintiennent, et il y a tout lieu de le croire, il faut prévoir un accroissement prochain de personnes protégées vivant à domicile, y compris parmi les aînés, malgré la lourdeur des conditions.

Il nous importe donc que tout le soutien nécessaire soit accordé aux proches qui prennent soin d'un aîné dépendant. Et nous y sommes d'autant plus sensibles que nous avons nous-mêmes besoin de l'empressement des familles pour la protection juridique des personnes inaptes.

Contrairement à ce que pourrait laisser croire la fragmentation récente de la structure familiale, les familles s'acquittent remarquablement de leurs obligations envers les leurs quand les circonstances l'exigent. Elles le font de deux façons : en fournissant les aidants et les représentants privés, au besoin, la même personne occupant parfois les deux fonctions.

Les enquêtes indiquent, en effet, que les familles fournissent 80 % de l'aide requise par leurs proches dépendants. Et huit fois sur dix, ce sont des femmes qui s'en chargent.

La tendance est la même quant aux régimes de protection : les trois quarts des aînés protégés (74 %) sont sous la responsabilité d'un proche, soit dans le cadre d'un régime privé, soit dans le cadre d'un mandat de protection; et plus de six fois sur dix (63 %), ce proche est une femme.

Le nombre de personnes protégées par une mesure privée s'est même accru de 5 % par année, en moyenne, depuis sept ans. La progression est cinq fois plus rapide que celle des régimes publics. L'essentiel de cette hausse émane des mandats de protection dont le public cible est précisément celui qui planifie ses vieux jours.

Le principe de la primauté familiale qui préside à l'organisation du système de protection juridique au Québec n'est donc pas caduc, mais son application obéit de nos jours à d'autres nécessités.

Selon une étude récente intitulée *Valeurs et normes de la solidarité familiale* et publiée sous la direction de Nancy Guberman (2006), les Québécois se considèrent encore responsables du bien-être de leurs proches âgés et des soins qui s'imposent. Toutefois, ils souhaitent que cette responsabilité n'entrave pas leur vie professionnelle, ni n'affecte leur santé, ni ne se fasse au détriment de leurs propres enfants. Estimant que prendre soin des personnes âgées est une responsabilité partagée entre la famille et l'État, ils croient à la nécessité des services publics.

Peut-on demander aux familles d'accroître encore leur fardeau en assumant de nouvelles charges sans s'interroger sur le partage des rôles entre la famille et l'État à cet égard?

2^e recommandation

Que le transfert ou le maintien d'aînés vulnérables dans un centre d'hébergement privé ou à leur propre domicile se fasse, s'il doit se faire, sans baisse de services ni hausse de frais pour ces services, comparativement à ce qui est offert dans un centre d'hébergement public.

3.1 Les proches aidants

On connaît les difficultés des proches aidants : plusieurs manquent de moyens financiers, même quand ils travaillent encore; ils sont isolés, leur vie sociale étant sacrifiée peu à peu au profit des heures bénévoles; ils ont besoin de répit pour éviter l'épuisement qui les guette; ils sont eux-mêmes parfois vieillissants et leur santé en pâtit, et leur contribution n'est pas officiellement reconnue, bien que leur action bénévole épargne des frais considérables à l'État.

Malgré diverses mesures pour améliorer la situation, tout l'enjeu de l'aide aux proches aidants reste le suivant : est-il possible d'accorder aux familles désireuses d'en assumer les tâches l'équivalent des crédits, de l'encadrement et du soutien professionnel que l'État consent aux milieux substitués?

Ces dernières années, des regroupements de proches aidants ont formulé diverses revendications à ce sujet. En novembre 2006, par exemple, le Réseau des aidants publiait un cahier de propositions dont les principales demandes étaient les suivantes :

- Que les aidants puissent recevoir de l'État une aide équivalente, et suivant les mêmes critères, à celle qui est fournie aux familles substitués que sont les ressources intermédiaires et les ressources de type familial sous contrat avec les établissements de santé.
- Que le temps du bénévolat familial soit déductible du revenu imposable ou soit admissible à toute autre forme de reconnaissance fiscale.

Quelques années plus tôt, le *Manifeste des proches aidants*, produit par le Regroupement des aidantes et aidants naturels de Montréal, réclamait notamment : la reconnaissance des proches aidants comme partenaires du processus de décision; des politiques appropriées de soutien à la conciliation famille-travail et un accès gratuit, à domicile, aux services adaptés offerts en établissement.

Comme le précise le Réseau des aidants sur son site Internet : « Avec le vieillissement de la population, la fermeture de lits en soins de longue durée, la désinstitutionalisation et le virage ambulatoire, les situations de maintien à domicile sont appelées à croître. Or, bien qu'inégaux d'une région à l'autre, les services de soutien offerts par les CLSC sont de façon générale sous-financés et dans tous les cas incapables de faire face à une augmentation de la demande. »

Sans s'attarder aux modalités, qui ne sont pas du domaine de ses compétences, le Curateur public appuie toute mesure qui tend à accroître le soutien aux proches aidants et le maintien à domicile, dans des conditions acceptables.

3^e recommandation

Que la primauté accordée au maintien à domicile soit traduite en priorités budgétaires et que les proches aidants soient soutenus adéquatement.

3.2 Les représentants privés

La protection juridique des majeurs inaptes repose avant tout sur la famille. Le système en vigueur au Québec exige que le tuteur ou le curateur désigné d'un majeur soit choisi en priorité parmi la famille ou les proches, un peu à l'image de la tutelle aux mineurs que la loi confie d'emblée aux parents. La famille ou les proches, c'est-à-dire le réseau intime de la personne inapte, joue donc le rôle premier, le Curateur public n'étant appelé à s'y substituer que par défaut.

Cette primauté est jugée si importante que le Curateur public, quand il exerce effectivement une tutelle ou une curatelle, est tenu de chercher un proche qui pourrait en reprendre la charge et, suivant la loi, de soutenir effectivement les tuteurs et curateurs privés à qui il fournit, sur demande, information, assistance et conseil.

Le principe de la primauté familiale a été instauré à une époque où le noyau familial traditionnel était encore la norme. Cette norme a aujourd'hui cédé la place à la coexistence de plusieurs modèles familiaux. Il ne s'ensuit pas que les familles soient moins disposées à s'occuper de leurs proches.

Selon un sondage effectué en mars 2007 auprès de 906 représentants privés en exercice, plus de 80 % sont de la famille immédiate : la fratrie (32 %), les ascendants (23 %), les enfants (20 %) ou le conjoint (6 %).

Ces représentants sont eux-mêmes vieillissants puisque les deux tiers d'entre eux (67 %) ont 55 ans ou plus et seuls 8 % ont moins de 45 ans. La moitié des répondants exercent leur fonction depuis sept ans ou plus. S'ils représentent les intérêts d'un proche, ils n'en ont pas la garde, puisque ce proche habite ailleurs dans 83 % des cas : on peut présumer qu'il est hébergé, surtout dans le réseau de la santé.

Parmi les représentants, on trouve par ailleurs 42 % de retraités, ce qui reflète l'âge élevé des répondants. Il n'y en a pas moins 47 % qui travaillent, dont 8 % à temps partiel. Quant à leur scolarité, elle se divise également entre la fin du secondaire (45 %) et des études supérieures (45 %), collège ou université.

Le revenu annuel brut du ménage se situe dans la moyenne, soit de 20 000 \$ à 40 000 \$ pour le quart d'entre eux (25 %), la proportion diminuant ensuite de quelques points pour chaque tranche de 20 000 \$ en plus ou en moins.

Le Curateur public a entrepris ces dernières années, dans son rôle général de surveillance des mesures privées, un « virage préventif » axé sur le soutien aux proches qui assument la charge de tuteur ou de curateur. Ce virage vise à mettre désormais l'accent sur l'information des participants aux mesures privées, afin de les aider à assumer leurs obligations et, ainsi, de réduire à la source les négligences et les abus.

Car les manquements des représentants privés à leurs responsabilités sont aussi commis de bonne foi. Ces derniers sont souvent dépourvus au moment de prendre un proche en charge et leurs attentes envers le Curateur public touchent essentiellement le besoin d'information sur leurs obligations.

L'information et l'assistance que nous offrons prennent la forme de documentation écrite, envoyée aux tuteurs, aux curateurs et aux secrétaires des conseils de tutelle; d'appels et de rappels téléphoniques, pour s'enquérir des besoins d'information et vérifier la compréhension de la documentation reçue; d'un service de renseignements généraux qui répond aux questions des correspondants, notamment sur les mesures privées; et d'un accès direct des intéressés au conseiller responsable de chaque mesure privée.

Au delà des services que le Curateur public peut offrir à ces citoyens qui, en plus de leurs obligations usuelles, assument la tâche exigeante de représenter l'un de leurs proches, la société doit s'interroger sur la manière de reconnaître concrètement leur contribution.

4. LES PRÉJUGÉS ET LA MALTRAITANCE

Les stéréotypes traditionnels ont la vie dure : les aînés seraient dépassés, improductifs, repliés sur eux-mêmes, et ils représenteraient un fardeau pour les autres. Inutile de les reprendre tous.

Si les aînés sont l'objet de stéréotypes auxquels ils souhaitent échapper, les aînés protégés les cumulent tous et, selon toute apparence, y correspondent : ils sont gravement handicapés, leurs facultés sont altérées et ils sont socialement dépendants. Que faut-il changer : les mots qui désignent une réalité incontournable ou notre regard sur elle?

Au malaise diffus que suscite souvent le vieillissement, les aînés protégés doivent encore ajouter la peur et l'incompréhension qui s'attachent à leur condition première, caractérisée par la démence sénile, la déficience intellectuelle ou des troubles mentaux.

La réaction de recul que ces états inspirent à certains, donne lieu à des conduites de refus. Il n'est pas rare, en effet, que les citoyens d'un quartier se mobilisent, encore aujourd'hui, contre l'ouverture dans leur voisinage d'une maison destinée à accueillir des occupants de l'un ou l'autre groupe.

Ces réticences font obstacle à la réinsertion sociale, autrement appelée désinstitutionnalisation, qui vise à restaurer dans leurs droits les personnes ayant des incapacités, en évitant d'ajouter à une condition déjà difficile les maux de l'enfermement et de l'exclusion.

Le réseau de la santé doit lui-même s'adapter : le personnel des soins généraux prenant maintenant la suite des institutions spécialisées, il lui faut apprendre à gérer les particularismes des patients inaptes qui éprouvent de la difficulté à se faire entendre.

Les préjugés traditionnels s'accompagnent depuis peu d'un nouveau stéréotype selon lequel il faudrait imputer aux aînés les problèmes financiers du système de santé. C'est une thèse contestée même dans les milieux scientifiques qui citent d'abord les produits pharmaceutiques et la technologie médicale parmi les facteurs dominants de la hausse des coûts.

Le Curateur public craint que le fait même d'isoler, dans les services de santé, un créneau qui stigmatise une catégorie d'usagers déjà exposée aux préjugés et aux abus ne renvoie à des connotations discriminatoires.

Il faut s'interroger sur toute forme de stigmatisation des personnes dépendantes, car les stéréotypes et les préjugés font le lit de la maltraitance.

4.1 La maltraitance

Les citoyens déclarés inaptes, dont s'occupe le Curateur public, sont parmi les plus vulnérables de la société. Ils sont donc, par définition, particulièrement exposés aux abus et aux négligences : ils forment *de facto* une population « à risque ». Pour nous, non seulement les aînés, mais tous les adultes dépendants en raison d'incapacités graves sont également exposés aux abus, du fait même de leur dépendance.

Les abus ou négligences que nous observons se rapportent généralement aux besoins essentiels des citoyens vulnérables : l'alimentation, l'hygiène, le logement, la liberté d'aller et venir, les soins médicaux, la médication, le revenu, etc. Et ils sont le fait de proches ou de familiers dont dépendent directement les citoyens vulnérables. Effet d'une étroite proximité, ils ont partie liée avec le quotidien des rapports humains de dépendance.

Ils proviennent de la famille, certes, qui reste une source permanente de conflits latents, mais aussi des établissements de santé eux-mêmes qui ne sont pas à l'abri des dérapages, de la part d'un personnel débordé, ainsi qu'en témoignent régulièrement des articles de presse.

Voilà pourquoi le Curateur public se réjouit des visites d'appréciation des CHSLD et des ressources d'hébergement que le MSSS a instaurées, et auxquelles nous participons directement dès lors que des personnes protégées y sont hébergées.

Car si le Curateur public assure la protection juridique d'aînés déclarés inaptes, il n'en a pas la garde. Aussi doit-il compter sur les proches ou sur le personnel des établissements de santé pour devenir ses yeux et ses oreilles, afin de prévenir la maltraitance ou de lui signaler les abus constatés.

4.2 Le traitement des signalements

Le Curateur public, en effet, a le pouvoir d'intervenir, un peu comme le fait la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) auprès des mineurs. Il reçoit les signalements, établit les faits, puis cherche à rétablir la sécurité de la victime en appliquant la solution appropriée.

Selon les statistiques de nos services, 55,4 % des signalements traités en 2006-2007 concernaient des aînés. Ils provenaient essentiellement de la famille (50,7 %) et du réseau de la santé (24,1 %).

Ces 270 signalements se rapportaient majoritairement (60 %) à des personnes *sans* régime de protection, pour lesquelles la marge de manœuvre du Curateur public est forcément réduite; et, en second lieu (23,7 %), à des personnes sous régime privé, dont le Curateur public peut, au besoin, faire destituer le représentant. Il s'agissait avant tout d'abus financiers (31,2 %), puis d'abus physiques ou psychologiques (16,5 %).

Les pouvoirs du Curateur public en cette matière se limitent aux personnes incapables, qu'elles soient ou non sous régime de protection au moment du signalement. Aussi, le traitement des signalements décrits ci-dessus a donné lieu, dans 28,8 % des cas, à un suivi ou à une prise en charge par le réseau de la santé et, dans 15,5 % des cas, à l'ouverture d'un régime de protection.

Son absence des lieux d'habitation et les limites de son champ de compétence ont conduit le Curateur public à travailler en collaboration avec d'autres milieux à la prévention et à la réparation des abus envers les aînés protégés. C'est ainsi, par exemple, que nous participons aux travaux du CLSC René-Cassin sur cette question et au réseau Internet francophone *Vieillir en liberté*.

Selon une étude du juriste et sociologue Louis Plamondon, de l'Université de Montréal, 80 % des abus envers les personnes âgées ne seraient jamais signalés. Le faible volume des signalements que nous recevons, comparé au taux de prévalence des abus que révèlent certains sondages, témoigne à la fois d'une méconnaissance du public quant aux recours possibles et d'obstacles sérieux à la dénonciation.

Une autre étude, qui recensait les abus envers les personnes âgées relevant des centres sociaux du Montréal métropolitain, démontre que la famille est principalement (79 %) à l'origine des mauvais traitements. De tous les cas qui lui sont imputables, 34 % mettent en cause l'un des enfants et 23 %, le conjoint.

Or, un sondage réalisé par la firme Ékos en mai 2002 met en évidence la réticence des citoyens à dénoncer les situations d'abus qui impliquent un proche. Outre que, pour 94 % des répondants, l'abus financier n'est pas un motif suffisant pour justifier une dénonciation ni même une action quelconque, 9 % d'entre eux ne feraient rien. Cette réaction, qui contraste avec la très grande sensibilité de l'opinion publique quand des cas de maltraitance dans les établissements de santé font la une des journaux, représente une première difficulté, tenace, dont la solution ne va pas de soi.

Il en est une autre qui touche, cette fois, les milieux professionnels. Le Curateur public souhaiterait mettre à profit les observations de ceux qui sont en contact avec les aînés protégés et leurs proches : le réseau de la santé et des services sociaux, qui est omniprésent; les notaires ou les avocats, qui travaillent à l'ouverture des régimes de protection; les établissements financiers, qui abritent les avoirs personnels. Or, des contraintes bloquent cette importante source d'information, en particulier le secret professionnel.

4.3 Le secret professionnel

Au Québec, dans l'état actuel du droit, les milieux professionnels ne peuvent porter à la connaissance du Curateur public les situations d'exploitation que certains de leurs clients pourraient subir, sans obtenir leur consentement au préalable.

Une exception a été introduite en 2001 pour autoriser la communication d'un renseignement nominatif lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes. Cette exception n'a pas d'équivalent pour les abus financiers.

Dans son rapport sur l'exploitation des personnes âgées (2001), la CDPDJ rangeait le secret professionnel parmi les obstacles à la répression des abus. Et elle citait l'exemple d'autres provinces canadiennes (Alberta, Manitoba, Ontario, Terre-Neuve) où la loi permet la suspension du secret professionnel pour signaler un cas d'exploitation, le signalement étant même, dans certains cas, rendu obligatoire. À l'étranger, un rapport sénatorial français relatif à la maltraitance des personnes handicapées conclut aussi à la nécessité de réformer les règles du secret médical en ce sens.

Très souvent, des allégations d'abus financiers surviennent pendant la phase d'ouverture d'un régime de protection, dont le processus peut durer plusieurs mois. Pour intervenir rapidement avant le prononcé de la décision, le Curateur public peut agir comme administrateur provisoire, mais il doit en faire la demande au tribunal et donc présenter des preuves à l'appui de sa requête. C'est alors qu'il a besoin des institutions financières pour documenter la situation sans que celles-ci ne se retranchent derrière le secret professionnel.

4^e recommandation

Qu'on associe les milieux professionnels aux efforts pour mettre fin à l'exploitation des personnes vulnérables, notamment en examinant la possibilité d'étendre aux situations d'abus envers elles les exceptions au secret professionnel.

4.4 Appel à la concertation

De nombreux organismes publics oeuvrent à la défense des citoyens vulnérables contre la maltraitance : le Protecteur du citoyen, la CDPDJ, la DPJ, les centres de santé et de services sociaux (CSSS), les comités d'usagers et les corps policiers. Le Curateur public a entrepris la signature d'ententes avec plusieurs d'entre eux afin de coordonner les efforts.

Mais la concertation et le travail en commun restent à parfaire. Aussi y a-t-il lieu d'inviter le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les autres milieux professionnels concernés à se concerter pour opposer à la maltraitance envers les aînés une action cohérente et coordonnée.

Cette mobilisation confortera le simple citoyen, dont c'est le devoir de signaler aux autorités compétentes les situations d'abus dont il a été témoin.

CONCLUSION

La mission propre au Curateur public, rappelons-le, est la protection des droits des personnes inaptes : directement, quand celles-ci sont sous régime public; et indirectement, au moyen des contrôles prévus par la loi, quand elles sont sous régime privé.

Mais cela implique aussi la participation, avec les milieux intéressés, à toute forme de réflexion ou de débat sur les problématiques sociales associées au respect de ces droits.

C'est en ce sens que je vous ai fait part de nos préoccupations quant au sort des aînés inaptes. Ces préoccupations touchent principalement à l'hébergement sous toutes ses formes, pour autant qu'il implique l'accès aux soins et aux services appropriés.

Si le maintien à domicile ou, à tout le moins, l'insertion dans la communauté demeurent l'idéal tant qu'ils sont possibles, c'est à la condition qu'on transfère dans cette direction les ressources requises, aussi bien pour les services de santé de proximité que pour le soutien aux proches aidants.

Il n'en reste pas moins que la plupart des aînés protégés, aux prises avec des incapacités multiples, seront toujours dépendants des établissements publics pour leur survie au jour le jour, davantage encore dans leurs dernières années.

Je représente plusieurs milliers d'aînés inaptes. En leur nom et au nom de tous les autres aînés inaptes du Québec, j'en appelle à notre responsabilité individuelle et collective pour qu'ils puissent vivre et soient traités dignement, et pour que la sauvegarde de leur autonomie soit assurée, dans le plus strict respect de leurs droits.

RAPPEL DES RECOMMANDATIONS

1. Que la certification obligatoire soit étendue à toutes les résidences privées qui accueillent une clientèle vulnérable, et non plus limitée aux résidences privées pour personnes âgées.
2. Que le transfert ou le maintien d'aînés vulnérables dans un centre d'hébergement privé ou à leur propre domicile se fasse, s'il doit se faire, sans baisse de services ni hausse de frais pour ces services, comparativement à ce qui est offert dans un centre d'hébergement public.
3. Que la primauté accordée au maintien à domicile soit traduite en priorités budgétaires et que les proches aidants soient soutenus adéquatement.
4. Qu'on associe les milieux professionnels aux efforts pour mettre fin à l'exploitation des personnes vulnérables, notamment en examinant la possibilité d'étendre aux situations d'abus envers elles les exceptions au secret professionnel.
5. Que, dans les orientations qui découleront de cette consultation sur les conditions de vie des aînés, on tienne compte des besoins particuliers des aînés inaptes ou protégés en matière de soins de santé et de services sociaux.