



MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
LA COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE
ET DES DROITS DE LA JEUNESSE

PAR
LE CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC

OBJET : Consultation publique sur l'exploitation des personnes âgées

Le 10 mars 2000

PRÉAMBULE

Le Curateur public du Québec remercie vivement la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec qui lui fournit cette occasion de participer avec d'autres à une action concertée pour tenter d'enrayer cette tare sociale que sont les abus envers les aînés.

Aux motifs communs qu'ont tous les participants de répondre à l'aimable invitation de la Commission, le Curateur public souhaite en ajouter quelques autres qui lui sont propres et qui éclairent son propos.

1. Le segment le plus vulnérable

D'abord, au sein de la population qui, en raison de l'âge ou de tout autre facteur, est exposée à diverses formes d'abus, le Curateur public a pour mission de protéger le segment le plus vulnérable, soit les personnes dont les incapacités sont telles qu'elles entament en tout ou en partie leur autonomie et les rendent tributaires d'un tiers, temporairement ou en permanence, pour leur protection, leur entretien ou l'exercice de leurs droits civils.

Si l'on part du principe que le risque de subir des abus croît avec le niveau de dépendance, on comprendra la préoccupation particulière du Curateur public à l'égard des situations qui font l'objet de cette consultation.

2. Travail en réseau et complémentarités

En outre, le Curateur public, à qui on a pu reprocher dans le passé son isolement, a entrepris de développer sur les questions de sa compétence tous genres de collaboration utiles aux citoyens qu'il représente, conscient lui aussi, comme la Commission, que sur les problématiques sociales compliquées chacun ne peut tout faire à lui seul et qu'il y a lieu, sans renoncer à ses prérogatives, de travailler en réseau et d'y faire jouer les complémentarités.

Déjà, s'agissant du sujet qui nous réunit, nous participons avec deux CLSC à des comités de consultation sur les abus faits aux aînés. Ce n'est là qu'un exemple parmi d'autres, au moyen duquel le Curateur public tient à redire ici sa volonté de nouer des liens de travail féconds avec les organismes qui, dans des créneaux voisins, assument comme lui une mission de service public ainsi qu'avec les groupes de la société civile dont les buts ou les publics cibles croisent les siens.

3. Personne n'est indemne

Ces impératifs nous amènent à nous présenter devant vous tel que nous sommes, à un tournant de notre histoire, en jouant à ce sujet cartes sur table. Personne n'ignore, en effet, que des rapports officiels sur le Curateur public ont révélé il y a deux ans des défaillances graves dans l'accomplissement de sa mission, si bien que sur l'objet même de cette consultation notre vigilance a été dans le passé prise en défaut. Des négligences ou des abus commis à l'endroit de citoyens âgés placés sous un régime de protection, nos propres services ne sont donc pas indemnes. Sans doute, tant que les abus persistent, aucune de nos organisations ne l'est-elle tout à fait.

Nous nous employons, depuis lors, à un immense effort de redressement et nous invoquons le renouvellement en cours de nos pratiques de protection sociale, avec les difficultés qui fatalement apparaissent, comme un motif de plus pour envisager l'au-delà de nos compétences respectives et présenter à cette fin notre témoignage.

4. Des données empiriques

Nous aurions souhaité, enfin, accompagner ce témoignage de données statistiques complètes sur les citoyens déclarés inaptes, leurs caractéristiques et les abus ou négligences auxquels ils sont exposés. Mais, là encore, il nous faudra attendre les résultats de travaux qui commencent à peine et qui nous permettront, à terme, de présenter des tendances, des évaluations et des profils rigoureusement chiffrés. À défaut de cette connaissance méthodique, nous appuyons nos propos sur la connaissance empirique que nous fournissent notamment la gestion et la surveillance des régimes de protection, le traitement des plaintes ainsi que les enquêtes consécutives à des signalements.

1. LE CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC ET LES CITOYENS PROTÉGÉS

Pour comprendre à la fois notre rôle et ses limites, ainsi que les situations qui, dans ce cadre, sont portées à notre connaissance, permettez-nous de rappeler d'abord, brièvement, la mission du Curateur public et la place des personnes âgées parmi les citoyens protégés.

1.1. La mission

Le Curateur public du Québec a une double mission : la protection et la représentation des citoyens déclarés inaptes; l'administration provisoire des biens non réclamés et leur remise éventuelle aux ayants droit ou au Trésor public.

La mission première du Curateur public, la seule qui soit en cause ici, est de veiller à protéger, dans ses droits et dans ses biens, le citoyen déclaré inapte en vertu de la loi, par des mesures adaptées à son état et à sa situation. Le Curateur public s'en acquitte de trois façons : soit en agissant lui-même comme représentant de ce citoyen, dans le cas du régime public; soit en informant et en surveillant son représentant, dans le cas d'un régime privé; soit en enquêtant sur la conduite de son mandataire, dans le cas d'un mandat en cas d'incapacité.

Les incapacités associées à l'incapacité étant elles-mêmes variables, le législateur a modulé ces modes de protection suivant la condition de chacun, de manière à préserver toute l'autonomie dont il peut encore jouir, ce qui suppose une gamme complexe de services aux citoyens protégés à qui le tribunal adjoint, selon le cas : un conseiller au majeur; un tuteur aux biens, à la personne ou à la personne et aux biens; ou encore un curateur.

Si les citoyens déclarés inaptes sont parmi les plus vulnérables de la société, ils demeurent néanmoins des citoyens à part entière (compte tenu des quelques restrictions associées à la curatelle) et conservent la pleine jouissance de leurs droits civils dont seul l'exercice est délégué à autrui, dans l'intérêt de ces citoyens et dans la stricte mesure de leurs incapacités.

1.2 La notion d'incapacité

L'incapacité est la conséquence, régie par la loi, d'une condition qui rend un citoyen incapable de prendre soin de lui-même ou d'administrer ses biens de sorte que, pour sa propre protection, il est soumis à un régime de dépendance légale envers un tiers qui décide à la fois pour lui et avec lui.

Elle a donc une double articulation :

- Elle s'appuie sur des évaluations médicale et psychosociale, en provenance du réseau de la santé et des services sociaux.

Compte tenu qu'elle renvoie souvent à un diagnostic multiple, les principales causes que révèlent ces évaluations sont la déficience intellectuelle, les maladies dégénératives associées à la vieillesse, les troubles mentaux graves et persistants, de même que les pathologies cérébrales et les traumatismes crâniens avec séquelles graves.

- Elle résulte en outre d'un jugement du tribunal sur le besoin de protection sociale.

À incapacités égales, en effet, tous ne sont pas placés sous régime de protection. À l'état de santé caractérisé par une importante perte d'autonomie s'ajoute un autre facteur, d'ordre social, qui est malheureusement peu documenté et qui tient à l'absence de réponse adéquate ou de prise en charge directe, quand c'est possible, par l'entourage ou le milieu immédiat. Il y a une rupture du lien social, due à diverses circonstances comme le décès d'un conjoint, l'éloignement des parents, les conflits familiaux ou simplement la pauvreté. Quel que soit le régime, la décision finale appartient au tribunal.

Nous sommes donc en présence d'une double vulnérabilité, qui combine la dépendance due à des incapacités à une forme ou l'autre d'isolement social.

Or, la dépendance envers autrui et l'isolement social sont précisément les deux facteurs de risque qui, suivant les expériences et les études de toutes parts, figurent à la base des abus, négligences ou exploitations recensées. Nous devons en conclure que les citoyens placés sous régime de protection sociale sont par définition les plus exposés aux abus : ils forment une population entièrement «à risque».

1.3 La place des personnes âgées parmi les citoyens protégés

Les citoyens âgés (plus de 65 ans) représentent une part importante de cette population à risque et, consécutivement à l'allongement de l'espérance de vie et au vieillissement démographique, leur nombre est en progression constante.

Si l'on exclut les moins de 18 ans, dont la dépendance légale n'est pas due à des incapacités mais à leur minorité et qui sont pour la plupart représentés par leurs parents, les aînés forment actuellement plus de la moitié des citoyens protégés.

Au 31 décembre 1999, les registres du Curateur public dénombraient **28 986** majeurs protégés : **12 170** sous régime public, **7 512** sous régime privé et **9 304** sous mandat.

Parmi eux, la proportion de personnes âgées varie considérablement selon le mode de protection. Elle atteint **40,1 %** des citoyens sous régime public, où le grand nombre de personnes inaptes en raison d'une affection indépendante de l'âge fait baisser la moyenne; mais elle s'élève à **53,4 %** des citoyens sous régime privé et à un très fort **93,4 %** des citoyens sous mandat.

Voilà pour la distribution statistique des personnes âgées parmi les adultes dépendants. Qu'en est-il de leur condition?

1.3.1 Les incapacités

Avec l'extension de l'âge avancé, l'accroissement numérique des aînés se double d'un changement dans le tableau épidémiologique du vieillissement. À la perte d'autonomie physique de la première vieillesse se substituent peu à peu les déficiences cognitives du grand âge; les maladies chroniques et dégénératives remplacent progressivement les maladies aiguës comme cause principale du décès.

Les démences séniles croissent, en effet, de façon très sensible après 75 ans. Environ 8,5 % des personnes âgées présentent des symptômes de démence. La démence de type Alzheimer touche à elle seule 5,1 % des 65 ans ou plus et 25 % des 85 ans ou plus¹. Or, les plus de 85 ans seront 50 % plus nombreux en 2006 et on prévoit que d'ici trente ans, les diagnostics d'Alzheimer auront triplé : trois aînés sur treize seront atteints.

Près de 46 % des citoyens représentés ayant déjà plus de 75 ans, cela signifie pour le Curateur public une hausse prévisible des aînés en besoin de protection sociale et une complication des problématiques, les maladies dégénératives du grand âge devenant éventuellement la première source d'incapacité.

1.3.2 La dépendance

Aussi impressionnantes soient-elles, ces prévisions n'indiquent en rien que l'âge en soi prédispose aux abus. Pour le Curateur public, tous les adultes dépendants en raison d'incapacités graves sont également exposés, du fait même de leur dépendance, à subir les abus, les négligences ou l'exploitation de leur entourage. Les personnes âgées, dans ce lot, ne sont guère différentes.

Selon les statistiques du Conseil des aînés, 70 % des personnes âgées sont bien portantes et autonomes². Ce n'est donc pas l'âge qui les rend vulnérables, mais bien les incapacités dont la prévalence augmente avec l'âge. La variable déterminante demeure les incapacités. Et, dès lors, que ces incapacités apparaissent tardivement ou beaucoup plus tôt, la dépendance, l'isolement et le risque d'abus qui en résultent ne changent pas de nature.

Certes, on peut établir entre les groupes des distinctions. L'exploitation financière, par exemple, touche davantage les personnes âgées, pour la simple raison qu'elles ont pu, au cours de leur vie active, amasser un certain patrimoine ou encore hériter de leur conjoint (un peu moins des trois quarts des 80 ans ou plus sous régime de protection sont des femmes, pour la plupart veuves); tandis que les personnes affectées d'une déficience intellectuelle ou de troubles mentaux graves ont généralement peu ou pas fréquenté le marché du travail.

Mais cette différence n'est pas plus significative qu'entre les aînés protégés les plus pauvres et les plus aisés : 82 % des citoyens que nous représentons ont un revenu annuel inférieur à 10 000 \$, ce qui ne les met d'ailleurs pas à l'abri des fraudes; les autres (18 %) ont un patrimoine moyen de 79 500 \$. À l'inverse, les similitudes de situations sont nombreuses : l'abus des contentions, par exemple, affecte les groupes qui vivent en établissement, les personnes âgées en centre hospitalier tout autant que les patients psychiatriques en cure fermée.

Cette observation n'est pas sans conséquence pour l'action que la Commission veut entreprendre. N'y a-t-il pas lieu, en effet, délaissant l'approche par «clientèles» qui est implicitement proposée, d'élargir la perspective de manière à englober l'ensemble des adultes socialement dépendants, qui vivent les mêmes situations, pour comprendre, prévenir et réprimer les abus?

C'est, quant à nous, cette approche que nous adoptons, car elle nous paraît porteuse de considérations et de solutions nouvelles en faisant éclater les frontières des institutions, des clientèles, des groupes de pression et des diagnostics, au profit d'un recentrage sur les citoyens vulnérables et sur les situations communes qu'ils sont amenés à subir.

2. LES ABUS ENVERS LES CITOYENS SOUS RÉGIME DE PROTECTION

Quels sont, dans cet esprit, les abus ou négligences que subissent les citoyens que nous avons la mission de protéger, ou telle catégorie d'entre eux, selon les constatations que rapportent nos services?

2.1 L'ampleur du phénomène

D'emblée, il faut bien l'avouer : pas plus que l'ensemble de nos organisations aux prises avec le problème dans l'urgence et le quotidien, le Curateur public n'est en mesure de présenter à cet égard des évaluations précises qui en mesureraient l'étendue et l'évolution.

Si nous appliquons le taux minimal de 4 % que propose votre texte de réflexion pour tenter d'en cerner l'ampleur dans une population donnée, nous obtenons un total de **486** personnes sous régime public (4 % de 12 170); de **300** personnes sous régime privé (4 % de 7 512); et de **372** personnes sous mandat (4 % de 9 304). Plus d'un millier de citoyens vulnérables de tous âges, victimes d'abus répétés, c'est déjà beaucoup plus que les cas documentés, qu'ils nous parviennent par le truchement de nos visites périodiques aux citoyens représentés, du service des plaintes ou de signalements en bonne et due forme.

Si l'on en croit par ailleurs d'autres chercheurs qui n'hésitent pas à multiplier par trois ou davantage le taux de prévalence pour les groupes à risque, nous arrivons à un total qui

nous amène à croire, en effet, que la très grande majorité des situations demeurent ignorées.

Il y a cependant des signes que cette nébuleuse existe et, quoi qu'il en soit des estimations, notre expérience nous enseigne que le mieux, pour s'en faire une idée, est de se rapporter aux situations observées les plus courantes où les abus prennent forme et prolifèrent.

2.2 Les besoins essentiels

Car les abus ou négligences n'arrivent jamais seuls. Ils font partie de situations complexes dont le scénario varie suivant le décor et l'entourage. Pour identifier les abus envers les aînés, les milieux spécialisés recourent volontiers à des typologies comme celle-ci : abus physiques, psychologiques, matériels ou sociaux, et violation des droits.

Tous ces types d'abus nous sont familiers. S'agissant de citoyens sous régime de protection, il est plus éclairant, toutefois, de classer les abus suivant l'atteinte aux besoins essentiels, car c'est en cela même que ces citoyens dépendent étroitement d'autrui. Or, à la lumière des plaintes et des signalements que nous traitons, des situations d'abus ou de négligence s'attachent à chacune des composantes qui assurent la protection de la personne et de ses droits.

- **L'alimentation**

Des proches abusifs qui cohabitent avec une personne âgée lésinent notamment sur la nourriture. Des foyers privés bas de gamme servent des aliments de qualité douteuse et les patients y sont souvent sous-alimentés. Dans les établissements publics, c'est la durée des repas et la disponibilité du personnel qui sont en cause, les patients ayant souvent besoin de temps ou d'aide pour manger correctement en dépit de leurs incapacités. Les préposés ramassent donc des plateaux qui ont été à peine touchés.

- **L'hygiène**

En milieu hospitalier de longue durée, les contraintes actuelles ont notamment pour effet de limiter les usagers à un seul bain par semaine ou de leur imposer indûment des culottes d'incontinence (communément appelées «couches») parce qu'on n'a plus le temps de les conduire aux toilettes. Ailleurs, dans des foyers clandestins, les lieux sont insalubres ou les lits sont rarement changés.

- **Le logement**

Les listes d'attente dans le réseau public et le déversement des usagers vers les résidences privées sans permis, qui prolifèrent, créent pour les personnes âgées en perte d'autonomie un sérieux problème d'accès à l'hébergement. Dans certains foyers, les pensionnaires sont soumis à des exigences qui s'apparentent à des brimades :

paiement à la pièce du moindre service, petits travaux d'entretien à effectuer (ménage, vaisselle, pelletage, etc.), couvre-feux hâtifs, délestage d'objets personnels.

On signale aussi un peu partout des problèmes de promiscuité : par exemple, des patients incompatibles sont réunis dans la même chambre; ou l'intimité du patient n'est pas respectée, comme dans le cas de cette dame âgée qui a des périodes de confusion et dont le placard, parce qu'il est situé près de l'entrée, est utilisé par les employés pour déposer leurs manteaux, ce qui occasionne des allées et venues dans sa chambre au début et à la fin de chaque quart de travail.

- **La sécurité**

En établissement, les personnes en perte d'autonomie mentale sont les plus vulnérables, leur sort s'apparentant à certains égards à celui des patients psychiatriques. Selon une évaluation récente³, les professionnels de la santé seraient nombreux à avoir été témoins d'abus psychologiques (81 %) et physiques (36 %) à leur endroit. La prépondérance des cas lourds, la surcharge de travail et l'exaspération, alliées souvent à une formation inadéquate aux comportements de démente, font que la dureté verbale est répandue et que les patients, plus souvent qu'on ne pense, sont même rudoyés. La tolérance aux comportements hors normes diminue et la réponse du personnel cesse peu à peu de se faire thérapeutique pour devenir impulsive.

- **Les soins médicaux**

Dans certains établissements privés sans permis, la médication n'est pas contrôlée. Dans l'ensemble du réseau, on néglige souvent d'obtenir le consentement du patient ou de son représentant à certains soins. Par ailleurs, la contention dite «préventive» est maintenant généralisée, plus par commodité de gestion que par réponse réfléchie à la condition du patient. Dans les hôpitaux psychiatriques, on trouve encore des personnes ayant une déficience intellectuelle, donc mal orientées; quant aux malades mentaux, on y reconduit facilement des ordonnances de garde (cure fermée) sans réexamen approfondi.

- **Les biens**

Des représentants privés ou des mandataires omettent fréquemment de payer l'hébergement. Par exemple, un tuteur privé aux biens de sa mère ne paie pas l'établissement psychiatrique où celle-ci est hébergée, détournant l'argent pour acquitter plutôt son propre loyer, sous prétexte qu'il est en chômage et a besoin de cette somme.

En établissement, la gestion des menues dépenses sert parfois au contrôle des comportements : les bénéficiaires de l'aide sociale ayant droit à 151 \$ par mois à cette fin, certaines directions en soumettent le versement à des exigences de «bonne» conduite. En milieu familial, des proches tendent à s'appropriier l'argent ou les biens de la personne âgée et les détournent à un autre usage que son bien-être personnel.

Les négligences ou abus relatifs aux besoins essentiels, comme on peut le constater, prennent une importance et des formes différentes selon le milieu où vivent les personnes inaptes. Aussi souhaitons-nous attirer votre attention sur certaines situations préoccupantes qui s'attachent à chacun des modes d'hébergement.

2.3 Les établissements publics

La très grande majorité des personnes âgées sous régime de protection vivent en établissement, public ou privé. Dans le réseau public, c'est là sa fonction, tout est en principe conçu pour offrir aux patients les soins requis par leur état. Et c'est précisément dans l'organisation des soins que certaines pratiques confinent à l'abus, à la négligence ou au déni de droits. Nous en retenons deux qui touchent particulièrement les citoyens sous notre protection : la contention physique et l'absence de consentement aux soins.

2.3.1 La contention physique

De plusieurs sources on a déploré, ces dernières années, l'usage généralisé de contentions physiques ou chimiques dans les établissements de santé : en milieu psychiatrique, cette pratique vise officiellement la maîtrise des comportements agités ou agressifs et elle s'applique que le patient soit atteint de déficience intellectuelle ou de troubles mentaux. Dans les centres de soins pour personnes âgées, elle vise la sécurité du patient, dont on souhaite ainsi prévenir les chutes et les fractures. Un rapport de décembre 1998 sur la mission du Curateur public sonnait déjà l'alarme à ce sujet :

« L'atteinte aux droits, à la dignité, à l'intégrité et à la liberté des personnes inaptes revêt une acuité particulière avec le phénomène de la contention physique (...) »

Qualifiée par certains intervenants rencontrés (dont différents experts médicaux) de véritable « fléau dans les institutions », la contention constitue en fait chez nous, à la différence d'autres sociétés, davantage une pratique courante qu'une mesure d'exception. Une étude menée auprès de 29 CHSLD de la région de Québec a en effet démontré qu'en 1996, 33 % des résidents ont fait l'objet d'au moins une contention par jour, d'une durée moyenne de 11,5 heures. À titre comparatif, ce taux se situe plutôt autour de 4 % dans des pays comme la Grande-Bretagne, le Danemark et la Suède, et le nombre de chutes ou de fractures y demeure moins élevé qu'ici. »⁴

Lors d'un colloque tenu récemment sur la question⁵, l'usage abusif de la contention a été attribué moins à un manque de personnel qu'à des habitudes professionnelles. Quand le personnel soignant prend le temps de réfléchir en équipe pour trouver d'autres solutions, il n'a généralement pas besoin de contention. Il s'agit alors d'une tout autre philosophie qui consiste à gérer le risque. De colloques en congrès, d'ailleurs, les milieux de la santé ont peu à peu pris conscience de l'abus. Et depuis le 1^{er} avril 1998, une modification législative⁶ limite et encadre le recours à cette mesure. Il n'est pas évident,

toutefois, que cette disposition nouvelle soit appliquée rigoureusement. Il serait souhaitable de vérifier régulièrement si la pratique recule.

Le Curateur public, pour sa part, a fait connaître l'an dernier aux établissements de santé ses orientations quant à l'usage de la contention ou de l'isolement à l'endroit des citoyens qu'il représente. La directive rappelle notamment que, si le patient n'est pas lui-même en mesure de décider, le consentement exprès du Curateur public est requis comme pour tout autre soin; la demande doit lui être acheminée par écrit, avec toute l'information nécessaire, notamment la justification et la description de la mesure, le contexte d'application, la durée, la révision périodique et l'approbation écrite d'un professionnel habilité.

2.3.2 L'absence de consentement aux soins

Cette orientation nous amène au problème du consentement aux soins, la contention étant théoriquement considérée comme un soin. Sauf en cas d'urgence et dans quelques autres occasions prévues par la loi, le patient doit pouvoir donner un «consentement libre et éclairé» aux soins qu'on lui propose; à défaut, son représentant est en droit de donner un consentement substitué.

Or, l'incapacité d'une personne, suivant la loi, n'entraîne pas son incapacité à consentir. Le rapport déjà cité sur la mission du Curateur public précisait à cet égard :

« En dépit de sa reconnaissance formelle, le droit d'une personne de consentir à des soins, en tant que corollaire de son droit à l'intégrité et à l'inviolabilité, se heurte en pratique à différents obstacles institutionnels (...) »⁷

En clair, la capacité du patient à consentir est peu vérifiée et son consentement guère recherché. Plus encore, le consentement substitué du Curateur public n'est trop souvent ni demandé ni inscrit au dossier du patient. Les citoyens affectés de troubles mentaux sont particulièrement vulnérables à cet égard, leurs droits étant implicitement niés ou ignorés : un refus de traitement sera invariablement imputé à leur état mental.

Le Curateur public a dû lui-même réviser en profondeur ses procédures afin d'obtenir des établissements l'information suffisante pour décider au nom d'autrui en toute connaissance de cause; et il s'apprête à faire connaître ses exigences à cet égard de la même manière que pour la contention. Le Curateur public a tout de même répondu à 4000 demandes de consentement en 1999, ce qui représente une hausse de 35 % sur l'année précédente. Mais pour accélérer et vérifier la transformation des pratiques, l'équipe responsable de nos visites en établissement repère et souligne les manquements, puis propose des correctifs dont nos directions territoriales vérifient ensuite la mise en œuvre.

2.4 Les établissements privés

Des études⁸ indiquent que plus de 60 % des places d'hébergement au Québec proviennent maintenant du secteur privé. Quant aux effets spécifiques de cette tendance pour notre propos, deux problèmes se posent : l'expansion des foyers sans permis et la tolérance des foyers indésirables qui sont des incubateurs d'abus.

2.4.1 Les foyers sans permis

Pour recevoir des hôtes en perte d'autonomie, les foyers privés doivent obtenir un permis ministériel : ils sont alors tenus de respecter certaines normes et font l'objet d'un contrôle officiel.

Une recherche⁹ réalisée à Sherbrooke confirme par des statistiques ce que tout le monde savait : 40 % des personnes âgées en perte d'autonomie hébergées dans des foyers privés sans permis souffrent de déficits cognitifs graves. Cette proportion atteint 52 % dans les foyers qui reçoivent moins de 10 personnes, là où les ressources sont pourtant le plus limitées. Et 28 % des foyers n'offrent pas à leurs pensionnaires la qualité de soins requis par leur état, en particulier ceux qui accueillent moins de 40 résidents, où se retrouvaient 20 % des personnes âgées.

Cette situation est largement connue et documentée, de toutes parts elle est dénoncée, et pourtant elle persiste. Dans ses responsabilités de consentement aux soins, le Curateur public doit approuver le lieu d'hébergement. Nos travailleurs sociaux dirigent ailleurs les personnes représentées en perte grave d'autonomie, ils procèdent au besoin à des transferts de patients vers d'autres établissements. Pour le reste, faute de choix, beaucoup de personnes inaptes sont hébergées dans ce réseau. Que faire? Voilà, nous semble-t-il, un problème social d'envergure qui déborde les frontières de nos compétences respectives et pour lequel un effort concerté s'impose.

2.4.2 Les foyers indésirables

Le second problème, qui alimente régulièrement les faits divers, concerne cette frange du réseau privé qui paraît échapper à tout contrôle, souvent à peine mieux que la rue, où trouvent refuge les plus démunis et les plus marginaux. Ils sont la source d'abus multiples que nous apprenons le plus souvent par des signalements, en provenance d'un pensionnaire ou de groupes communautaires voisins. Par exemple :

- Un foyer héberge huit personnes âgées, dont sept sont sous régime de protection. Les usagers sont mal nourris et deux d'entre eux n'ont pas de literie. Le propriétaire s'emploie, en outre, à les isoler : il n'y a pas de suivi avec le CLSC ni de contrôle de la médication, non plus que d'activité récréative (de promenade, par exemple) ou de visiteur externe.
- Un autre foyer accueille une douzaine de personnes âgées sous régime de protection. Les usagers sont obligés de prendre chambre et pension et le

propriétaire leur impose divers travaux ménagers. Le repas du midi se limite souvent à une soupe et une tranche de pain beurrée; il n'y a pas de collation. Les lieux sont insalubres. Les lits sont changés une fois par mois. La pharmacie est mal gérée, on y conserve des médicaments périmés ou appartenant à d'ex-pensionnaires.

- Dans un foyer qui reçoit une vingtaine de personnes âgées, le propriétaire interdit toute sortie après 19 heures, limite arbitrairement les visiteurs et tarifie tous les services.

2.5 Le milieu familial

En milieu familial, parmi les «aidants naturels» qui ont la garde d'une personne inapte ou la représentent, la tentation dominante est l'abus financier. Celui-ci en attire généralement d'autres, notamment des négligences graves dans les soins de base.

Habilités à gérer les revenus et les biens d'un proche inapte, le fils, la nièce, le gendre tendent à s'approprier le patrimoine : ils s'en servent comme d'un héritage à toucher immédiatement ou à protéger pour plus tard; ils limitent les dépenses destinées aux besoins essentiels de leur protégé ou détournent franchement les fonds à leur profit. Par exemple :

- Une personne de 89 ans est exploitée financièrement par sa nièce et le mari de sa nièce. Tout son chèque de prestations va au couple qui l'héberge. Mal nourrie, elle couche sur un matelas et des coussins empilés, posés à terre dans une chambre à débarras, et elle est laissée régulièrement dans ses urines. Le CLSC, qui lui procurait un bain par semaine, a demandé son transfert en établissement ainsi qu'un régime de protection.
- Un homme qui héberge sa mère âgée obtient d'elle, sous ce motif, qu'elle lui cède sa maison de son vivant puis, la transaction faite, place aussitôt sa mère en hébergement de longue durée.
- Un homme de 65 ans sous régime public, «orphelin de Duplessis», a été trouvé il y a cinq ans gisant dans sa baignoire, après avoir été battu et assailli sexuellement. L'agresseur, qui en avait la garde, est décédé depuis lors du sida. Recueilli ensuite par l'Armée du salut, l'homme habite maintenant un foyer privé décent dont le propriétaire, une connaissance, a informé les autorités de sa situation.

3. LES FACTEURS DE RISQUE ET LES PRINCIPALES DIFFICULTÉS

Les réformes en cours dans les services du Curateur public ont une seule visée : la primauté de la personne, toute décision qui concerne un citoyen protégé devant être prise, conformément au Code civil, «dans son intérêt, le respect de ses droits et la sauvegarde de son autonomie»¹⁰. Cela implique un développement réfléchi de nos

programmes pour mettre en œuvre ce que signifient concrètement la protection d'un adulte dépendant et une gestion des patrimoines ordonnée à cette fin. Le corollaire, quant au problème qui nous préoccupe, est donc sans équivoque : tolérance zéro envers tous les abus.

Ces principes se heurtent cependant à des difficultés d'application, ce qui augmente le risque que des abus nous échappent.

En premier lieu, le nombre de citoyens sous régime de protection défie toute garantie absolue. On en dénombre actuellement plus 40 000 au Québec, dont 13 000 sont sous notre responsabilité directe et avec lesquels le Curateur public, qui est lui-même une personne, doit entretenir en vertu de la loi une relation «personnelle».

Entendue dans son sens littéral, cette exigence paraîtrait vite impossible à satisfaire : notre effectif triplerait-il que nous ne serions à même ni de tout prévoir ni de tout prévenir. Aussi est-il certain que les méthodes de «protection rapprochée» ne sont pas les seules à envisager. En plus d'offrir des services «personnalisés», ce vers quoi tendent nos réformes, il faut les appuyer, en outre, sur l'effet de système où entre en jeu l'action organisée des familles, des établissements de santé, des institutions civiques et des citoyens eux-mêmes. L'initiative de la Commission s'inscrit dans cette perspective.

En second lieu, le Curateur public a une mission considérable, mais les pouvoirs que lui concèdent la loi ne sont pas sans limites.

3.1 Les facteurs de risque liés aux régimes de protection

Bien que le but final soit dans tous les cas la protection du citoyen déclaré inapte, la fonction et les pouvoirs du Curateur public ne sont pas les mêmes suivant qu'il s'agit du régime public, du régime privé ou du mandat en cas d'inaptitude.

Dans le cas du régime public, le Curateur public a pour fonction de représenter directement la personne inapte, dont il veille au bien-être physique, matériel et moral. Ce qu'il faut comprendre cependant c'est que, contrairement au régime privé, quand le Curateur public représente une personne inapte, il n'en a pas la garde : cette responsabilité revient à la famille ou à l'établissement, suivant le cas, ou encore au citoyen représenté lui-même s'il demeure seul à domicile.

Le Curateur public assume donc ses fonctions avec le handicap d'une inévitable distance. Plusieurs projets sont mis en œuvre pour resserrer les liens personnels avec les personnes représentées, notamment une meilleure connaissance de sa situation, consignée dans son dossier, ainsi que des visites régulières en établissement ou à domicile. Ils vont certes diminuer cette distance, nous l'escomptons. Mais ils ne remplaceront jamais la cohabitation pour garantir à toute épreuve la protection de citoyens représentés.

Il faut, pour accroître cette protection, incliner dans notre sens ces incontournables relais que sont les établissements ou les proches qui en ont la garde et qui, le cas

échéant, sont aussi à la source des abus. Les signalements sont relativement peu nombreux et souvent nous arrivent trop tard. Le rôle et les responsabilités du Curateur public sont peu ou mal connus. Il y a un retournement à opérer à ce niveau et c'est à cette tâche que nous destinons un deuxième cercle de réformes.

Dans le cas des régimes privés, le Curateur public a pour fonction d'informer, de soutenir et de surveiller les représentants privés, généralement de proches parents. Il exerce essentiellement un pouvoir de surveillance : il contrôle la sûreté, l'inventaire des biens et le rapport annuel que doivent présenter les tuteurs et curateurs privés. Ici la distance qui sépare le Curateur public du citoyen protégé s'est encore accrue, le premier rôle appartenant aux représentants privés.

Or, le législateur a voulu donner priorité aux mesures privées de protection, le Curateur public, dans l'esprit de la loi, jouant un rôle supplétif et intervenant par défaut. Voilà pourquoi nous menons campagne pour inciter les citoyens à assumer leurs responsabilités en représentant eux-mêmes leurs proches, s'il y a lieu, avec notre appui. Même en nous efforçant de mieux préparer et encadrer les représentants privés, ce à quoi tend déjà l'une de nos réformes, il ne s'ensuit pas moins que nous devons concilier ici notre devoir de vigilance avec un certain éloignement, ce qui laisse des intervalles où les abus peuvent se glisser.

Dans le cas du mandat en cas d'incapacité, le Curateur public n'a plus qu'un pouvoir d'enquête. Ce mandat est l'écrit par lequel un citoyen encore apte désigne quelqu'un de son choix pour prendre soin de lui-même ou de ses biens s'il devenait inapte, sur la base des volontés exprimées dans cet écrit. Ce mode de protection n'a cessé de gagner en popularité depuis son introduction dans le Code civil en 1990, si bien que les mandataires dépassent maintenant en nombre les représentants privés et tout indique que cette progression continuera à l'avenir. Le mode de protection le plus répandu est donc celui sur lequel le Curateur public exerce le moins de contrôle. Comment, dans ces conditions, protéger les citoyens contre les abus cachés? Nous allons entreprendre bientôt une étude pour tâcher de répondre à cette question.

3.2 Les facteurs de risque liés aux zones de vulnérabilité

Outre ces limites juridiques, il existe des zones grises où il arrive que des citoyens inaptes soient laissés sans protection adéquate. En voici trois :

La **première zone grise** concerne cette phase initiale où l'incapacité existe mais n'a pas encore été constatée officiellement et n'a donné lieu à aucune démarche pour ouvrir un régime de protection. La personne inapte est alors exposée à tous les abus de son entourage. De nombreux cas nous sont signalés, si bien que nous accueillons chaque année parmi nos protégés des personnes âgées exploitées financièrement, qu'on avait isolées de leur réseau social et privées de tout contact avec le CLSC.

La **deuxième zone grise** concerne la période de transition entre la demande d'ouverture d'un régime de protection et la décision du tribunal, qui peut s'étendre jusqu'à six mois : dans le passé, des décisions touchant les besoins urgents, par

exemple l'hébergement, étaient alors retardées, personne n'ayant clairement l'autorité légale requise. Depuis le 1^{er} juillet 1999, des modifications à la loi permettent désormais au Curateur public de prendre à ce stade des mesures d'urgence, le tribunal lui accordant l'administration provisoire à la personne, en attendant le jugement final sur le régime de protection (l'administration provisoire aux biens existait déjà).

Cette amélioration a permis d'éviter bien des préjudices et même de protéger de nombreuses personnes inaptes en phase initiale, qui n'avaient encore fait l'objet d'aucune démarche et dont la situation précaire nous était signalée. En 1999, sur l'île de Montréal seulement, le Curateur public a participé à 455 demandes d'ouverture d'un régime de protection. De ce nombre, 49 (10 %) ont donné lieu à une administration provisoire : à la personne et aux biens (14); ou aux biens exclusivement (35). Dans le premier cas, 10 des 14 cas personnes concernées faisaient l'objet d'abus financiers, associés à des négligences dans les soins de base; dans le second cas, 27 des 35 personnes concernées subissaient une forme ou l'autre d'exploitation financière.

Il existe enfin une **troisième zone grise** qui tient à l'obligation que nous fait la loi, quand nous représentons un citoyen déclaré inapte, de voir à la sauvegarde de son autonomie. Cette exigence fait en sorte que ce citoyen peut préférer un mode de vie que nous réprouvons, écarter un traitement que nous sommes enclins à conseiller ou demeurer à domicile avec des proches peu scrupuleux : il est en droit d'en décider contre notre avis, à moins que sa sécurité ne soit compromise.

Que faire quand une personne inapte ne veut pas quitter son milieu naturel parce qu'elle est attachée à un proche qui abuse d'elle et qu'elle préfère le domicile familial à un établissement? Jusqu'où et selon quels critères doit-on respecter le droit de chacun à décider pour lui-même? Il y a là un équilibre délicat à trouver entre la protection de la personne et le respect de son autonomie. Cela nous place parfois devant des dilemmes éthiques, surtout quand il s'agit d'interventions médicales graves ou de comportements marginaux. Voilà pourquoi, d'ailleurs, nous cherchons à mieux éclairer nos décisions en développant prochainement un nouveau cadre de réflexion éthique.

4. RECOMMANDATIONS

Compte tenu de ce rapide survol, nous vous proposons donc d'engager ensemble les actions suivantes :

1. Développer une perspective nouvelle qui englobe l'ensemble des adultes dépendants exposés aux abus du fait même de cette dépendance, quelle qu'en soit la cause : maladie dégénérative, déficience intellectuelle, troubles mentaux, pathologies cérébrales ou traumatismes crâniens, itinérance et autres à préciser.

- Ce sont les mêmes institutions qui sont interpellées : la famille, le réseau de la santé et des services sociaux, le système judiciaire, le Curateur public et autres organismes voués, comme la Commission, à la protection des droits des citoyens.
- Les comportements violents ou abusifs qui se manifestent à l'endroit des adultes dépendants procèdent souvent d'attitudes répandues qui se développent bien en amont, envers des formes volontiers méprisées de dépendance sociale : pauvreté, chômage, aide de derniers recours, marginalité. Il faut remonter à la source.
- Il y a toute une réflexion à développer sur la citoyenneté qu'on dénie aux adultes dépendants et sur le rôle civique des organisations appelées à les garder ou à les ramener dans leur pleine citoyenneté.

2. Documenter méthodiquement et régulièrement les abus envers les adultes dépendants en instituant avec les organisations concernées un mécanisme de veille, de manière à collecter, canaliser et traiter l'information et les connaissances requises pour agir en toute connaissance de cause.

- En cette matière où domine la loi du silence, nous connaissons tous mal l'ampleur et les caractéristiques du problème, seule une minorité de situations étant portée à notre connaissance. C'est la conscience de cette lacune qui a inspiré la démarche de la Commission. Mais la consultation en cours donnera une vision synchronique du phénomène; elle ne permettra pas d'en suivre l'évolution. Un système permanent d'information et de diffusion des connaissances s'impose.
- Dans son plan d'action pour les prochaines années, le Curateur public se propose de développer sa connaissance générale des personnes inaptes afin d'adapter ses services en conséquence. D'autres projets sur les problématiques associées aux abus sont sans doute en préparation ou en

voie de réalisation ailleurs, dans les missions de service public ou dans les universités. S'ils étaient canalisés, leur efficacité en serait décuplée.

3. Proposer une action concertée, à tout le moins un plan intégré d'intervention, afin de couvrir ensemble tout le champ des abus envers les adultes dépendants, dont nous ne sommes chacun responsables que par fragments. Pour accéder à cette force coalisée :

- Clarifier les responsabilités et les pouvoirs de chacun, afin qu'émergent les complémentarités.
- Analyser les zones grises, qui semblent ne relever d'aucune compétence particulière et par où des citoyens échappent au soutien auquel ils ont droit.
- Établir ou revoir les protocoles requis pour se relayer dans le règlement de situations qui font appel, simultanément ou successivement, à des compétences multiples.
- Faire appel aux administrations souvent oubliées pour contrer certaines sources d'abus. Par exemple, dans le cas des résidences privées sans permis : les municipalités, qui émettent certains permis; ou l'Inspecteur général des institutions financières, qui tient le registre des entreprises immatriculées au Québec¹¹.
- Dénoncer et poursuivre quiconque se rend responsable d'abus envers un ou des adultes dépendants.

4. Offrir aux personnels de nos organisations respectives une formation de base commune sur les abus envers les adultes dépendants, notamment sur les grilles de dépistage et les modèles d'intervention.

- Pour qu'un plan intégré d'intervention puisse donner tout l'effet attendu, il doit inclure une formation de base, de même qu'un minimum d'entente et de cohésion sur le contenu de cette formation.
- Il existe, de diverses sources, des grilles de dépistage et des modèles d'intervention. Mais ils sont dispersés, insuffisamment diffusés et sous-utilisés.
- De même, les sessions de formation sur les abus envers telle ou telle catégorie de citoyens vulnérables se sont multipliées ces dernières années : ne pourrait-on partir de ces acquis pour systématiser et généraliser la formation requise dans le plan intégré d'intervention, le cas échéant?

5. Faciliter la participation des citoyens à la répression des abus en mettant à leur disposition une procédure ou un mécanisme d'accès communs à l'information et aux recours.

- Le citoyen ordinaire, en effet, ne s'y retrouve pas aisément dans la multitude des responsabilités qui distinguent nos organisations, pourtant toutes vouées à la protection ou au bien-être des adultes dépendants, quand il n'a qu'à s'adresser à la Direction de la protection de la jeunesse pour venir en aide aux mineurs.
- Chacune de nos organisations a ses propres mécanismes d'entrée (plaintes, signalements) et de sortie (communications) de l'information : pour une action concertée, étendue idéalement à l'ensemble des adultes dépendants, il manque un niveau commun.

6. Prendre le temps de la prévention

- Devant un problème social comme celui des abus, l'objectif premier demeure la capacité, en toutes circonstances, d'agir promptement et efficacement. Mais à long terme, les causes du phénomène une fois analysées et connues, le plus sûr est de mettre en œuvre de surcroît des mesures de prévention.
- La prévention, de même que la réadaptation s'il y a lieu, peuvent s'exercer sur les incapacités elles-mêmes, y compris les pertes d'autonomie associées à l'âge : en réduisant la lourdeur et la durée des dépendances, elles diminuent du même coup les risques d'abus.
- La prévention peut aussi s'exercer sur les contextes propices aux abus, en révisant l'organisation des soins en établissement, les services de maintien à domicile et le contrôle des foyers privés.

7. Porter le message à tous les niveaux utiles

- Par delà l'action concertée que la Commission propose aux participants de cette consultation, il importe de s'adresser aux décideurs de haut niveau qui interviennent sur les mêmes questions.
- Au niveau politique, par exemple, un Comité interministériel s'emploie à préparer pour les années 2000-2004 un *Plan d'action gouvernemental sur la prise en compte des besoins des personnes âgées*. Il a notamment pour mandat de financer des projets mobilisateurs et des actions structurantes, après avoir soumis des orientations au débat public. La Commission aurait certainement avantage à porter jusqu'à ce niveau certaines des recommandations qu'elle retiendra.
- Par ailleurs, un mouvement se dessine pour rapprocher, à des fins de réflexion et d'échanges, les organismes publics dont la mission commune

est la protection du citoyen, bien qu'ils s'adressent à différentes catégories d'utilisateurs. La formule reste à trouver, mais l'idée nous semble prometteuse.

CONCLUSION

Tel est l'essentiel des observations et des propositions que nous souhaitons présenter à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse pour accompagner sa démarche, compte tenu du délai qui nous était imparti. Nous serons heureux d'ajouter toutes les explications que la Commission jugera utiles, à l'étape des audiences publiques ou à tout autre moment.

L'action concertée que la Commission envisage correspond aux orientations que le Curateur public s'est lui-même données. Nous offrons donc notre collaboration pour mettre en œuvre, avec les autres participants, des mesures communes susceptibles d'enrayer les abus envers les personnes âgées et l'ensemble des adultes dépendants.

RÉFÉRENCES

1. DESCHÊNES, Jean-Claude et Sylvie GAGNON. *La mission du Curateur public du Québec, ses fondements, sa portée, ses conditions de réussite*, communément appelé «Rapport Deschênes», Montréal, 1998, p. 13.
2. CONSEIL DES AÎNÉS, *La réalité des aînés québécois*, Québec, 1997, p. 42.
3. Rapport Deschênes, p. 63.
4. Rapport Deschênes, p.76.
5. Colloque international de l'Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec (AGIDDE - SMQ), *Isolement et contention : pour s'en sortir et s'en défaire*, tenu à Valleyfield, les 10 et 11 novembre 1999.
6. *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-même ou pour autrui*, dans «Rapport Deschênes», p. 76 et 77.
7. Rapport Deschênes, p. 68.
8. BRAVO, Gina. *Résidences sans permis ministériel : profil des résidents et qualité des soins*, dans «Autonomie et vieillissement, Actes du congrès scientifique», Sherbrooke, 1999, p.106. Voir aussi CHARPENTIER, Michèle. *L'hébergement des personnes âgées à l'aube de l'an 2000 : tendances et enjeux cliniques*, dans *ibid.*, p. 214.
9. BRAVO, Gina. *op. cit.*, dans «Rapport Deschênes», p.62.
10. *Code civil du Québec*, art. 257.
11. Rapport Deschênes, p. 63.