

Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales

CAHIERS DU LAREPPS

No 05-08

**LES RÉSIDENCES PRIVÉES À BUT LUCRATIF
POUR PERSONNES ÂGÉES : UN PORTRAIT SECTORIEL**

**Par
François Aubry**

**Sous la direction de Yves Vaillancourt et
Michèle Charpentier**

École de travail social

Université du Québec à Montréal

**© LAREPPS/UQÀM
Juillet 2005**

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Canada, 2005

ISSN 1490-8069

Avant-propos

Ce portrait des résidences privées à but lucratif pour personnes âgées s'inscrit dans le cadre du projet de recherche *Les passerelles entre l'État, le marché et l'économie sociale dans les services de logement social et d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie*. Le projet est financé par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture et est co-dirigé par Yves Vaillancourt et Michèle Charpentier, professeurs à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal (UQAM).

Rappelons les principaux objectifs de ce projet¹ :

- Dresser un portrait global des initiatives de logement social et d'hébergement accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie, en examinant particulièrement la contribution du secteur marchand (*i.e.* les résidences privées à but lucratif), du secteur de l'économie sociale (les OSBL et coopératives avec services pour personnes âgées) et du secteur public (HLM avec services) du point de vue social et économique en fonction d'un certain nombre de caractéristiques et d'éléments d'analyse² ;
- Faire une analyse approfondie de quelques initiatives particulières, tant du secteur marchand, que du secteur de l'économie sociale et du secteur public dans quatre régions du Québec. Identifier les conditions concrètes d'émergence de ces entreprises et leurs caractéristiques institutionnelles et organisationnelles ;
- Examiner les passerelles entre les trois types d'initiatives ainsi qu'avec l'ensemble des intervenants (par exemple, secteurs public et parapublic et autres), soit les points de convergence et de divergence, et la possibilité, le cas échéant, d'aménager de telles passerelles ;

¹ Vaillancourt, Yves et Michèle Charpentier (2002). « Résumé du devis du projet de recherche *Les passerelles entre l'État, le marché et l'économie sociale dans les services de logement social et d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie* », Montréal, LAREPPS.

² Un premier portrait sectoriel, celui de l'habitation dans le secteur de l'économie sociale, a été dressé en 2003 (Ducharme, Marie-Noëlle (2004). *Le tiers secteur de l'économie sociale dans le domaine des habitations destinées aux personnes âgées du Québec*, Montréal, Cahier du LAREPPS, n° 04-05.

- Discuter du rôle régulateur de l'État et émettre des recommandations en termes de pratiques et de politiques sociales concernant le logement et l'hébergement des personnes âgées.

Les différents types de ressources de logement et d'hébergement pour personnes âgées, ainsi que leurs modes de régulation, ont connu des transformations majeures au cours des vingt dernières années au Québec. Plusieurs réformes de l'organisation des services de santé et des services sociaux – désinstitutionnalisation, privatisation, virage ambulatoire, virage milieu – ont eu un impact majeur sur le sort que notre société réserve à ses aînés. Le présent document s'intéresse plus particulièrement au secteur des résidences privées à but lucratif **avec services**³ mais non titulaires de permis du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ces résidences privées ont connu au cours des dernières années un développement rapide, de sorte qu'elles représentent aujourd'hui, après le domicile familial, de loin, la principale ressource d'habitation pour les personnes âgées.

Le document se divise en sept parties. Dans la première partie, nous rappelons brièvement les principaux facteurs qui ont contribué à l'émergence et au développement du secteur des résidences privées avec services au Québec. Dans la deuxième partie, nous présentons succinctement les principales caractéristiques des différents types de ressources de logement et d'hébergement pour personnes âgées. La troisième partie est consacrée aux dimensions organisationnelles de ces résidences. Nous tenterons de connaître les principales caractéristiques des résidences privées à but lucratif à partir, principalement, du registre des résidences pour personnes âgées avec services du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La nature, la quantité et la qualité des services offerts par les résidences privées pour personnes âgées sont du domaine privé, et relèvent de la liberté d'entreprendre et des lois du marché, de sorte qu'il n'existe aucune loi spécifique dont l'objet est de régir ce type de résidence. Cependant plusieurs lois et règlements, dont le Code civil et la Loi sur les services de santé et les services sociaux, créent un certain nombre d'obligations pour

³ Les résidences pour personnes âgées qui n'offrent aucun service autre que le logement ne sont pas visées par ce portrait.

leurs propriétaires et gestionnaires. Cet environnement législatif et réglementaire est l'objet de la quatrième partie du document.

La cinquième partie est consacrée à retracer les grandes orientations du gouvernement du Québec et du MSSS dans le domaine du logement et l'hébergement ainsi que des services de soutien à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Cette partie comprend les initiatives gouvernementales les plus récentes en ce domaine, soit l'adoption en décembre 2003 de la loi 25 sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, et le dépôt, le 10 décembre 2004, du projet de loi 83 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives.

La sixième partie présentera la position de plusieurs acteurs concernés par la problématique des résidences privées, entre autres, les associations de propriétaires et de personnes âgées et d'autres organismes et associations.

En guise de conclusion au document, la partie sept identifiera un certain nombre de grands enjeux et défis pour l'avenir.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.....	iii
1. Introduction : l'émergence des résidences privées avec services	1
1.1 Une offre d'hébergement en déclin.....	2
1.2 Une offre de services à domicile insuffisante	4
1.3 Le désir de demeurer à domicile le plus longtemps possible.....	5
1.4 Le vieillissement de la population	6
1.5 Conclusion	7
2. Les différentes ressources de logement et d'hébergement pour personnes âgées	9
2.1 Les ressources non régies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux	10
2.2 Les ressources d'hébergement régies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux	14
2.3 Conclusion	18
3. La dimension organisationnelle des résidences privées à but lucratif avec services	20
3.1 Les types de résidences.....	22
3.2 La part des résidences privées à but lucratif	25
3.3 La taille des résidences	27
3.4 L'âge des résidences	29
3.5 Les taux d'occupation.....	30
3.6 L'âge des résidents.....	32
3.7 Les places CHSLD et places ressources intermédiaires	34
3.8 Les équipements.....	36
3.9 Les services offerts	37
3.10 Les ententes de services.....	39
3.11 Conclusion	41
4. L'environnement législatif des résidences privées à but lucratif.....	44
4.1 Les législations régissant les relations entre locateurs et locataires	45
4.2 Les législations protégeant les droits des personnes ou du public.....	46
4.3 Autres lois et règlements.....	48
4.4 Conclusion	53
5. Les orientations gouvernementales.....	55
5.1 Les documents d'orientation.....	57
5.2 Les réformes législatives récentes	75
5.3 Conclusion	79
6. La position des acteurs.....	82
6.1 Les associations de personnes âgées et de défense de droits	83
6.2 Les associations de résidences et d'établissements publics.....	89
6.3 Les organismes consultatifs	93
6.4 L'Organisme de défense de droits	96

6.5 L'Association de défense des salarié-e-s	100
Conclusion	103
Bibliographie.....	111

1. INTRODUCTION : L'ÉMERGENCE DES RÉSIDENCES PRIVÉES AVEC SERVICES

En juin 2004, selon les données du MSSS, il existait plus de 2 500 résidences pour personnes âgées avec services pouvant accueillir plus de 80 000 personnes (voir la partie 3). Environ 2 200 de ces résidences, soit environ 90 %, étaient des entreprises privées à but lucratif, les autres ayant le statut d'organismes à but non lucratif (OBNL), de coopératives ou d'habitations publiques à loyer modique (HLM). Depuis une vingtaine d'années, le Québec a connu une croissance importante du nombre de résidences privées avec services pour personnes âgées qui ne détiennent pas de permis du MSSS (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2004a ; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998 ; Vaillancourt, 1997)⁴.

L'évolution plus récente des ressources de logement et d'hébergement pour personnes âgées laisse voir un métissage de plus en plus poussé de ces ressources. Si plusieurs résidences pour personnes âgées n'offrent aucun autre service que le logement, une grande majorité des résidences donnent aujourd'hui une gamme diversifiée de services qui les situent quelque part entre le logement et l'hébergement⁵.

L'expansion importante du secteur des résidences privées pour personnes âgées non titulaires de permis du MSSS s'explique principalement par l'interaction de quatre facteurs. Deux de ces facteurs concernent l'offre de services. D'une part, il s'agit de la diminution du nombre de places dans le réseau d'hébergement régi par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. D'autre part, on observe une pénurie de ressources consacrées au maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie par les

⁴ Il existe peu de données quantitatives nous permettant de mesurer avec exactitude l'importance de cette augmentation. Selon un inventaire des résidences privées pour personnes âgées effectué en juin 1994 par le MSSS (1994a), il existait au Québec environ 2 000 de ces résidences avec une capacité d'accueil de 72 000 places. Selon le MSSS, 75 % de ces résidences offraient divers services à leurs résidents. Il faut tenir compte de ce pourcentage si on veut comparer ces chiffres avec ceux du registre de juin 2004, lequel ne contient que des données sur les résidences « avec services ».

⁵ Pour reprendre les termes des auteurs Alain Beaulieu et Henri Dorvil (2004 : 8), de manière générale, « l'habitation entendue au sens d'un logement offre une grande liberté aux locataires, mais ceux-ci doivent tout de même gérer un risque d'isolement », alors que « l'habitation conçue comme un hébergement offre une grande sécurité aux résidents tout en présentant un mince degré d'autonomie ».

CLSC (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2004a). Les deux autres facteurs contribuent à l'augmentation de la demande des logements avec services. Le premier concerne un changement dans l'attitude des membres de la population âgée, lesquels affichent un désir accru de demeurer à domicile le plus longtemps possible, souvent jusqu'à leur décès. Le deuxième facteur est lié au vieillissement accéléré de la population, donc à l'augmentation du nombre de personnes âgées, particulièrement celles ayant 75 ans et plus. Dans les lignes qui suivent, nous abordons brièvement ces quatre facteurs.

1.1 Une offre d'hébergement en déclin

Au cours des 15 dernières années, le nombre de places dans les ressources publiques d'hébergement a diminué de manière importante, passant de 60 000 à la fin des années 1980 à 49 500 en 2002 (Charpentier, 2002). Au cours de cette période, le taux d'hébergement des personnes âgées est passé de 7 % à environ 4 % (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2003 : 5). La norme visée par le MSSS se situe à 3,5 places pour 100 personnes âgées, « ce qui laisse présager d'autres réductions du nombre de lits des régions ou MRC qui n'ont pas atteint le taux prescrit » (Gervais *et al.*, 2004 : 3).

Aujourd'hui, les CHSLD accueillent des personnes en grande perte d'autonomie, présentant des problématiques de santé complexes et des besoins très diversifiés. Selon l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2004a : 2), « l'admission en CHSLD est retardée, on y passe moins de temps, on y requiert plus de soins et de services et on y termine sa vie ».

Une étude datant de 2003 que cette association a menée auprès de ses membres (2004a : 2) indique que 41,9 % de la clientèle est âgée de 85 ans et plus et que les profils rencontrés sont multiples : déficits cognitifs (38,4 %), déficience physique (31,1 %), maladies graves (20,6 %), santé mentale (7,2 %), déficience intellectuelle (2,6 %). De plus, « 44 % des personnes hébergées sont incontinentes, 32 % accusent une très grande

perte de mobilité, 13 % manifestent des comportements perturbateurs et 8,3 % sont en fin de vie ou alitées avec soins de confort ».

Le manque de places dans les ressources d'hébergement institutionnelles et les longues listes d'attente font en sorte que les résidences privées avec services accueillent des personnes de plus en plus âgées souffrant de perte d'autonomie de plus en plus sévère. Cependant, ces résidences ne détiennent aucun permis du MSSS pour offrir des soins de longue durée à ces personnes. Selon diverses études, en moyenne 50 % des personnes vivant en résidence privée sans permis du MSSS seraient en perte d'autonomie (Vérificateur général du Québec, 2002 : 40)⁶. Une étude réalisée en Estrie (Bravo et *al.*, 1998) révèle que 64 % des personnes hébergées dans des résidences sélectionnées souffraient d'une certaine perte d'autonomie. Constatant la gravité des cas d'une partie de la clientèle logée dans les résidences sans permis, l'étude avance que « cette lourdeur est principalement attribuable à des déficits cognitifs sévères, présents chez 38,5 % des résidents. Fait inquiétant, ce pourcentage atteint 52 % dans les foyers hébergeant moins de 10 résidents, ceux-là mêmes qui sont les plus pauvres en ressources humaines qualifiées ou expérimentées » (Bravo et *al.*, 1998 : vii).

Il est important de souligner que les résidences privées avec services « sont responsables et imputables de la qualité des services qu'elles offrent à leurs résidents, quand les activités qu'elles exercent sont du domaine de l'habitation et s'adressent à des personnes autonomes ou en légère perte d'autonomie » (Régie régionale de Montréal-Centre, 2004a : 5). Les résidences qui hébergent des personnes en lourde perte d'autonomie et qui assument la mission d'un établissement, tel qu'un CHSLD, doivent détenir un permis du Ministère à cet effet. Une résidence qui ne détient pas un tel permis se trouve à transgresser la Loi sur les services de santé et les services sociaux⁷.

⁶ Le vérificateur général (2002 : 40) a d'ailleurs noté que « certaines [résidences] vont même jusqu'à faire de la publicité pour recruter ce type de clientèle ».

⁷ Contrairement à la croyance populaire, les résidences privées pour personnes âgées qui n'enfreignent pas cette disposition de la loi jouissent d'une existence tout à fait légale. Celles-ci ne peuvent donc pas être qualifiées de « clandestines », même si la qualité des divers services offerts aux résidents ne fait l'objet d'aucune réglementation gouvernementale, comme nous le verrons plus loin.

1.2 Une offre de services à domicile insuffisante

La politique de désinstitutionnalisation et la mise en place, à partir de 1979, de la politique de maintien à domicile du MSSS – dont un des objectifs était de permettre aux personnes de demeurer le plus longtemps possible en milieu dit naturel avant de recourir aux établissements d'hébergement du réseau de la santé – peut expliquer en partie la décision de réduire le nombre de places dans les ressources d'hébergement agréées au cours de la même période. Cependant, malgré les nombreux énoncés de politique et les injections de nouveaux fonds consacrés aux services à domicile au cours des dernières années, les ressources financières sont encore largement insuffisantes pour combler l'ensemble des besoins en ce domaine, et l'offre de services demeure variable selon les régions et les CLSC (Vaillancourt, Aubry et Jetté, 2003 : chapitre 2 et conclusion).

Il est important de noter que, parallèlement à l'ajout de ressources, de nouveaux besoins de soutien à domicile ont vu le jour au cours des années 1990, en conséquence du virage ambulatoire. Comme le souligne l'association des CLSC et des CHSLD du Québec, le virage ambulatoire a entraîné, de 1993 à 1998, une diminution de 28,7 % des lits hospitaliers de courte durée, créant pour cette clientèle des besoins difficilement compressibles de services de soutien à domicile. Cependant, les budgets alloués aux services de soutien à domicile ont relativement peu augmenté (Association des CLSC et CHSLD, 2003 : 5).

Devant cette pénurie d'offre, des critères ont été établis par le MSSS afin de fixer un ordre de priorité dans la réponse aux besoins de maintien à domicile. Or, les deux principaux critères utilisés sont d'abord l'urgence de la situation, puis la mauvaise qualité du milieu de vie, ce qui inclut l'absence ou l'insuffisance du soutien social ou un domicile inadéquat (MSSS, 2003). De plus, plusieurs facteurs font en sorte que les besoins des personnes âgées vivant dans des résidences avec services sont le plus souvent jugées non prioritaires. D'abord, les besoins de maintien à domicile dans le cadre du virage ambulatoire (soins pré- et post-opératoires) prennent le dessus sur les besoins liés à une perte d'autonomie légère ou modérée. Ensuite, on considère que les personnes vivant en résidence privée bénéficient d'un milieu de vie où l'on retrouve un certain

niveau de soutien social, contrairement à des personnes qui vivent seules ou en couple dans leur propre domicile, que ce soit une chambre sans services, un appartement ou leur propre résidence.

Le rapport du vérificateur général du Québec (2002 : 41) a démontré que les CLSC ne sont pas en mesure d'offrir les services à domicile aux personnes en perte d'autonomie qui vivent en résidence privée sans permis du MSSS, même à celles en attente d'hébergement en CHSLD, lesquelles sont parfois hébergées temporairement dans des résidences privées en attendant leur admission en CHSLD ou dans une autre ressource appropriée. Le vérificateur général (2002 : 30) affirme que « le nombre élevé de demandes amène les CLSC à ajuster les services qu'ils offrent en fonction de leurs ressources » et que « les personnes âgées en perte d'autonomie sont les principales personnes visées par le plafond des heures ».

1.3 Le désir de demeurer à domicile le plus longtemps possible

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, la société québécoise a connu des changements profonds depuis les premières réformes issues des travaux de la commission Castonguay. Ces changements touchent autant la façon dont les services sont organisés que les valeurs et les aspirations de la population. Ainsi, dans le domaine des services pour les personnes en perte d'autonomie, la société québécoise a effectué un important virage. En effet, nous sommes passés d'une politique qui misait sur le développement de ressources d'hébergement institutionnelles à un système qui favorise plutôt le maintien des personnes en perte d'autonomie le plus longtemps possible dans leur milieu de vie.

Ce revirement n'est certes pas étranger à des changements profonds dans les aspirations de la population âgée qui « réclame le respect de son choix de recevoir à domicile et le plus longtemps possible les services reliés à ses besoins ». En effet, « la grande majorité de la population âgée veut retarder, sinon, éviter, le recours à un milieu de vie substitut » (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2004a : 3). Selon l'Association canadienne des soins palliatifs, des études récentes démontrent que 80 % des Canadiens

meurent dans un hôpital ou un établissement de longue durée alors que, selon un sondage, 90 % des Canadiens interrogés désirent plutôt mourir à la maison (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2004a : 8).

1.4 Le vieillissement de la population

Alors que les personnes de 65 ans et plus représentaient 7 % de l'ensemble de la population en 1971, elles en représentaient près du double, soit 13 %, en 2001. Les projections actuelles fixent ce pourcentage à 27 % en 2031 et à 30 % en 2051 (Girard et *al.*, 2004). Au cours des prochaines décennies, le vieillissement de la population du Québec sera en fait parmi les plus rapides et les plus élevés du monde (MSSS, 2001 : 9).

Plusieurs facteurs concourent au vieillissement accéléré de la population québécoise, dont des faibles taux de natalité et d'immigration et, évidemment, l'allongement de l'espérance de vie. L'augmentation de la demande pour des services de soutien à domicile est d'autant plus importante que l'augmentation de l'espérance de vie n'entraîne pas nécessairement un allongement de la vie « en bonne santé ». Les données sur la part de la population ayant une limitation d'activité à long terme illustrent très bien cette réalité. Cette part est passée de 7,2 % en 1992-1993 à 9,3 % en 1998, soit une hausse de 29,2 % en cinq ans (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2004a : 3).

Outre son rythme de croissance spectaculaire, le phénomène du vieillissement de la population est caractérisé par deux réalités qui nécessitent une attention particulière de la part des responsables des politiques sociales, puisqu'elles concourent à accroître sensiblement la demande de services de santé et de services sociaux.

La première est l'augmentation importante des personnes très âgées. Alors que l'effectif du groupe 65-79 ans doublera de 2001 à 2031, passant de 750 000 à 1,6 million, « les personnes de 80 ans et plus constituent cependant la portion de la population qui connaîtra la croissance la plus notable des prochaines décennies. Leur nombre actuel d'environ 220 000 sera multiplié par près de trois en 2031 et par plus de quatre en 2051 »

(Girard et al. 2004 : 3). Or, selon l'*Enquête québécoise sur la limitation des activités de 1998*, le taux d'incapacité augmente avec l'âge. Alors qu'il se situe à 42 % en moyenne chez l'ensemble des 65 ans et plus, le taux d'incapacité est de 34 % chez les 65-74 ans et de 55 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus (MSSS, 2003 : 6).

La deuxième réalité qui caractérise le vieillissement de la population est la proportion croissante de femmes parmi la population âgée et très âgée, compte tenu de l'espérance de vie plus longue chez les femmes. Or, comparativement aux hommes, les femmes vivent plus souvent seules, ont des revenus moindres et sont en moins bonne santé. Elles cumulent ainsi plus de risques que les hommes « de devoir un jour recourir à des services de longue durée ou être hébergées en milieu substitut » (MSSS, 2001 : 9).

Après avoir constaté que « les enjeux à long terme qui se posent avec le vieillissement de la population concernent donc la modification de l'offre de services de santé et de services sociaux pour l'adapter à l'évolution et à la croissance des besoins associés au vieillissement de la population », le ministère de la Santé et des Services sociaux affirme, dans *Les Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, que « l'État doit s'assurer que les services d'aide à la personne et aux proches seront disponibles, accessibles et de qualité » (MSSS, 2001 : 11).

1.5 Conclusion

Les quatre facteurs que nous venons d'examiner ont fortement contribué au développement des résidences privées avec services au cours des dernières décennies. De plus, comme le souligne Michèle Charpentier, « il appert que le secteur des résidences privées au Québec s'est développé en marge du réseau public, et ce, sans contrôle étatique ou du moins avec ... un silence permissif » (Charpentier, 2004 : 3).

Or, le fait que ces résidences accueillent de plus en plus de personnes souffrant de perte d'autonomie modérée ou sévère, sans que des mécanismes contraignants de contrôle de la

qualité ne soient mis en place, s'avère une source grandissante d'inquiétude pour nombre d'intervenants.

En effet, comment assurer aux personnes âgées une continuité dans les services et les soins dont ils ont besoin à toutes les étapes de leur vieillissement ? L'augmentation des ressources financières pour développer les services de soutien à domicile et des ressources d'hébergement institutionnelles est devenue une nécessité certainement incontournable. Mais l'intégration des différentes ressources à l'intérieur d'une continuité de services et de soins comportant un réel contrôle de leur qualité constitue un enjeu tout aussi important. La question des passerelles entre les différentes ressources de logement et d'hébergement et entre ces dernières et les nombreuses ressources disponibles dans la communauté sont au cœur de la recherche d'arbitrages entre divers modèles d'organisation de services.

Après avoir examiné le contexte d'émergence des résidences privées avec services, nous pouvons maintenant approfondir notre compréhension de la dynamique de ce secteur d'activité.

2. LES DIFFÉRENTES RESSOURCES DE LOGEMENT ET D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

En 2003, le Québec comptait un million de personnes âgées de 65 ans et plus (Conseil de la famille et de l'enfance, 2004 : 16). Le nombre de ces personnes qui demeuraient dans des résidences privées (à but lucratif ou sans but lucratif) avec services était estimé entre 80 000 et 100 000⁸, alors qu'un peu plus de 40 000 d'entre elles étaient hébergées dans les ressources publiques ou privées agréées en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, soit des centres d'hébergement et de soins de longue durée et autres ressources intermédiaires ou de type familial (Charpentier 2002 : 25)⁹. Ainsi, la grande majorité des personnes âgées, soit plus de 85 %, vivent à domicile.

Au Québec, il existe donc plusieurs types de ressources de logement et d'hébergement pour les personnes âgées, tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Bien que l'objet de ce document soit de dresser le portrait du secteur des résidences privées à but lucratif pour les personnes âgées, nous aimerions également présenter ici les principales caractéristiques des autres ressources de logement et d'hébergement existantes. Ce choix est causé par la dynamique du vieillissement de la population et le fait que l'ensemble des ressources (les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les ressources intermédiaires, les ressources de type familial, les résidences privées avec services, l'achat de places au sein des résidences privées, etc.) s'inscrivent, en principe du moins, en complémentarité les unes avec les autres.

En nous inspirant, entre autres, des travaux de la Régie régionale de Montréal-Centre (2002), nous présentons donc dans cette seconde partie les ressources de logement avec services et d'hébergement selon qu'elles soient ou non régies par la Loi sur les services

⁸ Selon l'Association des résidences pour retraités, ces résidences hébergeaient 100 000 aînés en 2001. Selon une autre estimation (Guèye, 2003) basée sur le registre des résidences privées avec services des régies régionales, ce nombre est évalué à 80 000 en janvier 2002 et à un peu plus de 80 000 en juin 2004 (voir la section V).

⁹ Selon Charpentier (2002), il existait 47 344 places dans les ressources publiques et privées agréées en 2001-2002. Ce chiffre surestime le nombre de personnes âgées dans ces établissements puisque 11 % des personnes hébergées dans ces ressources seraient âgées de moins de 65 ans (MSSS 2003).

de santé et les services sociaux. Nous en ferons une description en allant des ressources les plus légères aux plus lourdes, soit du logement à l'hébergement.

Rappelons qu'en vertu de cette loi et de ses règlements, un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux ou un contrat à titre de résidence d'accueil ou de ressource intermédiaire avec un établissement public est requis pour héberger des adultes ou des personnes âgées en perte d'autonomie. En effet, l'article 437 de la loi stipule que « nul ne peut exploiter un établissement, s'il ne détient un permis [...] », alors que l'article 438 définit comme une infraction le fait d'« exercer sans permis des activités pour lesquelles un permis est exigé [...] ».

2.1 Les ressources non régies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux

On peut distinguer deux grands types de logement pour personnes âgées qui ne sont pas régis par la Loi sur les services de santé et les services sociaux : le premier est le domicile familial habituel de la personne et le second regroupe les logements avec divers types de services.

2.1.1 Le logement

Au Québec, la très grande majorité des personnes âgées demeurent dans leur propre domicile, soit seules, en couple, ou avec leurs enfants ou d'autres membres de la famille. Ceci inclut les personnes âgées qui vivent dans des habitations privées, des tours ou des blocs d'appartements qui n'offrent aucun service autre que le logement. Ce sont ainsi des personnes âgées autonomes, ou en très légère perte d'autonomie, qui nécessitent peu de services de soutien à domicile, lesquels sont censés être donnés par les CLSC, le tiers-secteur de l'économie sociale, incluant les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale, mais, surtout par des aidants naturels que sont les membres de la famille et les proches.

2.1.2 Les résidences avec services non agréées

Il existe des propriétaires de maisons ou d'édifices à logements multiples (blocs d'appartements, par exemple) qui, en plus de louer un logement, offrent aux résidents un certain nombre de services qui peuvent varier en nombre et en qualité d'une résidence à l'autre. Ils peuvent inclure la surveillance, la lessive, le ménage, les repas, des loisirs, mais aussi, dans le cas des résidences plus luxueuses, des services de soins infirmiers et médicaux, et parfois « de réadaptation » (Conseil des aînés, 2000 : 9).

Les ressources de logement pour personnes âgées non régies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, autres que le domicile familial, peuvent être privées à but lucratif, à but non lucratif ou publiques (HLM), et sont connues sous plusieurs appellations : résidence pour personnes âgées, résidence d'hébergement pour personnes âgées, résidence pour retraités, foyer, foyer privé, etc.

Le secteur des résidences non agréées avec services comprend une très grande variété de ressources, « allant de la maison unifamiliale, convertie après le départ des enfants pour accueillir quatre personnes âgées, au luxueux complexe urbain avec ascenseurs, infirmerie, piscine, banque et salon de coiffure » (Charpentier, 2002 : 31).

Puisque la notion de résidence pour personnes âgées « varie sensiblement selon les interlocuteurs, les courants de pensée ou les intérêts en jeu » (Gouvernement du Québec, 2003 : 12-13), le gouvernement du Québec a mandaté un comité interministériel regroupant une dizaine de ministères et d'organismes d'en proposer une définition officielle, notamment à des fins législatives. La définition suivante de l'expression « résidence pour personnes âgées » a été intégrée à la Loi sur les services de santé et les services sociaux en 2002 :

Une résidence pour personnes âgées est un immeuble d'habitation collective où sont offerts, contre le paiement d'un loyer, des chambres ou des logements destinés à des personnes âgées et une gamme plus ou moins étendue de services, principalement reliés à la sécurité et à l'aide à la vie domestique ou à la vie sociale, à l'exception d'une installation maintenue par un établissement et d'un immeuble ou d'un local d'habitation

où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire ou d'une ressource de type familial.¹⁰

Comme nous le verrons plus en détail à la partie 3, en juin 2004, le MSSS avait répertorié 2 516 de ces résidences, dont 2 184 étaient des entreprises commerciales à but lucratif hébergeant environ 65 000 personnes, dont le tiers environ étaient âgées de 85 ans ou plus.

Les résidences avec services pour personnes âgées ont par ailleurs les caractéristiques suivantes :

- Elles sont entièrement privées et ne sont tenues de posséder aucun permis du MSSS ni accréditation régionale des régies régionales. Les régies régionales sont cependant tenues de tenir un registre à jour des résidences avec services pour personnes âgées sur leur territoire.
- Elles sont soumises aux règlements municipaux concernant les ressources de chambres et pension, et, dépendant de leur taille, au code du bâtiment et à diverses normes de salubrité. Depuis juin 2002, les municipalités sont habilitées à adopter une réglementation pour régir ces résidences, plus particulièrement sur les aspects aménagement et sécurité. Nous examinerons plus à fond les lois et les règlements qui régissent les résidences pour personnes âgées dans la partie 4.
- Elles sont de tailles variables, pouvant accueillir de quelques résidents à quelques centaines. La pratique et la littérature identifient deux grandes catégories de ressources : celles offrant neuf places et moins et celles offrant plus de neuf places.
- Bien que, légalement, elles ne puissent accueillir que des personnes âgées autonomes ou des personnes « qui, tout en présentant des limitations, peuvent demeurer dans leur milieu de vie naturel avec des services à domiciles dispensés par les CLSC (en sus

¹⁰ Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant les résidences pour personnes âgées, 2002, c. 36, art. 1.

des services prévus au bail qui lie le résident à la résidence) » (CDPDJ, 2001 : 79), dans les faits, elles hébergent un nombre important de personnes en perte d'autonomie (Bravo et *al.*, 1997).

- Légalement, la perte d'autonomie d'une personne âgée, lorsqu'elle est signalée, peut entraîner deux conséquences pour la résidence et la personne en question. La première est l'évacuation de cette personne et son transfert dans une ressource appropriée, telle qu'un CHSLD. La deuxième est à l'effet que la résidence privée demande au MSSS un permis lui permettant d'agir à titre de CHSLD ou à titre de ressource intermédiaire ou de type familial pour cette personne. Dans ce cas, la résidence doit se conformer aux exigences requises pour détenir un tel permis du MSSS.
- Bien que la Loi sur les services de santé et les services sociaux accorde au ministère le pouvoir d'inspecter les résidences pour personnes âgées afin de vérifier si elles se conforment à la Loi, l'intervention du ministère se fait généralement suite à la réception d'une plainte de la part d'un résident ou de sa famille ou d'un proche.
- La résidence privée est considérée comme le domicile de la personne âgée et, en principe, les personnes qui y habitent sont admissibles, comme toute personne âgée vivant à domicile, aux services de soutien à domicile dispensés par le CLSC, lorsque ces services ne sont pas prévus au bail et qu'ils sont disponibles sur le territoire.
- Les coûts des services sont entièrement défrayés par les résidents¹¹ et varient, en théorie tout au moins, selon la qualité de la ressource et la nature, la quantité et la qualité des services offerts. Les coûts mensuels peuvent varier du simple au quintuple (de 825 \$ à 4 650 \$ par mois en 2000), selon la revue Québec Hébergement, citée par le Conseil des aînés (2000 : 9).

¹¹ Dans le cas où une résidence détient un permis CHSLD, ou de ressource intermédiaire ou de ressource de type familial pour un ou plusieurs résidents, une contribution du MSSS est versée à la résidence pour ces personnes.

2.2 Les ressources d'hébergement régies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux

Il existe deux grandes catégories de ressources d'hébergement régies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ces ressources sont qualifiées de milieu de vie substitut et sont appelées : centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ; ressources intermédiaires et de type familial.

La décision d'admettre une personne à l'intérieur d'un de ces milieux de vie substitués découle d'une procédure d'évaluation qui prend en considération, en plus évidemment de la volonté de cette personne, des caractéristiques de la personne et de son réseau de soutien, ainsi que de la gamme de ressources disponibles localement. Suite à cette évaluation, lorsque « le maintien à domicile s'avère impossible, la personne est dirigée vers la ressource d'hébergement la plus appropriée » (MSSS, 2003 : 5).

2.2.1 Les ressources de type familiale et les ressources intermédiaires

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit aussi le développement des ressources de type familial (articles 310 à 313) hébergeant neuf résidents et moins, et des ressources intermédiaires (article 301) accueillant généralement de 10 à 50 résidents.

Ces ressources hébergent des personnes dont la perte d'autonomie est moindre que celle des personnes admises dans les CHSLD.

Les ressources intermédiaires et de type familial sont des ressources privées rattachées par contrat à une ressource publique (généralement un CHSLD public) dont le statut demeure assez vague (Charpentier, 2002 : 26). Elles ne sont pas tenues d'avoir de permis du Ministère pour opérer mais « elles sont tenues de respecter les critères de reconnaissance définis par la régie régionale et elles font l'objet d'un suivi professionnel de la part de l'établissement auquel elles sont rattachées » (CDPDJ, 2001 : 90).

L'admission au sein d'une ressource de type familial ou d'une ressource intermédiaire relève du Service régional d'admission. La contribution du résident est moindre qu'en CHSLD public ou privé conventionné, mais est fixée selon les mêmes critères.

Les services offerts par ces ressources « visent à éviter ou à retarder l'institutionnalisation par le maintien de l'autonomie de la personne âgée dans le milieu de vie le plus intégré possible à la communauté » (RRMC, 2002 : 4).

LES RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit, à l'article 530, « qu'un établissement public identifié par la Régie régionale peut recourir aux services d'une ressource de type familial aux fins de placement d'adultes ou de personnes âgées ».

La ressource de type familial est une résidence où « une ou deux personnes accueillent chez elles au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel » (article 312, al. 2).

La Loi sur les services de santé et les services sociaux exempte les ressources de type familial d'un certain nombre d'obligations fiscales, puisqu'elle stipule que « les activités et services dispensés par une ressource de type familial sont réputés ne pas constituer l'exploitation d'un commerce ou d'un moyen de profit » (article 313).

La gestion et la supervision de la ressource de type familiale relèvent du CHSLD public auquel elle est rattachée, et elle reçoit, par l'intermédiaire du CHSLD, un prix de journée fixe pour assurer les services de support, d'assistance et de surveillance. La personne vivant dans une ressource de type familial est éligible à recevoir des services à domicile pour l'aspect des services pour lesquels la ressource de type familial n'est pas rémunérée (Régie régionale de Montréal-Centre, 2002 : 4).

LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

Selon l'article 302 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux : « Est une ressource intermédiaire, toute ressource rattachée à un établissement public qui, aux fins de maintenir et d'intégrer un usager à la communauté, lui dispense, par l'entremise de cette ressource, des services d'hébergement et de soutien ou d'assistance en fonction de ses besoins ».

Ces ressources intermédiaires sont le plus souvent connues comme des pavillons qui peuvent accueillir de 10 à 50 usagers (Charpentier 2002 : 26).

Les services offerts par une ressource intermédiaire sont déterminés par le degré d'autonomie des résidents. Le MSSS est responsable d'établir la classification des services offerts, les taux de rétribution applicables aux types de services, ainsi que les orientations que la Régie régionale doit suivre pour déterminer les modalités d'accès aux services de ces ressources.

Lorsqu'une ressource intermédiaire ou une ressource de type familial est rattachée à un CHSLD, l'admission en son sein relève du Service régional d'admission. La contribution du résident est moindre qu'en CHSLD public ou privé conventionné, mais est fixée selon les mêmes critères.

2.2.2 Les CHSLD

La Loi sur les services de santé et les services sociaux définit le CHSLD, à l'article 83, comme une installation dont la mission est « d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel malgré le support de leur entourage ».

Selon le MSSS (2003), 89 % des personnes hébergées en CHSLD ont 65 ans et plus, 5,9 % ont entre 65 et 69 ans et 46 % ont plus de 85 ans. L'autonomie des personnes hébergées aurait diminué considérablement au cours des dernières années, et 63 % des personnes admises et présentes en CHSLD sont en très grande perte d'autonomie.

Il existe trois types de centre d'hébergement et de soins de longue durée : les CHSLD publics, les CHSLD privés conventionnés et les CHSLD privés non conventionnés. Dans tous les cas, en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, tout CHSLD a l'obligation d'obtenir un permis pour pouvoir opérer (article 437) sous peine de sanction (article 531).

Un CHSLD privé non conventionné détient, comme les deux autres types de CHSLD, un permis du MSSS, même si aucune convention n'est conclue avec le Ministère. Le terrain et la bâtisse appartiennent au promoteur, et l'ensemble des coûts d'opération (administration, services, immobilisations et fonctionnement) doivent être assumés à même les frais de pension payés par les usagers. Le processus d'admission au sein d'un tel établissement est la responsabilité de l'établissement lui-même. Un bail est conclu entre l'établissement et l'utilisateur dans lequel est fixé « librement » la contribution de l'utilisateur. Un CHSLD non conventionné peut être à but lucratif ou à but non lucratif.

Un CHSLD privé conventionné est un établissement privé (à but lucratif ou à but non lucratif) qui a conclu avec le MSSS une convention prévue à la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le terrain et la bâtisse appartiennent à un propriétaire privé, qui reçoit du MSSS, pour leur utilisation, un budget pour l'immeuble, le mobilier, le fonctionnement et les services à dispenser à la clientèle (Régie régionale de Montréal-Centre, 2002).

L'admission d'une personne dans un CHSLD privé conventionné, comme d'un CHSLD public, relève du Service régional d'admission. La personne admise doit déboursier ses frais de logement et de repas. La contribution est établie selon la catégorie de la chambre

occupée et de la capacité de payer de l'usager¹², avec obligation de laisser à l'usager un montant de 151 \$ par mois pour ses dépenses personnelles. Au 1^{er} janvier 2000, la contribution variait entre un minimum de 832,80 \$ et un maximum de 1 340,10 \$ par mois.

Un CHSLD est public, lorsque le terrain et la bâtisse sont la propriété de l'État et lorsqu'un budget est octroyé par le MSSS pour l'administration, le fonctionnement et les services dispensés.

En 2001, il existait 176 CHSLD publics offrant 33 489 places, dont la très grande majorité était occupée par des personnes de 65 ans et plus.

2.3 Conclusion

Comme on peut le constater, il existe de nombreuses ressources résidentielles pour personnes âgées, allant du domicile familial et autres formes de logements privés (chambres, logements en résidences privées à but lucratif ou à but non lucratif, appartements, etc.) à des formes d'habitation non institutionnelles, mais qui offrent divers services à leurs résidents autonomes ou en légère perte d'autonomie (résidences avec services) et des ressources privées et publiques, beaucoup plus élaborées en termes de services médicaux et sociaux et qui nécessitent un permis du MSSS. Ce sont des ressources d'hébergement pour des clientèles en perte d'autonomie plus importante (ressources de type familial, ressources intermédiaires et divers types de CHSLD privés et publics).

Entre le domicile familial ou la résidence qui n'offre aucun autre service que le logement et les ressources d'hébergement institutionnelles, il existe des ressources offrant une grande variété de services, ce qui fait en sorte qu'il est souvent difficile de qualifier ces ressources de logement (avec services) ou d'hébergement.

¹² La capacité de payer est établie à partir des revenus de la personne et de son conjoint et de sa situation familiale (CDPDJ 2001 : 90)

En guise de récapitulation, nous présentons au tableau 2.1 un certain nombre de caractéristiques des différentes ressources de logement et d'hébergement pour personnes âgées que nous avons examinées dans cette partie. Rappelons que la principale ressource de logement pour les personnes âgées n'apparaît pas dans ce tableau puisqu'il s'agit, pour 85 % de ces personnes, de leur propre résidence dont elles sont propriétaires ou locataires

Tableau 2.1
Les ressources de logement et d'hébergement pour personnes âgées

Type de ressource	Contribution de l'utilisateur	Permis requis du MSSS	Nombre	Nombre de places	Clientèle type
Résidences privées avec services	Variable selon le bail	Non	2 349	78 141	Autonome et légère perte d'autonomie
Ressources de type familial	Variable jusqu'à 704 \$	Non *	n.d.	n.d.	Légère à lourde perte d'autonomie
Ressources intermédiaires	Variable jusqu'à 940 \$	Non *	193	3 642	Légère à lourde perte d'autonomie
CHSLD privés non conventionnés	Variable selon le bail	Oui	54	2 874	Lourde perte d'autonomie
CHSLD privés conventionnés	Variable jusqu'à 1 420 \$	Oui	57	6 634	Lourde perte d'autonomie
CHSLD publics	Variable jusqu'à 1 420 \$	Oui	176	33 489	Lourde perte d'autonomie

* Ces ressources doivent être reconnues par la régie régionale et avoir un contrat avec un CHSLD public
Source : Tableau inspiré de Vérificateur général du Québec, 2002 : 20.

3. LA DIMENSION ORGANISATIONNELLE DES RÉSIDENCES PRIVÉES À BUT LUCRATIF AVEC SERVICES

Bien que le nombre de résidences privées pour personnes âgées ait connu une croissance importante au cours des vingt dernières années, il existait jusqu'à tout récemment peu d'informations à jour sur les caractéristiques de ces résidences. Il était même difficile de connaître avec précision le nombre de ces résidences et le nombre de personnes qui y habitent¹³. Devant une inquiétude grandissante au sein de la population et chez plusieurs intervenants qui œuvrent auprès des personnes âgées en perte d'autonomie quant à la qualité des services et des soins offerts par ces résidences, le MSSS décida en 2002 de mandater les régies régionales de constituer et de tenir à jour un registre des résidences privées pour personnes âgées. La croissance du nombre de résidences privées, l'absence d'informations fiables sur celles-ci et le fait que des histoires inquiétantes concernant un certain nombre de ces résidences sont rapportées périodiquement dans les médias, ont contribué à accroître la pression sur le gouvernement pour mettre en place des mécanismes de suivi de ce secteur.

Comme nous l'avons vu précédemment, des amendements ont été apportés à la Loi sur les services de santé et les services sociaux afin d'y intégrer une définition d'une résidence pour personnes âgées avec services et l'obligation pour les régies régionales de tenir à jour un registre des résidences privées opérant sur leur territoire (article 346.0.1). Le type d'informations que doit contenir ce registre de même que la nature publique du registre ont aussi été spécifiés dans la Loi.

Le nombre et le type d'informations qui apparaissent au registre sont relativement limités. Étant donné la nature privée de ces résidences, le registre ne contient aucune information sur l'état de leur santé financière. De plus, outre la catégorie d'âge, le registre ne contient aucune information sur les caractéristiques des personnes qui habitent dans ces résidences. Nous ne connaissons ni le sexe, ni la condition économique et

¹³ Le MSSS avait dressé un inventaire des résidences privées sans permis en 1994. On y faisait état de plus de 2 000 résidences comptant 72 000 places occupées à 80 % et dont 25 % nécessitaient des services sociaux ou de santé (Ministère de la Famille et de l'Enfance, 2001 : 20).

sociale de ces personnes. Une recherche importante menée auprès d'un certain nombre de résidences en Estrie au milieu des années 1990 (Bravo *et al.*, 1997) nous indique que les résidents étaient âgés de 84 ans en moyenne et que les deux tiers étaient des femmes seules ayant perdu leur conjoint et avaient moins de huit ans de scolarité. De plus, 52 % des résidents recevaient le supplément de revenu garanti, ce qui indique un niveau d'indigence important.

Le registre n'est compilé que depuis 2002 et souffre malheureusement d'un certain nombre de lacunes, parfois importantes. À titre d'exemple, le quart des résidences apparaissant dans ce registre des résidences « avec services » déclarent n'offrir aucun service ; plusieurs très petites résidences déclarent détenir des places CHSLD, alors que les exigences pour détenir un tel permis sont si contraignantes qu'il est improbable que de telles résidences puissent s'y conformer. La qualité des informations colligées varie aussi d'une région à l'autre. Par exemple dans la région de la Mauricie, regroupée en région 4 avec le Centre-du-Québec, les informations concernant environ 70 résidences n'avaient pas été saisies. Ces faiblesses, et quelques autres que nous aurons l'occasion de souligner dans les pages qui suivent, nuisent à la fiabilité de certaines données et nous invitent à la prudence lors de leur interprétation.

Nonobstant ces faiblesses qui, nous l'espérons, pourront être corrigées au cours des prochains mois, les données du registre nous permettent néanmoins de pénétrer un peu plus l'univers de ces ressources.

Le registre qui nous a été transmis par le MSSS est celui mis à jour le 9 juin 2004. La constitution de ce registre ainsi que sa mise à jour ont été confiées aux agences de services de santé et de services sociaux, et elles trouvent leur assise juridique à l'article 346, qui définit la résidence avec service pour personnes âgées, mandate les agences des services de santé et de services sociaux à tenir à jour le registre et identifie les informations que doit contenir le registre.

Rappelons que le registre des résidences ne s'adresse qu'aux résidences « où sont offerts, contre le paiement d'un loyer, des chambres ou des logements destinés à des personnes âgées et une gamme plus ou moins étendue de services, principalement reliés à la sécurité et à l'aide à la vie domestique ou à la vie sociale » (Loi sur les services de santé et les services sociaux, art. 346.0.1). Les immeubles d'habitation qui n'offrent qu'un logement contre loyer ne sont pas visés par le registre.

Soulignons aussi qu'il existe une ambiguïté quant au type de résidences qui doivent s'inscrire au registre. Dans plusieurs publications gouvernementales (MSSS, 2004 ; Gouvernement du Québec, 2003 ; Loi sur les services de santé et les services sociaux, article 454) il est question de « résidences privées » alors que le registre s'adresse à toutes les résidences avec services ne détenant pas de permis du MSSS, qu'elles soient de nature privée (à but lucratif ou à but non lucratif) ou publique (HLM). En effet, le registre contient des informations sur une douzaine de résidences HLM avec services.

Dans les pages qui suivent, nous présentons, sous forme de tableaux commentés, plusieurs informations tirées du registre des résidences pour personnes âgées.

3.1 Les types de résidences

Le registre contient des informations sur 2 516 résidences avec services disposant de 81 371 unités de logement. On y retrouve différents types de résidences : à but lucratif, à but non lucratif, qui inclut plusieurs résidences appartenant à des communautés religieuses, des coopératives d'habitation et des habitations à loyer modique avec services. Soulignons que 8 % des personnes âgées de 65 ans et plus demeurent dans ce type de résidence, ce qui représente environ le double du nombre de personnes hébergées dans des CHSLD publics et privés conventionnés (voir le tableau 2.1 dans la partie 2).

Nous présentons au tableau 3.1 la répartition des résidences apparaissant au registre selon le type de résidence.

Tableau 3.1
Répartition des résidences avec services et des unités de logement selon le type de résidence

Type de résidence	Nombre total de résidences		Nombre total d'unités	
	Nombre	%	Nombre	%
À but lucratif (ABL)	2 184	86,8	65 758	80,8
À but non lucratif (OBNL)	313	12,4	14 594	17,9
Coopérative	7	0,3	147	0,2
HLM	12	0,5	872	1,1
TOTAL	2 516	100,0	81 371	100,0

Il ressort de ce tableau que la très grande majorité des résidences est composée d'entreprises privées à but lucratif. Ces dernières représentent 86,8 % de l'ensemble des résidences et 80,8 % des unités disponibles. Loin derrière, on retrouve des résidences à but non lucratif au nombre de 313, dans lesquelles on retrouve un peu plus de 14 500 unités. Ces derniers chiffres incluent des résidences sans but lucratif appartenant à des communautés religieuses. Le registre permet de distinguer ces dernières. Il fait état de 85 résidences privées appartenant à des communautés religieuses qui disposent de 4 321 unités et qui hébergent environ 3 500 personnes, la plupart des membres de ces communautés¹⁴. Le registre contient très peu de résidences publiques (HLM) avec services (12 résidences) et encore moins de coopératives avec services (7 résidences).

Nous présentons au tableau 3.2 la répartition régionale de ces résidences, des unités d'habitation ainsi que de la population âgée de 65 ans et plus. La dernière colonne du tableau met en relation le nombre d'unités d'habitation disponibles et le nombre de personnes de 65 ans et plus. Les chiffres nous permettent d'apprécier le niveau relatif de développement des résidences privées dans chacune des régions.

¹⁴ Un certain nombre de ces résidences accueillent aussi des laïcs.

Tableau 3.2
Répartition régionale de l'ensemble des résidences avec services, du nombre d'unités
et de la population de 65 ans et plus

Région	Résidences		Unités		Personnes de 65 ans et plus		Unités en % des 65 ans et plus
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	%
01 Bas-Saint-Laurent	176	7,0	3 847	4,7	32 142	3,2	12,0
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean	107	4,2	3 363	4,1	36 901	3,7	9,1
03 Capitale-Nationale	262	10,4	11 558	14,2	94 658	9,5	12,2
04 Mauricie–Centre-du-Québec*	316	12,6	6 927	8,5	74 488	7,4	9,3
05 Estrie	142	5,6	3 967	4,9	42 188	4,2	9,4
06 Montréal	324	12,9	19 756	24,3	280 943	28,1	7,0
07 Outaouais	65	2,6	1 722	2,1	34 907	3,5	4,9
08 Abitibi-Témiscamingue	73	2,9	1 018	1,3	17 389	1,7	5,9
09 Côte-Nord	15	0,6	182	0,2	10 253	1,0	1,8
10 Nord-du-Québec	3	0,1	40	0,0	1 841	0,2	2,2
11 Gaspésie–Île-de-la-Madeleine	55	2,2	761	0,9	15 853	1,6	4,8
12 Chaudière-Appalaches	219	8,7	5 153	6,3	52 189	5,2	9,9
13 Laval	55	2,2	3 109	3,8	48 578	4,9	6,4
14 Lanaudière	155	6,2	3 515	4,3	45 130	4,5	7,8
15 Laurentides	146	5,8	3 843	4,7	55 216	5,5	7,0
16 Montérégie	403	16,0	12 610	15,5	158 410	15,8	8,0
TOTAL	2 516	100,0	81 371	99,8	1 001 086	100,0	8,1

* Les données pour ces deux régions sont regroupées dans le registre, mais elles sont très incomplètes

Le tableau fait ressortir que c'est dans la région de la Capitale-Nationale que la présence des résidences privées est la plus importante : le nombre d'unités d'habitation offertes par ces résidences représente 12 % du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus. À l'autre extrémité, dans les régions de la Côte-Nord et le Nord-du-Québec, les résidences privées sont beaucoup moins présentes, ne représentant qu'une proportion minimale, soit 1,8 % et 2,2 % respectivement, du nombre de personnes de 65 ans et plus vivant dans ces régions. Si d'autres régions dites « éloignées » et à faible densité de population, telles que la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et l'Abitibi-Témiscamingue, semblent aussi sous-équipées en résidences privées, les données du tableau 3.2 ne nous permettent pas de généraliser. En effet, la région du Bas-Saint-Laurent constitue une exception notable avec

un pourcentage de 12 %. À l'inverse, des régions urbaines comme Laval et Montréal présentent des taux relativement faibles de 6,4 % et 7,0 % respectivement, ce qui est inférieur à la moyenne de 8,1 % pour l'ensemble du Québec. Soulignons que les données pour la Mauricie et le Centre-du-Québec sous-estiment de beaucoup l'importance des résidences privées. En effet, les données détaillées concernant 72 des 313 résidences apparaissant au registre n'avaient pas été saisies au moment où le registre nous a été transmis, soit le 9 juin 2004. Les 6 927 unités qui apparaissent au tableau ne concernent donc que 241 résidences.

3.2 La part des résidences privées à but lucratif

Dans le tableau 3.3, nous tentons de cerner l'importance des résidences privées à but lucratif à l'intérieur du secteur des résidences privées pour chacune des régions du Québec. Dans l'ensemble du Québec, 87 % des résidences privées avec services sont à but lucratif. Ces résidences disposent d'environ 81 % de l'ensemble des unités disponibles dans le secteur des résidences privées avec services.

Les données régionales font ressortir encore des réalités extrêmement contrastées. Alors que dans les Laurentides, en Montérégie et à Laval, le parc de résidences privées est composé presque exclusivement de résidences à but lucratif, dans d'autres régions telles que la Capitale-Nationale, l'Estrie et Montréal, plus du quart des résidences privées sont de type OBNL ou coopératif.

Tableau 3.3
Répartition des résidences et des unités pour l'ensemble des résidences
privées et pour les résidences privées à but lucratif selon la région

Régions	Résidences		Unités		ABL en % du total	
	Toutes	ABL	Toutes	ABL	Résidences	Unités
01 Bas-Saint-Laurent	176	149	3 847	2 895	84,7	75,3
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean	107	92	3 363	2 998	86,0	89,1
03 Capitale-Nationale	262	184	11 558	7 353	70,2	63,6
04 Mauricie–Centre-du-Québec	316	291	6 927	6 198	92,1	89,5
05 Estrie	142	98	3 967	2 818	69,0	71,0
06 Montréal	324	262	19 756	14 136	80,9	71,5
07 Outaouais	65	58	1 722	1 342	89,2	77,9
08 Abitibi-Témiscamingue	73	64	1 018	801	87,7	78,7
09 Côte-Nord	15	13	182	143	86,7	78,6
10 Nord-du-Québec*	3	0	40	0	0,0	0,0
11 Gaspésie–Île-de-la-Madeleine	55	47	761	627	85,5	82,4
12 Chaudière-Appalaches	219	186	5 153	4 259	84,9	82,7
13 Laval	55	53	3 109	2 999	96,4	96,5
14 Lanaudière	155	148	3 515	3 067	95,5	87,3
15 Laurentides	146	144	3 843	3 803	98,6	99,0
16 Montérégie	403	395	12 610	12 319	98,0	97,7
TOTAL	2 516	2 184	81 371	65 758	86,8	80,8

* Selon le registre, il n'y aurait dans le Nord-du-Québec que trois résidences privées pour personnes âgées, toutes des OBNL

Dans la suite de cette partie, nous nous attarderons exclusivement aux caractéristiques des **résidences privées à but lucratif**. Les données que nous utiliserons diffèrent quelque peu des données des tableaux précédents pour ces résidences. En effet, dans la suite de cette partie nous avons retranché du registre 29 résidences privées à but lucratif disposant de 1 498 unités, puisque les responsables de ces résidences ont refusé de fournir les informations concernant les autres aspects que nous allons aborder. Vingt et une de ces résidences disposant de 1 429 unités sont situées dans la région de Montréal. Les autres régions affectées sont l'Outaouais (1 résidence de 9 unités), Chaudière-Appalaches (4 résidences avec 39 unités) et la Montérégie (3 résidences avec 21 unités).

3.3 La taille des résidences

Le tableau 3.4 présente la répartition des résidences et des unités de logement selon leur taille (en nombre d'unités de logement).

Tableau 3.4
Répartition des résidences et des unités de logement selon la taille des résidences

Unités	Nombre de résidences	%	Unités de logement	%
1-9	1 098	50,9	7 007	10,9
10-49	725	33,6	16 027	24,9
50-99	181	8,4	12 234	19,0
100-199	105	4,9	14 872	23,1
200 et +	46	2,1	14 120	22,0
TOTAL	2 155	100,0	64 260	100,0

Le tableau 3.4 nous révèle que, si plus de la moitié des résidences (50,9 %) sont de très petite taille (1 à 9 unités), ces dernières ne disposent que de 10,9 % de l'ensemble des unités de logement. À l'autre extrême, il s'avère que les 46 grandes résidences (200 unités et plus), qui ne représentent que 2,1 % de la totalité des résidences, disposent de 22 % de l'ensemble des unités de logement. En fait, ce tableau nous dévoile que, nonobstant le très grand nombre de petites résidences, la grande majorité des personnes âgées vivant en résidence, vivent dans des résidences de 50 unités et plus.

Le tableau 3.5 présente la répartition des résidences selon leur taille pour chacune des régions du Québec. Il fait aussi ressortir des différences importantes entre les grands centres urbains et les régions rurales et semi-rurales. Ainsi, on constate que dans les deux régions les plus peuplées du Québec, Montréal et la Montérégie, 50 % des résidences sont de très petite taille (1-9 unités). Dans sept régions, dont plusieurs sont éloignées des grands centres urbains (Bas-Saint-Laurent, Mauricie–Centre-du-Québec, l'Outaouais, l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Lanaudière), la proportion des résidences de 1-9 unités est supérieure à 50 %. Cela va de 54,7 % dans Lanaudière à 75 % en Abitibi Témiscamingue et à 92,3 % sur la Côte-Nord. Dans les autres régions, la proportion de ce type de résidences est plus faible. C'est dans les

régions de la Capitale-Nationale (36,4 %) et du Saguenay–Lac-Saint-Jean (39,1 %) que l'on retrouve les plus faibles proportions de ce type de résidences.

La dernière colonne du tableau 3.5 présente la taille moyenne des résidences en termes d'unités d'habitation. La taille moyenne des résidences varie de manière importante d'une région à l'autre autour de la moyenne de 29,8 unités. Comme on pouvait s'y attendre, la taille moyenne des résidences est beaucoup plus importante dans les grands centres urbains. Elle atteint 56,6 unités dans la région de Laval, 52,7 à Montréal et 40 dans la région de la Capitale-Nationale. Dans les régions à faible densité de population, la taille moyenne des résidences est beaucoup plus faible : un minimum de 11 unités dans la région de la Côte-Nord, 12,5 en Abitibi-Témiscamingue et 13,3 en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Tableau 3.5
Répartition des résidences privées à but lucratif selon le nombre d'unités et la région
et taille moyenne des résidences

Régions	1-9 unités	10-49 unités	50-99 unités	100-199 unités	200 et plus	Total rés. (A)	Total Unités (B)	Taille moyenne (B/A)
01 Bas-Saint-Laurent	88	43	14	4	0	149	2 895	19,4
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean	36	35	16	2	3	92	2 998	32,6
03 Capitale-Nationale	67	78	18	15	6	184	7 353	40,0
04 Mauricie–Centre-du-Québec	176	82	16	15	2	291	6 198	21,3
05 Estrie	42	43	10	2	1	98	2 818	28,8
06 Montréal	118	66	18	21	18	241	12 707	52,7
07 Outaouais	39	11	3	4	0	57	1 333	23,4
08 Abitibi-Témiscamingue	48	12	3	1	0	64	801	12,5
09 Côte-Nord	12	0	1	0	0	13	143	11,0
10 Nord-du-Québec	0	0	0	0	0	0	0	0
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	32	14	1	0	0	47	627	13,3
12 Chaudière-Appalaches	72	92	12	5	1	182	4 220	23,2
13 Laval	20	21	3	3	6	53	2 999	56,6
14 Lanaudière	81	49	15	3	0	148	3 067	20,7
15 Laurentides	68	58	9	7	2	144	3 803	26,4
16 Montérégie	199	121	42	23	7	392	12 298	31,4
TOTAL	1 098	725	181	105	46	2 155	64 260	29,8

3.4 L'âge des résidences

Le tableau 3.6 présente la répartition des résidences privées à but lucratif selon leur année d'ouverture¹⁵. Il nous permet de constater le développement important de ce type de résidences à partir des années 1980. En effet près de 94 % des résidences privées à but lucratif ont ouvert leurs portes après 1980. Rappelons que c'est à partir du milieu des années 1970 que les critères d'admission dans les établissements publics d'hébergement ont été resserrés, ce qui a entraîné un processus important de désinstitutionnalisation.

Le tableau 3.6 fait aussi ressortir le phénomène des résidences de petite taille qui prend de l'ampleur depuis le début des années 1990. En fait, parmi les 996 résidences qui ont ouvert leurs portes au cours des années 1990, 534 résidences (53,6 %) disposaient de 1-9 unités. Au cours des trois dernières années, cette proportion s'élève à 70,1 %. Or nous savons que la situation des résidences de très petite taille est relativement précaire et que si, au cours d'une période donnée, plusieurs nouvelles résidences voient le jour, un nombre important d'entre elles doivent fermer leurs portes. Selon Michèle Charpentier (2001 : 31), « bien que non documentée, la volatilité des petites résidences est un phénomène bien connu des intervenants du réseau, lequel peut s'expliquer en l'occurrence par leur non-rentabilité ».

La précarité relative des petites résidences et la nature plus familiale ou communautaire des relations humaines qui se tissent au sein de ces résidences ne sont que deux éléments qui les distinguent des résidences de plus grande taille. Nous en examinerons d'autres dans les pages qui suivent. Ces différences sont importantes et durables et suggèrent que toute politique visant la régulation de ce secteur d'activité doit prévoir des interventions différenciées selon la taille des résidences, entre autres.

¹⁵ Parmi les 2 155 résidences à but lucratif, 156 n'ont pas répondu à la question sur l'année d'ouverture, dont 126 sont des résidences de 1 à 9 unités.

Tableau 3.6
Répartition des résidences selon leur taille et l'année d'ouverture

Unités	Nbre de résidences	Année d'ouverture											
		1950-1959		1960-1969		1970-1979		1980-1989		1990-1999		2000-2004	
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
1-9	1 098	1	0,1	2	0,2	34	3,1	215	19,6	534	48,6	186	16,9
10-49	725	2	0,3	18	2,5	33	4,6	272	37,5	333	45,9	40	5,5
50-99	181	1	0,6	2	1,1	5	2,8	78	43,1	79	43,6	14	7,7
100-199	105	1	1,0	2	1,9	12	11,4	34	32,4	36	34,3	19	18,1
200 et +	46	0	0,0	0	0,0	9	19,6	17	37,0	14	30,4	6	13,0
TOTAL	2 155	5	0,2	24	1,1	93	4,3	616	28,6	996	46,2	265	12,3

3.5 Les taux d'occupation

Le tableau 3.7 présente le nombre d'unités disponibles et le nombre d'unités occupées selon la taille des résidences. Cela nous permet de calculer le taux d'occupation des résidences selon leur taille.

Tableau 3.7
Taux d'occupation des résidences selon la taille des résidences

Unités	Nbre de résidences	Nbre de chambres	Nbre de logements	Total unités	Chambres occupées	Logements occupés	Total occupés	Taux d'occupation (%)
1-9	1 098	6 926	81	7 007	5 622	63	5 685	81,1
10-49	725	14 297	1 730	16 027	12 584	1 673	14 257	89,0
50-99	181	8 040	4 194	12 234	7 494	4 095	11 589	94,7
100-199	105	4 156	10 716	14 872	3 665	10 016	13 681	92,0
200 et +	46	1 683	12 437	14 120	1 580	11 450	13 030	92,3
TOTAL	2 155	35 102	29 158	64 260	30 945	27 297	58 242	90,6

Il ressort du tableau que le taux d'occupation varie sensiblement selon la taille des résidences. Si pour l'ensemble du Québec, le taux d'occupation moyen est de 90,6 %, il ne s'élève qu'à 81,1 % dans les résidences de 1 à 9 unités et atteint un maximum de près de 95 % dans les résidences de 50 à 99 unités.

Le faible taux d'occupation dans les petites résidences peut s'expliquer par divers facteurs. D'abord, la situation financière relativement précaire des petites résidences a pour effet de restreindre les sommes affectées à la publicité et au recrutement de nouveaux résidents qui se font beaucoup plus de manière informelle, comme le bouche-à-oreille. Ensuite, le départ d'un résident d'une petite résidence a un impact beaucoup plus important sur son taux d'occupation, et, en conséquence, sur sa situation financière, que la perte d'un résident dans une résidence de plus grande taille¹⁶.

Le tableau 3.7 fait ressortir une autre différence importante entre les résidences de petite taille et celles de plus grande taille. En effet, plus la taille des résidences est petite, plus la proportion des unités de type chambre est élevée. Dans les résidences de 1 à 9 unités, les unités sont composées quasi exclusivement de chambres (6 926 chambres contre 81 logements). Dans les résidences de 100 unités et plus, les logements représentent environ 80 % des unités. On peut en déduire, sans grand risque de nous tromper, qu'il y a une certaine corrélation entre le type d'unité occupé (chambre ou logement) et le revenu des résidents, compte tenu du niveau de loyer demandé pour ces types de logement. Cela tend à confirmer le fait que la situation financière de la clientèle des petites résidences est plus précaire que celle de la clientèle des résidences de plus grande taille.

Soulignons que l'écart entre le nombre d'unités disponibles et le nombre d'unités occupées s'élève à 6 018, dont 1 322 dans les résidences de 1 à 9 unités. Nous présentons ces données au tableau 3.8.

¹⁶Par exemple, dans une résidence de 5 unités occupées par 5 personnes, le départ d'un seul résident fait passer le taux d'occupation de 100 % à 80 %. Dans une résidence de 100 unités pleinement occupée, le départ d'un résident fait passer le taux d'occupation de 100 % à 99 %. Les impacts sur la rentabilité de ces deux entreprises sont, en conséquence, bien différents.

Tableau 3.8
Unités disponibles selon la taille des résidences

Unités	Unités disponibles	Unités occupées	Unités vacantes
1-9	7 007	5 685	1 322
10-49	16 027	14 257	1 770
50-99	12 234	11 589	645
100-199	14 872	13 681	1 191
200 et +	14 120	13 030	1 090
TOTAL	64 260	58 242	6 018

3.6 L'âge des résidents

La seule caractéristique des résidents disponibles dans le registre des résidences avec services concerne leur âge. Le registre ne nous renseigne nullement sur leur sexe, leur état matrimonial, le niveau de leur revenu, leurs liens passés avec le marché du travail, leur condition de santé, etc. Nous savons par d'autres recherches que l'on retrouve au sein de ces résidences une proportion importante de femmes seules et qu'environ la moitié disposent de revenu très modeste (Bravo et *al.*, 1998).

Dans le tableau 3.9, nous présentons la répartition des résidents selon leur âge et la taille de la résidence qu'ils habitent. Soulignons que les données du registre des résidences avec services ne nous permettent de distinguer que trois groupes d'âge : moins de 65 ans, de 65 ans à 84 ans, et 85 ans et plus.

Tableau 3.9
Répartition des résidents selon leur âge et la taille des résidences

Unités	Nombre de résidences	Moins de 65 ans		65-84 ans		85 ans et plus		Total
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
1-9	1098	700	11,8	3 204	54,0	2 024	34,1	5 928
10-49	725	1 011	6,8	8 531	57,5	5 286	35,6	14 828
50-99	181	398	3,2	7 657	61,8	4 327	34,9	12 382
100-199	105	334	2,2	9 949	66,3	4 722	31,5	15 005
200 et plus	46	583	3,9	10 371	69,2	4 043	27,0	14 997
TOTAL	2155	3 026	4,8	39 712	62,9	20 402	32,3	63 140

Malgré le peu d'informations disponibles sur les résidents, on peut tirer quelques constats intéressants de ce tableau.

D'abord les résidences privées à but lucratif pour personnes âgées n'accueillent pas uniquement les personnes de 65 ans et plus. Selon le registre des résidences, plus de 3 000 résidents sont âgés de moins de 65 ans. On retrouve la majorité de ces personnes dans les résidences de moins de 50 unités. On peut émettre l'hypothèse que la majorité de ces personnes vivaient en milieu institutionnel, avant la vague de désinstitutionnalisation des années 1980. Rappelons que, dans la foulée de la désinstitutionnalisation, plusieurs anciens pavillons qui hébergeaient des personnes ayant des déficiences physiques ou intellectuelles ou souffrant de problèmes de santé mentale, étaient transformées en ressources intermédiaires. Si un grand nombre de personnes qui retournaient vivre dans leur communauté ont su réintégrer le foyer familial, un certain nombre ont choisi la résidence privée avec services comme domicile.

Ensuite, une proportion très importante, près du tiers, des résidents sont âgés de 85 ans ou plus. Or nous savons que le taux d'incapacité des individus augmente avec l'âge, s'établissant à 34 % chez les personnes de 65-74 ans et de 55 % chez celles âgées de 75 ans et plus (MSSS, 2003). Cela tend à confirmer les résultats de l'étude mentionnée précédemment dans la région de l'Estrie (Bravo et *al.*, 1997). Cette étude a « permis d'estimer que 64 % de la clientèle hébergée dans les résidences privées est en perte d'autonomie » (Charpentier, 2001 : 33)¹⁷. Cette perte d'autonomie pouvait être légère, modérée ou lourde.

Enfin, le tableau 3.9 nous indique que les personnes très âgées sont relativement plus présentes dans les résidences de tailles petite et moyenne. Dans les grandes et très grandes résidences, la proportion des personnes très âgées est significativement plus faible. Cela nous indique deux choses : premièrement, que les ressources publiques et

¹⁷ L'étude de Bravo et *al.* (1997), citée dans Charpentier (2001), a révélé que le profil démographique des résidents sélectionnés aléatoirement dans les secteurs avec et sans permis (agrés ou non) est comparable. Les résidents sont âgés en moyenne de 84 ans, sont aux deux tiers des femmes, ont perdu leur conjoint et ont moins de 8 ans de scolarité.

privées pour les personnes en perte d'autonomie sont insuffisantes et, deuxièmement, que les résidences de taille plus modeste, généralement plus précaires financièrement que les grandes résidences, doivent faire face à des demandes de services plus importantes et complexes, compte tenu de la lourdeur d'une partie importante de leur clientèle.

3.7 Les places CHSLD et places ressources intermédiaires

Comme nous l'avons vu dans la partie sur les différentes ressources de logement et d'hébergement pour personnes âgées, le MSSS peut acheter, au sein des résidences avec services, des places CHSLD ou ressources intermédiaires (RI) pour des personnes en perte d'autonomie. Cela implique que ces résidences respectent le cadre opératoire relativement rigide des ressources d'hébergement agréées. Comme le note Charpentier (2001 : 26), la « délivrance d'un permis est assujettie à de multiples normes et conditions relatives aux installations physiques, aux services professionnels et infirmiers, à la création d'un comité des usagers, etc. ».

Le registre des résidences pour personnes âgées nous renseigne sur le nombre de résidences qui, après entente avec le MSSS, disposent, soit de places reconnues CHSLD et de places reconnues comme ressources intermédiaires. Nous présentons ces données, selon la taille des résidences, au tableau 3.10. Une mise en garde s'impose cependant quant à la fiabilité de ces données, particulièrement celles concernant les places CHSLD, compte tenu du cadre opératoire établi pour ces ressources. S'il peut sembler logique que l'on retrouve relativement plus de places « ressources intermédiaires » au sein des résidences de taille modeste et relativement plus de places « CHSLD » dans les grandes résidences, comme l'indique le tableau 3.10, nous nous interrogeons sur le fait que ces résidences de petite taille et même de taille moyenne puissent se conformer au cadre opératoire des CHSLD.

Tableau 3.10
Répartition des résidences avec permis CHSLD ou ressources intermédiaires
selon la taille des résidences

Unités	Nombre de résidences	Avec places permis CHSLD	Nombre de places permis CHSLD	Avec places RI	Nombre de places RI
1-9	1 098	13	149	72	528
10-49	725	12	214	69	751
50-99	181	5	204	18	208
100-199	105	6	361	5	95
200 et plus	46	3	139	1	33
TOTAL	2 155	39	1 067	165	1 615

Nonobstant cette mise au point, les données du registre des résidences privées nous indiquent que la pratique d'achat de places soit de type CHSLD ou de type ressource intermédiaire concernerait 204 résidences sur 2 155, soit 9,5 %. Au total, ces 204 résidences disposeraient de 2 682 places de ce type, soit 4,2 % de l'ensemble des 63 140 unités disponibles dans les résidences privées avec services. De ces 2 682 places, 1 615 ou 60,2 %, sont de type « ressource intermédiaire » et 1 067 ou 39,8 %, sont de type « CHSLD ». Rappelons qu'en 2001-2002, il existait 2 787 places reconnues à titre de ressources intermédiaires et 43 295 places au sein d'institutions détentrices d'un permis CHSLD (publiques et privées, conventionnées ou non) (Charpentier, 2001 : 25). Selon les données du tableau 3.10, on devrait en conclure que plus de la moitié (57 %) des places « ressources intermédiaires » et 2,4 % des places « CHSLD » se retrouvent au sein des résidences privées à but lucratif pour personnes âgées avec services.

Nous présentons au tableau 3.11 la répartition régionale des résidences ayant des places CHSLD et RI. On remarque que la présence de places CHSLD et RI au sein des résidences privées à but lucratif semble extrêmement marginale dans les grands centres urbains tels que Montréal, Québec et Laval.

Tableau 3.11
Répartition des résidences avec permis CHSLD et RI selon la taille des résidences

Régions	Avec places CHSLD	Avec places RI	Avec places CHSLD et places RI
01. Bas-Saint-Laurent	2	21	1
02. Saguenay–Lac-Saint-Jean	1	2	0
03. Capitale-Nationale	3	6	1
04. Mauricie et Centre-du-Québec	8	12	7
03. Estrie	5	29	4
06. Montréal	5	8	0
07. Outaouais	0	9	0
08. Abitibi-Témiscamingue	0	2	0
09-10. Côte-Nord et Nord-du-Québec	0	2	0
11. Gaspésie–les-de-la-Madeleine	0	12	0
12. Chaudière-Appalaches	5	8	2
13. Laval	2	2	0
14. Lanaudière	1	23	0
13. Laurentides	2	9	0
16. Montérégie	5	20	2
Total	39	165	17

3.8 Les équipements

Le registre des résidences avec services pour personnes âgées contient des informations sur le type d'équipements qui sont mis à la disposition des résidents. Nous présentons au tableau 3.12 un certain nombre de données concernant la présence de trois types d'équipements : les ascenseurs, les plates-formes élévateurs et les fauteuils élévateurs d'escalier.

Tableau 3.12
Répartition des résidences offrant divers équipements selon le type d'équipement et la taille des résidences

Unités	Nombre de résidences	Ascenseurs		Plates formes élévatrices		Fauteuils élévateurs d'escalier	
		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
1-9	1 098	55	5,0	66	6,0	145	13,2
10-49	725	297	41,0	79	10,9	64	8,8
50-99	181	172	95,0	13	7,2	3	1,7
100-199	105	103	98,1	5	4,8	1	1,0
200 et plus	46	45	97,8	2	4,3	0	0,0
Total	2 155	672	31,2	165	7,7	213	9,9

Les données sur la présence des ascenseurs au sein des résidences parlent d'elles-mêmes. Plus le nombre d'unités d'habitation est grand, plus la proportion des résidences équipées d'ascenseurs est grande. La plus grande présence de plates-formes élévatrices et de fauteuils élévateurs d'escalier dans les petites résidences, qui ne disposent pas d'ascenseurs, tombe aussi sous le sens.

Ce qui ressort nettement du tableau cependant, c'est le sous-équipement des résidences de moins de 50 places en ce qui concerne les plates-formes élévatrices et les fauteuils élévateurs d'escalier. Il s'agit d'un autre trait distinctif des petites résidences. Ce type d'équipement n'est pas nécessaire dans les résidences qui disposent d'ascenseurs, ce qui est le cas dans la quasi-totalité des grandes résidences.

3.9 Les services offerts

Par définition les résidences du registre offrent, en plus d'un logement, au moins un autre service à leurs résidents. Le tableau 3.13 nous informe sur les différents services offerts par les résidences à but lucratif selon leur taille.

Tableau 3.13
Répartition des résidences selon la taille et le type de services offerts

Unités	Nbre de résidences	Repas		Soins assistance personnelle		Aide alimentaire		Soins infirmiers		Loisirs	
		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
1-9	1 098	647	58,9	541	49,3	358	32,6	171	15,6	466	42,4
10-49	725	457	63,0	421	58,1	281	38,8	174	24,0	430	59,3
50-99	181	126	69,6	100	55,2	67	37,0	87	48,1	128	70,7
100-199	105	70	66,7	51	48,6	33	31,4	62	59,0	76	72,4
200 et +	46	37	80,4	31	67,4	18	39,1	36	78,3	41	89,1
TOTAL	2 155	1 337	62,0	1 144	53,1	757	35,1	530	24,6	1 141	52,9

Il ressort du tableau que la proportion des résidences qui offrent divers services augmente avec la taille des résidences. Ceci est particulièrement vrai pour les services infirmiers et

les activités de loisirs. On peut en conclure que si les résidents qui habitent les résidences de plus grande taille reçoivent des services d'assistance personnelle et de soins infirmiers fournis par la résidence mais pour lesquels les résidents paient, les personnes âgées qui habitent des résidences de plus petite taille doivent compter beaucoup plus sur les services dispensés par les CLSC et les activités, de loisirs notamment, offerts par les organismes communautaires. Cette situation est d'autant plus préoccupante que les personnes habitant des petites et très petites résidences sont aux prises avec des problèmes de santé plus importants que celles vivant dans les résidences de grande taille.

En ce qui concerne les repas, les données du registre nous informent que la très grande majorité des résidences privées mettent à la disposition de leurs résidents une salle commune pour les repas, comme l'indique le tableau 3.14. Plus de 10 % des résidences de 1 à 9 unités ne disposeraient cependant pas de salle à manger, ce qui nous semble pour le moins curieux. En effet, il est de notoriété publique que les résidences de 1 à 9 places offrent à leurs locataires trois repas par jour et que les frais afférents sont inclus dans le loyer des résidents.

Tableau 3.14
Répartition des résidences offrant une salle à manger commune ou une cafétéria selon la taille des résidences

Unités	Nbre de résidences	Avec pièce commune	
		Nombre	%
0-9	1098	983	89,5
10-49	725	707	97,5
50-99	181	175	96,7
100-199	105	104	99,0
200 et plus	46	45	97,8
Total	2155	2014	93,5

D'autres données du Tableau 3.13 nous semblent problématiques. Comment expliquer, par exemple, que seulement 58,9 % des très petites résidences affirment offrir un service de repas alors que 89,5 % déclarent disposer d'une « salle à manger commune ou une cafétéria (repas offerts dans une pièce commune) » (MSSS, 2004a : 5).

Ce type d'anomalie dans les données du registre apparaît encore plus clairement au tableau 3.15 qui présente la répartition des résidences selon le nombre de services offerts. En effet, comment expliquer que 35,5 % des résidences apparaissant dans un registre de « résidences avec services » déclarent n'offrir aucun des services indiqués à ses résidents. Nonobstant cette apparente anomalie, le tableau 3.15 indique que le nombre de services offerts augmente avec la taille des résidences.

Tableau 3.15
Répartition des résidences selon la taille et le nombre de services offerts

Unités	Nbre de résidences	Aucun service		1 service		2 services		3 services		4 services		5 services	
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
1-9	1098	439	40,0	67	6,1	87	7,9	191	17,4	201	18,3	113	10,3
10-49	725	245	33,8	22	3,0	34	4,7	138	19,0	171	23,6	115	15,9
50-99	181	50	27,6	5	2,8	15	8,3	24	13,3	34	18,8	53	29,3
100-199	105	28	26,7	3	2,9	6	5,7	20	19,0	23	21,9	25	23,8
200 et +	46	4	8,7	2	4,3	4	8,7	7	15,2	13	28,3	16	34,8
TOTAL	2155	766	35,5	99	4,6	146	6,8	380	17,6	442	20,5	322	14,9

3.10 Les ententes de services

Le registre des résidences pour personnes âgées nous informe que seulement 8 % des 2 155 résidences à but lucratif ont conclu des ententes de services avec des organismes du réseau public de santé et de services sociaux. Nous présentons au tableau 3.16 la répartition des résidences ayant conclu de telles ententes, selon la taille des résidences. On peut y constater que la présence d'ententes de services ne semble pas être liée à la taille des résidences.

Tableau 3.16
Répartition des résidences ayant des ententes de service selon la taille des résidences

Unités	Nbre résidences	Avec entente	%
1-9	1 098	97	8,8
10-49	725	51	7,0
50-99	181	11	6,1
100-199	105	9	8,6
200 et plus	46	5	10,9
Total	2 155	173	8,0

La très grande majorité des ententes de services concernent les CLSC et les CLSC-CHSLD comme nous l'indique le tableau 3.17.

Tableau 3.17
Organismes impliqués dans les ententes de services

Type d'organisme	Ententes de services
CLSC, CLSC-CHSLD, CHSLD	155
Centre hospitalier	17
Association	5
Réseau santé	2
Centre d'accueil	2
Autre	2
Total	183

Comme on peut le constater à la lecture du tableau 3.18, la majorité des ententes (110 sur 179, ou 61,5 %) concernent le soutien à domicile, alors que 34 concernent l'achat de places par le réseau public.

Tableau 3.18
Ententes de services selon la nature de l'entente

Nature de l'entente	Nombre d'ententes de services
Soutien à domicile	111
Achat de places	34
Prise de sang, test d'urine, vaccin, etc.	4
Mesures de désengorgement des urgences	3
Autres*	19
Indéterminées	8
Total	179

* La catégorie « Autres » comprend diverses ententes : entente de collaboration abus-négligence-violence, réservation de place pour divers projets, programme PAPA, infirmière et travailleuse sociale, lit ouvert pour le CLSC et famille d'accueil.

La distribution régionale des résidences qui ont conclu des ententes de services nous indique que ces ententes existent surtout dans la région de Montréal (108 ententes), suivie de loin par la Montérégie (15 ententes) et la Gaspésie (12 ententes). Les résidences des autres régions ont conclu moins de 10 ententes de services, alors que les résidences de quatre régions, soit l'Estrie, le Saguenay–Lac-Saint-Jean, le Centre-du-Québec et la Mauricie¹⁸, n'ont conclu aucune entente de services.

3.11 Conclusion

À notre connaissance, il n'existe actuellement aucune analyse sérieuse de l'ensemble du secteur des résidences privées pour personnes âgées, malgré le rôle grandissant que doivent assumer ces ressources pour le bien-être d'une partie croissante des citoyens et des citoyennes du Québec. La raison principale en est qu'il n'existe tout simplement pas de données suffisantes pour procéder à une telle analyse.

C'est pourquoi le registre des résidences avec services pour personnes âgées pourrait constituer un outil important pour la connaissance de ce secteur d'activité. Nous croyons

¹⁸ Comme mentionné au début de cette section, les données pour la région de la Mauricie sont incomplètes.

qu'il y a deux conditions à cela. La première est que les nombreuses lacunes et inconsistances que nous avons relevées tout au long de cette partie soient corrigées. Nous croyons que la majorité de ces faiblesses peuvent s'expliquer par le fait que le registre n'avait, en juin 2004, que deux ans d'existence. Il est donc probable que l'inventaire des résidences ne serait pas encore exhaustif, particulièrement en ce qui concerne les résidences de petite taille, plus éphémères et plus difficiles à identifier, et que la procédure d'inscription au registre (le contenu du questionnaire et le mécanisme mis en place pour répondre au questionnaire) ne serait pas encore rôdée. Nous croyons aussi que l'incohérence apparente de certaines données est liée à un problème de rédaction et de compréhension de certains éléments du questionnaire qu'ont à compléter les responsables des résidences. Nous pensons que le MSSS a tout intérêt à corriger ces problèmes dans les plus brefs délais, afin que les intervenants puissent non seulement connaître avec précision les principales caractéristiques de ces résidences à une date précise, mais aussi suivre leur évolution dans le temps.

La deuxième condition qui pourrait faire du registre une réserve importante de connaissances de ce secteur d'activité serait d'élargir le nombre et le genre d'informations colligées sur chacune des résidences inscrites au registre. Outre la catégorie d'âge, le registre ne contient aucune information socio-économico-démographique sur les résidents, encore moins sur leur profil bio-psycho-social. En outre, nous ne savons pas dans quelle mesure il existe des associations de résidents ou des lieux de participation pour les résidents au sein des résidences. Il n'existe actuellement aucune information sur les personnes qui travaillent dans ces résidences : le nombre d'employé-e-s et de bénévoles, les caractéristiques démographiques des employé-e-s, leur niveau d'éducation, la formation dispensée par l'employeur, les conditions de travail, la présence ou non d'une association de salarié-e-s, etc. Bien que les données du registre laissent supposer qu'il existe des différences majeures entre les plus petites résidences et celles de tailles moyenne et grande en ce qui concerne le nombre, la qualité et le coût des services offerts à la clientèle, il n'est pas possible de mesurer avec assez de précision ces différences. Aucune donnée du registre ne nous permet de mesurer la santé financière des résidences privées. Certes, la question de la divulgation des informations financières peut

être problématique pour des entreprises à but lucratif qui ne font pas appel à un financement sur le marché boursier¹⁹. Mais le problème de la confidentialité se situe au niveau de l'entreprise individuelle. Il serait possible de colliger et publier les informations financières de manière agrégée, sans que soient divulguées des informations sur une résidence particulière.

La pénurie d'informations fiables sur les résidences privées pour personnes âgées nous paraît de plus en plus contradictoire avec la reconnaissance par l'État du rôle stratégique que seront appelées à jouer ces résidences dans la mise en place de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

¹⁹ Une entreprise qui fait appel à l'épargne privée est enregistrée à la Commission des valeurs mobilières, est cotée en Bourse et doit rendre public ses états financiers.

4. L'ENVIRONNEMENT LÉGISLATIF DES RÉSIDENCES PRIVÉES À BUT LUCRATIF

Nous avons souligné précédemment qu'il n'existe pas au Québec de loi spécifique régissant les résidences privées. Opérant dans un régime de libre concurrence et de liberté contractuelle, les propriétaires de ces résidences sont « entièrement responsables et imputables de la sélection de leur clientèle et de leurs employés, de la disponibilité et de la qualité des services » (Charpentier, 2002 : 36).

Comme dans toute entreprise privée à but lucratif, les propriétaires disposent de l'ensemble des pouvoirs nécessaires à la gestion et à l'orientation de leur entreprise et sont tout à fait libres de partager ce pouvoir avec leurs résident-e-s, leurs employé-e-s et la communauté dans laquelle ils opèrent. Cela constitue une différence fondamentale entre ces résidences et celles opérées par des OBNL ou des coopératives²⁰.

De plus, contrairement à la situation qui prévaut au sein des CHSLD et des ressources intermédiaires, il n'existe pas de normes minimales de qualité des services et des soins pour les résidences privées qui ne détiennent pas de permis du MSSS, que ce soit sur le ratio personnel/résidents, sur les qualifications et la formation de la direction et des salarié-e-s²¹, sur les consignes relatives à la médication, etc.

Il n'en découle pas nécessairement que la qualité des services offerts dans les résidences privées soit inacceptable. L'étude de Bravo *et al.* (1997) indique que la qualité des services et des soins y est globalement assez bonne et comparable à ce qui a été constaté dans les ressources d'hébergement avec permis. Cependant, ce jugement général cache des disparités importantes. Ainsi « 25 % des résidences privées sans permis dispensent des soins jugés inadéquats. Il s'agit surtout de résidences de petite et moyenne tailles » (Charpentier, 2002 : 33).

²⁰ Voir Ducharme, 2004.

²¹ L'étude de Bravo *et al.* (1997, citée dans Charpentier, 2002 : 33) a constaté le « manque de formation et d'expérience d'intervention auprès des personnes âgées fragilisées. De plus, seul un petit nombre d'entre eux s'adjoignent du personnel qualifié, même sur une base occasionnelle ».

Nonobstant l'absence de réglementation quant au contrôle de la qualité des soins et des services, les résidences privées pour personnes âgées n'opèrent pas dans un vide juridique complet. En effet, nous verrons dans les pages qui suivent que plusieurs lois et règlements prévoient un certain nombre d'obligations et de prohibitions que doivent respecter les propriétaires de ces résidences. Nous présentons dans le reste de cette partie les principales mesures législatives et réglementaires qui s'appliquent aux résidences privées.

4.1 Les législations régissant les relations entre locateurs et locataires

LE CODE CIVIL DU QUÉBEC

Au Québec, les propriétaires de résidences privées doivent respecter le Code civil, qui définit les droits et obligations des locateurs et des locataires. En effet, « les règles en matière de bail de logement s'appliquent aux résidences privées pour personnes âgées comme à tout autre logement, qu'il s'agisse de la location d'un appartement avec ou sans services, d'une chambre, d'un logement à loyer modique ou d'un logement dans une coopérative d'habitation » (CDPDJ, 2001 : 80-81). De plus, des modalités particulières sont prévues lorsque le locateur offre des services au locataire à cause de sa condition personnelle, entre autres, lorsqu'il s'agit d'une personne âgée ou handicapée. Dans ce cas, une annexe au bail doit décrire de manière détaillée les accessoires et les services offerts, de même que le tarif des services et les modalités de paiement (CDPDJ, 2001).

Le Code civil prévoit une clause particulière de résiliation de bail pour une personne qui ne peut plus occuper son logement en raison d'un handicap ou une personne âgée qui est admise de façon permanente dans un CHSLD ou dans un foyer d'hébergement (Code civil du Québec, art. 1974). Le Code civil prévoit que le locateur est tout à fait libre de fixer le niveau du loyer et les tarifs des divers services fournis, alors que le locataire a le loisir de refuser et d'obliger le propriétaire-locateur à justifier ses prix devant la Régie du logement, créée en vertu de la Loi sur la régie du logement, qui trouve ses assises dans le Code civil du Québec.

La Loi sur la Régie du logement prévoit qu'elle a juridiction sur les aspects relatifs aux baux, aux conditions dans le logement, aux avis de départ et aux sommes à verser. Elle a aussi pour fonction, entre autres, de « renseigner les locateurs et les locataires sur leurs droits et obligations résultant du bail d'un logement et sur toute matière visée dans la présente loi ; de favoriser la conciliation entre locateurs et locataires » (Loi sur la Régie du logement, chapitre 2, paragraphe 5).

La Régie du logement a juridiction même s'il n'y a pas de bail signé. Il s'agit alors d'un bail verbal à durée indéterminée.

4.2 Les législations protégeant les droits des personnes ou du public

Plusieurs lois et règlements protégeant les droits des personnes sont à portée universelle et, en conséquence, s'appliquent aux résidences privées avec services. Outre le Code criminel qui identifie les actes interdits au Canada, ainsi que les peines pouvant être encourues, quatre pièces de législation provinciale assurent une certaine protection des personnes qui vivent dans des résidences privées. Il s'agit du Code civil, de la Charte des droits et libertés, de la Loi sur le curateur public et du Code des professions.

LE CODE CIVIL DU QUÉBEC

Le Code civil établit les règles qui régissent les rapports des citoyens entre eux. L'article 19 spécifie que : « La personne humaine est inviolable. Nul ne peut porter atteinte à la personne d'autrui sans son consentement ou sans y être autorisé par la loi ». Le Code civil reconnaît aussi le principe du consentement aux soins comme étant la règle de base, ce qui signifie qu'on ne peut contraindre une personne apte à décider à se soumettre à quelque soin que ce soit (Régie régionale des Laurentides, 2003a : 5).

LA CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse doit assurer le respect des droits des personnes âgées. De plus, elle détient le pouvoir d'enquête et d'intervention, même sans l'accord de la victime²². Outre l'article 2 de la Charte qui spécifie que « tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours », l'article 48 de la Charte affirme que « toute personne âgée ou toute personne handicapée a droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation ». Une plainte peut être effectuée par un organisme ou une personne qui est témoin de la situation. Pour qu'il y ait exploitation interdite par la Charte, la personne âgée ou handicapée doit subir « un préjudice moral ou matériel de la part d'une autre personne ou d'un organisme, ou que l'âge avancé ou le handicap affecte la personne au plan physique, mental ou psychologique, au point de placer celle-ci dans une situation de dépendance » (Régie régionale des Laurentides, 2003 : 8).

LA LOI SUR LE CURATEUR PUBLIC

La Loi sur le curateur public protège les personnes majeures jugées inaptes à s'occuper de leur propre personne et de leurs biens. Le curateur public assure la protection des personnes qu'il représente, protège leurs biens et voit au respect de leurs droits.

LE CODE DES PROFESSIONS

Le Code des professions régleme la pratique des personnes qui sont membres d'un ordre professionnel et a pour objectif la protection du public. Par exemple, l'administration d'un médicament est régleme. Toute plainte visant un professionnel ou un acte professionnel peut être adressée à l'ordre professionnel concerné.

²² À l'exception des services policiers, la CDPDJ est le seul organisme qui est explicitement mandaté pour intervenir dans des cas d'abus et de violence.

4.3 Autres lois et règlements

Plusieurs autres pièces législatives et réglementaires touchent à divers aspects de la vie au sein des résidences privées. Nous en présentons les principales dans les pages qui suivent.

LE RÈGLEMENT SUR LA SÉCURITÉ DANS LES ÉDIFICES PUBLICS

Ce règlement précise, entre autres, les normes d'espace et de sécurité-incendie et ne s'applique qu'aux résidences privées dont la capacité est supérieure à neuf places. La Régie du bâtiment est responsable du respect de la réglementation. Elle serait présentement à explorer la possibilité de réglementer les résidences de neuf unités et moins (Régie régionale de Chaudière-Appalaches, 2003 : 19).

LA LOI SUR L'AMÉNAGEMENT ET L'URBANISME

Des modifications apportées à la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme en 2002 délèguent désormais aux municipalités le pouvoir d'adopter un règlement qui peut établir des normes particulières de construction et des règles relatives à l'aménagement des résidences privées pour personnes âgées.

Rappelons que les municipalités sont responsables du zonage, de la sécurité publique, de la protection contre les incendies et de l'émission des permis de construction, entre autres. Avant l'introduction des amendements à la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme en 2002, une municipalité pouvait, si elle le voulait, édicter des normes pour les résidences de 10 places et plus, « dans la mesure où ces normes sont plus exigeantes que celles prévues au Code de la construction du Québec » (Gouvernement du Québec, 2003 : 7). Une municipalité pouvait aussi réglementer dans ses domaines de compétence les résidences de neuf chambres et moins. Cependant, de tels règlements devaient s'appliquer à l'ensemble des maisons de chambres, quel que soit l'âge ou la condition des

résidents²³. Or les amendements apportés à la Loi accordent aux municipalités le pouvoir facultatif de réglementer les résidences pour personnes âgées.

L'article 118.1 spécifie que :

Le règlement de construction peut, à l'égard d'une résidence pour personnes âgées, prévoir des normes particulières de construction et des règles particulières relatives à l'aménagement de l'immeuble et aux éléments et accessoires qui doivent y être intégrés afin d'assurer aux résidents les services appropriés à leur condition.

L'article 118.1 contient la même définition d'une résidence privée, que l'on retrouve à l'article 346 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Un autre amendement à la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme introduit en 2002 prévoit, qu'avant de délivrer un permis de construction, une municipalité doit « recevoir de la part du demandeur une déclaration écrite établissant si le permis demandé concerne ou non un immeuble destiné à être utilisé comme résidence pour personne âgée [...] » (article 120.0.1). À noter que cette déclaration doit contenir les mêmes informations que celles requises par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour l'inscription d'une résidence dans le registre tenu par les régies régionales.

LA RÉGLEMENTATION SUR LA SALUBRITÉ ET L'INNOCUITÉ DES ALIMENTS

La Réglementation sur la salubrité et l'innocuité des aliments est sous la responsabilité du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ). Cette réglementation ne s'applique qu'aux résidences ayant dix places et plus. Le Service d'inspection-qualité des aliments du MAPAQ a pour mandat de s'assurer de la salubrité et de l'innocuité des aliments (aliments sains et propreté des locaux où il y a des aliments). Toute plainte concernant l'insalubrité des aliments peut être acheminée à ce service, qui ne donne cependant pas suite aux plaintes concernant le contenu des menus

²³ Une quinzaine de municipalités avaient dans le passé adopté des règlements encadrant les résidences privées pour personnes âgées. Cependant, avant l'amendement à la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme, ces municipalités ne disposaient pas des pouvoirs nécessaires pour ce faire (Gouvernement du Québec, 2003 : 14-15).

ou la façon de préparer les aliments (Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2003 : 44).

LA LOI SUR LA SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

La Loi sur les services de santé et les services sociaux contient plusieurs provisions qui concernent les résidences privées avec services.

La définition de la résidence avec services

Comme nous l'avons mentionné précédemment, une définition d'une résidence avec services pour personnes âgées a été intégrée à diverses lois dont celle sur les services de santé et les services sociaux en 2002.

Bien que les notions d'autonomie et de perte d'autonomie soient au cœur de la problématique de l'organisation des services pour personnes âgées, force est de constater qu'elles demeurent absentes de la définition retenue. Cependant, c'est de manière indirecte que ces notions refont surface dans la loi, plus particulièrement à l'article 437 qui affirme :

Nul ne peut exercer des activités propres à la mission d'un centre local de services communautaires, d'un centre hospitalier, d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, **d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée** ou d'un centre de réadaptation, s'il n'est titulaire d'un permis délivré par le ministre (souligné par nous).

Nul ne peut laisser croire, de quelque façon que ce soit, qu'il est autorisé à exercer les activités propres à la mission d'un centre mentionné au premier aliéna, s'il n'est titulaire d'un permis délivré par le ministre.

Or la mission de ces divers organismes est spécifiée dans la loi, dont celle de centre d'hébergement et de soins de longue durée, à l'article 83 :

La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel malgré le support de leur entourage.

Les résidences pour personnes âgées qui accueillent des personnes en lourde perte d'autonomie et qui désirent obtenir un permis de CHSLD doivent respecter un certain nombre de conditions spécifiées à l'article 441 :

La personne qui sollicite un permis doit transmettre sa demande à la Régie régionale conformément au règlement. Elle doit posséder les qualités, remplir les conditions et fournir les renseignements et documents prescrits par règlement. La Régie régionale, après approbation, transmet la demande au ministre qui délivre le permis, s'il estime que l'intérêt public le justifie.

Outre ces dispositions qui contribuent tant bien que mal à cerner le champ d'action des résidences privées, la loi contient plusieurs autres articles qui concernent ces résidences et qui touchent en particulier le droit des usagers au regard des services offerts, les conditions relatives à l'inspection de ces résidences, au pouvoir de relocalisation des résidents et l'obligation de s'inscrire à un registre des résidences privées.

Le droit des usagers au regard des services offerts

Plusieurs articles de la loi définissent les droits des usagers en ce qui concerne les services auxquels ils ont droit, que ce soit au sein des établissements du réseau de la santé ou dans les résidences privées avec services.

L'article 5 spécifie que « toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée ». L'article 7 prévoit que « toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état ». L'article 9 stipule que « nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention ».

Les conditions relatives à l'inspection de ces résidences

La loi confère au ministre de la Santé et des Services sociaux le droit de procéder à l'inspection d'une résidence privée, s'il y a raison de croire que cette résidence agit, sans permis, à titre de CHSLD. L'article 489 prévoit, entre autres, que :

Une personne autorisée par écrit par le ministre à faire une inspection peut, à tout moment raisonnable, pénétrer dans tout lieu où elle a raison de croire que des opérations ou des activités pour lesquelles un permis est exigé en vertu de la présente loi sont exercées, de même que dans toute installation maintenue par un établissement afin de constater si la présente loi et les règlements sont respectés.

De plus, l'article 489.1 spécifie que « le ministre peut déléguer à chaque régie régionale les pouvoirs qu'il exerce en application de la présente partie ».

Le pouvoir de relocalisation

L'article 452 de la Loi prévoit que, lorsqu'une résidence privée exerce des activités pour lesquelles un permis est exigé, le ministre peut procéder à l'évacuation et à la relocalisation de résidents.

Lorsque, dans une installation, sont exercées sans permis des activités pour lesquelles un permis est exigé en vertu de l'article 437, le ministre peut, après avoir consulté la régie régionale concernée, procéder à l'évacuation et à la relocalisation des personnes qui y sont hébergées, le cas échéant.

Le ministre doit, avant de procéder ainsi, signifier sa décision motivée à la personne qui maintient cette installation. Dès la réception de la décision du ministre, cette personne ne doit pas permettre, sauf en cas d'urgence médicale ou avec l'autorisation écrite du ministre, le déplacement des personnes hébergées dans cette installation et dont les noms apparaissent en annexe de la décision motivée du ministre.

L'article 453.1 prévoit que le « ministre peut déléguer à chaque régie régionale les pouvoirs qu'il peut exercer en application de la présente section ».

L'évacuation et la relocalisation d'une personne vivant dans une résidence privée est donc prévue lorsque cette résidence agit dans les faits à titre d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, par exemple un CHSLD, mais sans détenir un permis du ministère. C'est le cas aussi lorsqu'une personne, vivant en résidence privée, n'est pas ou n'est plus autonome et requiert en conséquence d'être hébergée dans un établissement du réseau en vertu de l'article 83 de la loi.

Il paraît évident que ce pouvoir d'évacuation et de relocalisation est tributaire du pouvoir d'inspection prévu à l'article 489, suite à un signalement²⁴ concernant la qualité des services et des soins.

Le registre des résidences privées pour personnes âgées

La Loi sur les services de santé et les services sociaux a été amendée en 2002 afin de mandater chaque régie régionale à tenir à jour un registre des résidences privées pour personnes âgées (article 346.0.1) et d'obliger les responsables des résidences privées à s'inscrire à ce registre.

Le même article de la loi énumère les renseignements que doit contenir le registre :

[...] le nom et l'adresse du propriétaire et de la personne responsable de la résidence, l'adresse et la description physique de la résidence, certaines informations relatives au bâtiment et les permis municipaux qu'il détient, certaines caractéristiques de la résidence, les services offerts et les installations disponibles ainsi que les catégories d'âge de la clientèle. Ces renseignements ont un caractère public.

L'article 346.0.2 prévoit aussi que « la personne responsable d'une résidence pour personnes âgées doit, la première fois qu'elle accueille un résident et le 1^{er} avril de chaque année par la suite, produire auprès de la régie régionale une déclaration contenant les renseignements prévus au dernier alinéa de l'article 346.0.1 ».

4.4 Conclusion

Que conclure de ce tour d'horizon des principales lois qui encadrent les résidences privées pour personnes âgées ?

Premièrement, loin d'opérer dans un vide juridique, ces résidences sont encadrées par plusieurs lois et règlements : au premier chef, par le Code civil et la Loi sur la régie du logement, mais aussi par diverses autres législations qui ont pour objectif d'assurer la protection des droits et la sécurité des résidents. Cet encadrement demeure cependant extrêmement léger si on le compare à celui des établissements publics qui accueillent

²⁴ Le signalement peut provenir du résident concerné, de la famille ou d'un proche de la personne, d'un employé ou d'un bénévole de la résidence, d'un intervenant du réseau ou de tout autre citoyen.

souvent des personnes ayant des problématiques identiques ou semblables, tels que les CHSLD²⁵. On peut en conclure avec Charpentier (2002 : 34) que « [...] la nature et l'éparpillement des règles encadrant les résidences privées, de même que la diversité des instances impliquées (dont la plupart n'ont pas une logique d'intervention centrée sur les besoins des personnes âgées) suscitent un questionnement quant à leur capacité à garantir la qualité des services et le respect des droits des clientèles ».

Deuxièmement, lorsque ces résidences ne se substituent pas à la mission d'un établissement du réseau public, tel qu'un CHSLD ou un centre de réadaptation par exemple, il n'existe aucun mécanisme légal pour assurer un niveau minimum de qualité des services offerts. En effet, l'encadrement législatif affectant la qualité de vie au sein de ces résidences concerne essentiellement les normes de construction et d'aménagement physique des lieux et non la quantité ou la qualité des services et des soins que ces résidences offrent à leur clientèle. On ne peut nier que le législateur ait tenté ces dernières années d'étendre l'application de certaines de ces règles aux résidences de neuf places et moins. Par exemple, depuis 2002, les municipalités ont le pouvoir d'édicter des normes particulières de construction et des règles relatives à l'aménagement pour ce type de résidences²⁶. Mais ces améliorations s'inscrivent toujours dans une logique que d'aucuns ont baptisé « de brique et de béton ». Et, compte tenu de la fragilité de plusieurs personnes âgées qui vivent dans ces résidences, l'absence de contrôle de la qualité des services et des soins par le législateur en inquiète plusieurs.

²⁵ L'étude de Bravo et *al.* (1997) a constaté que le profil sociodémographique des résidents « sélectionnés aléatoirement dans les secteurs avec et sans permis » du MSSS était comparable.

²⁶ Elle n'en ont cependant pas l'obligation et il faudra voir combien de municipalités s'en prévalent effectivement.

5. LES ORIENTATIONS GOUVERNEMENTALES

Avec les années, les résidences privées pour personnes âgées, autonomes ou en perte d'autonomie, sont devenues un élément incontournable de l'organisation des services pour ce groupe de la population. C'est pourquoi l'évolution de ce secteur d'activité et sa capacité de répondre adéquatement aux besoins des personnes âgées sont de plus en plus une préoccupation pour le gouvernement du Québec, particulièrement les responsables du réseau de la santé et des services sociaux.

Ainsi, les grandes orientations gouvernementales dans ces domaines ou dans d'autres champs d'intervention, comme la politique familiale ou la politique d'habitation, touchent depuis plusieurs années à la problématique des personnes âgées autonomes ou en perte d'autonomie et, nécessairement, aux résidences privées pour personnes âgées. Malheureusement, les interventions gouvernementales portant sur cet aspect spécifique de l'organisation des services aux aînés souffrent des mêmes carences que l'on observe sur une longue période dans l'ensemble du système.

En effet, lorsqu'on examine l'évolution du système de santé et des services sociaux, on découvre plusieurs facteurs qui peuvent nuire à sa cohérence et à sa continuité. Ceci a pour conséquence de créer un écart entre les orientations retenues et la réalité. Cet écart s'observe dans plusieurs aspects de l'organisation des services : insuffisance des ressources financières nécessaires à l'implantation des orientations ; exposition régulière du réseau aux situations de crise, ce qui oblige les décideurs à se concentrer sur le court terme ; discontinuité créée par « l'inconstance des priorités ministérielles au fil des ans et les fréquents changements de cap amenés par les nouveaux acteurs qui se succèdent aux plus hauts niveaux décisionnels » (MSSS, 2004 : 116).

Nonobstant ce qui précède, les grandes orientations décidées par les gouvernements, que ce soit en santé et en services sociaux ou dans d'autres domaines de la vie collective, constituent tout de même des balises qui guident les prises de décision ayant trait aux

priorités d'action et à l'allocation des ressources humaines et financières se situant dans le court ou le moyen termes.

Dans cette partie, nous aborderons trois composantes des orientations gouvernementales qui concernent le secteur des résidences privées pour personnes âgées en regard de l'amélioration de la qualité de vie et de l'intégration des personnes âgées. Le premier élément concerne les orientations contenues dans divers énoncés de politique publiés par le gouvernement ou des ministères depuis le début des années 1990. Nous examinerons cinq énoncés de politiques :

- 1) *La Politique de santé et du bien-être*, du ministère de la Santé et des Services sociaux (1992) ;
- 2) *Les Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, du ministère de la Santé et des Services sociaux (2001) ;
- 3) *Le Québec et ses aînés : engagés dans l'action. Engagements et perspectives 2001-2004*, du ministère de la Famille et de l'Enfance (2001) ;
- 4) *Le Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux* (2000) ;
- 5) *Le Plan de santé et des services sociaux : Pour faire des bons choix*, du ministère de la Santé et des Services sociaux (2002).

Le deuxième élément des orientations gouvernementales que nous aborderons est constitué des cadres de références des services à domicile, qui « viennent appuyer les orientations ministérielles destinées aux diverses clientèles du système de santé et de services sociaux, sans s'y substituer » (MSSS 2003 : 3).

Au cours de la période que nous examinons, deux cadres de référence sur la politique de soutien à domicile ont été publiés par le MSSS. Le premier, datant de 1994, est intitulé *Les services à domicile de première ligne : cadre de référence*. Le deuxième a été publié en 2003 et est intitulé *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*²⁷.

²⁷ Un deuxième document intitulé *Chez soi : premier choix. Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile* a été publié en 2004. Ce document se veut un élément du plan de mise en

Afin de mieux éclairer la problématique des résidences privées pour personnes âgées, nous insérerons des tableaux décrivant les principaux éléments de ces deux cadres de référence qui précisent les orientations gouvernementales en ce qui a trait aux services à domicile, entre autres, pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Le dernier élément des orientations gouvernementales que nous aborderons concerne quelques pièces législatives importantes qui ont été récemment adoptées ou annoncées sous forme de projet de loi. Ainsi nous porterons notre attention sur la loi 25 sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, adoptée sous le bâillon, en décembre 2003, et le projet de loi 83 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, déposé le 10 décembre 2004.

5.1 Les documents d'orientation

5.1.1 *La Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992)*

Près de 25 ans après la première grande réforme du système de santé et des services sociaux québécois à la fin des années 1960, laquelle avait été inspirée par les travaux de la commission Castonguay, le gouvernement du Québec instituait, en 1985, une commission d'enquête, présidée par Jean Rochon, chargée d'étudier le fonctionnement et le financement du système. Dans son rapport publié en 1988, la commission soulignait « l'absence d'objectifs de résultats et l'absence d'intersectorialité dans les approches d'intervention » (MSSS, 2004 : 35). S'appuyant sur six grandes orientations²⁸, la commission proposait plusieurs mesures, dont l'adoption d'une politique gouvernementale de la santé et du bien-être.

Suite à la publication du rapport de la commission, et inspiré par celui-ci, le MSSS publiait coup sur coup deux documents d'orientation qui annonçaient le contenu de la

œuvre annoncé dans la Politique de soutien à domicile et vise à « appuyer les efforts des divers intervenants visés et de faciliter la mise en œuvre harmonisée de cette politique dans tout le Québec » (p. 1).

²⁸ Orienter le système vers des résultats à atteindre ; accroître la participation dans le processus de prise de décision ; favoriser le développement de stratégies et d'actions intersectorielles ; construire sur des réalités régionales ; favoriser le développement d'un système essentiellement public ; fonder une partie substantielle des interventions sur des approches de population.

réforme que les autorités gouvernementales entendaient mettre en place (MSSS, 2004) : le premier, intitulé *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec*, est paru en avril 1989 sous les auspices de la ministre Lavoie-Roux, alors que le deuxième, intitulé *Une réforme axée sur le citoyen*, a été publié en décembre 1990 par le successeur de Thérèse Lavoie-Roux, le ministre Marc-Yvan Côté. Les travaux d'élaboration de la Politique de la santé et du bien-être ont débuté en mai 1990 et se sont terminés avec la publication de la politique le 15 juin 1992. Parallèlement aux travaux d'élaboration de la nouvelle politique, une nouvelle loi sur les services de santé et les services sociaux était adoptée en 1991.

La Politique de la santé et du bien-être de 1992 s'appuie sur la définition de la santé et du bien-être qui apparaît à l'article 1 de la nouvelle Loi sur la santé et les services sociaux (1991) :

Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.

Les objectifs et les stratégies d'action de la politique reposent sur trois convictions (MSSS, 1992) :

- **La santé et le bien-être résultent d'une interaction constante entre l'individu et son milieu.** La Politique reprend la définition de la santé et du bien-être contenue dans la Loi sur la santé et les services sociaux (chapitre 42) adoptée en 1991 : « la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie ». Dans cette optique, « la santé et le bien-être sont considérés d'abord et avant tout comme une ressource de la vie quotidienne » (MSSS, 1992 : 11).
- **Le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être reposent sur un partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activité de la**

vie collective. Dans cette perspective, la politique affirme que « les services agiront toujours comme soutien complémentaire, sans se substituer aux personnes, aux familles ou aux milieux de vie » (MSSS, 1992 : 11).

- **La santé et le bien-être de la population représentent *a priori* un investissement pour la société.** Ils doivent permettre aux individus d'exercer pleinement leur rôle dans la société.

La politique cerne 19 problèmes prioritaires à l'intérieur de cinq grands champs d'intervention : l'adaptation sociale, la santé physique, la santé publique, la santé mentale et l'intégration sociale. Bien que la problématique du vieillissement de la population et de l'intégration des personnes âgées traverse l'ensemble des cinq champs d'intervention et plusieurs des problèmes prioritaires identifiés, c'est dans le champ de l'intégration sociale qu'est abordé explicitement le problème prioritaire que constituent « les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées » (MSSS, 2002 : 118-122).

La politique indique trois voies d'action prioritaires pour contrer ces obstacles :

- adapter la société au vieillissement de la population ;
- réorienter les services sociosanitaires de façon à fournir aux personnes âgées les moyens nécessaires pour maintenir le plus longtemps possible leur intégration à leur communauté, avec des conditions adéquates pour elles-mêmes et pour leurs proches ;
- favoriser la participation des aînés dans les actions de prévention et de promotion de la santé et du bien-être.

C'est à l'intérieur de la deuxième voie d'action que l'on retrouve les principes fondamentaux qui devront guider les actions gouvernementales dans le domaine du maintien à domicile des personnes âgées. En effet, la politique décrit ainsi le sens de cette recommandation (MSSS, 1992 : 121-122) :

Réorganiser les services, pour les personnes âgées qui éprouvent des problèmes chroniques, de façon à mettre à contribution l'ensemble des ressources pour assurer

l'intégration des aînés à leur communauté et pour leur permettre de demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu de vie habituel.

Une telle réorganisation exige non seulement des services de maintien à domicile suffisants, mais également une gamme de services qui s'inscrivent tous dans une perspective de maintien de l'intégration sociale des aînés et ceci, quel que soit leur milieu de vie.

Depuis l'adoption de la politique, le maintien et le soutien des personnes âgées dans leur milieu de vie naturel le plus longtemps possible est un objectif constamment réitéré du réseau sociosanitaire et, plus largement, de l'ensemble de l'appareil gouvernemental.

Tableau 5.1
Le cadre de référence des services à domicile de 1994
Les services à domicile de première ligne : cadre de référence (MSSS, 1994)

Dès l'introduction, le cadre de référence énonce un des éléments fondamentaux de la Politique de maintien à domicile.

Au sein même de l'organisation des services de santé et des services sociaux, la reconnaissance du milieu naturel comme milieu de vie privilégié constitue une philosophie d'action qui doit être partagée par l'ensemble des intervenants et intervenantes du réseau. Le maintien en milieu naturel se traduit par diverses mesures qui s'interrelient et se complètent dans un continuum de services afin de favoriser l'intégration sociale des personnes, de réduire ou de prévenir leur institutionnalisation.

[...]

Les services offerts au domicile même des personnes, et particulièrement les services de première ligne, représentent une composante importante de ce continuum, car le maintien en milieu naturel se réalise en grande partie à travers ces services (p. 1).

Qui a droit aux services à domicile ?

Toute personne, peu importe son âge, qui présente une ou des incapacités temporaires ou permanentes dont la cause peut être physique, sociale ou psychique, et qui doit recevoir à son domicile une partie ou l'ensemble des services requis (p. 4).

Le document spécifie que la clientèle des services à domicile comprend « des proches qui apportent un soutien de façon continue à une personne qui a une ou des incapacités » (p. 4).

Qu'entend-on par domicile ?

Le domicile est le lieu où réside une personne, au sens d'un logement privé ou d'un établissement domestique autonome, ce qui comprend la maison privée, le logement ou appartement, la chambre, un logement dans un HLM.

Les logements situés dans des conciergeries ou dans des résidences privées offrant des services à des personnes retraitées ou semi-retraitées sont considérés comme des domiciles seulement pour les services non couverts dans les baux ou contrats convenus entre les promoteurs ou les propriétaires et les locataires (p. 10).

Comment fixer des priorités ?

Compte tenu de l'ampleur des besoins à satisfaire et des ressources limitées, un système de priorités est établi selon trois critères :

1. L'urgence de la réponse aux besoins ;
2. Le degré de support des proches, la priorité étant donnée aux personnes qui ne peuvent compter sur le support de ses proches et de son milieu ;
3. Le niveau socio-économique, les personnes défavorisées socio-économiquement devant être desservies en priorité (p. 11) »

Il est spécifié que « [...] la façon de tenir compte de ces critères sera déterminée dans chaque région, en fonction des besoins, des particularités et des ressources disponibles » (p. 11).

Quand référer à l'hébergement ?

L'hébergement sur une base permanente demeure disponible dans la mesure où, par suite d'une perte d'autonomie fonctionnelle importante, la personne ne peut plus vivre à domicile sans compromettre sa santé et sa sécurité, malgré le réseau d'aide dont elle dispose et le soutien de son entourage. La demande d'admission pourra être démarrée par diverses sources, dont principalement le CLSC, et devra être acheminée et traitée obligatoirement à travers les mécanismes régionaux ou sous-régionaux d'orientation et d'admission (p. 16).

Soulignons que la notion de « perte d'autonomie fonctionnelle importante » n'est aucunement définie par le cadre de référence de 1994.

5.1.2 *Les Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001)*

En février 2001, le MSSS publiait *Les Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*.

Après avoir souligné « les nombreux efforts [qui] ont été faits pour offrir de meilleurs services aux personnes âgées en perte d'autonomie au cours des vingt dernières années » (p. 16), le document soulève un certain nombre de problèmes qui « doivent être solutionnés en priorité » (p. 17).

- **Un accès aux services souvent difficile et variable.** Le document mentionne, entre autres, des différences dans l'accessibilité aux services d'une région à l'autre, le manque de soutien aux aidants naturels, l'accès limité aux services médicaux généraux et aux services spécialisés en gériatrie pour les personnes âgées en perte d'autonomie.
- **Des ressources insuffisantes.** Le document souligne la nécessité de services accrus en milieu d'hébergement, l'insuffisance des services à domicile, l'insuffisance des solutions de remplacement à l'institutionnalisation et une mauvaise organisation des soins palliatifs à domicile et en milieu d'hébergement.
- **Une fragmentation des services et des modes d'organisation.** Cette fragmentation est attribuée à un manque de coordination entre les intervenants et l'absence de continuité des services.

Le document affirme que « pour mieux répondre à l'augmentation des besoins et apporter des solutions aux problèmes connus, une importante réorganisation des services doit être entreprise » (p. 18). Après avoir rappelé la voie d'action prioritaire de la Politique de la santé et du bien-être, qui est d'assurer le maintien de l'intégration des aînés dans leur communauté et leur permettre de demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu habituel de vie, le document retient trois orientations :

- a) **L'intégration des services.** Le document propose la mise en place de réseaux de services intégrés qui « incorporent les soins de santé et les services sociaux offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie dans la communauté ou en établissement, qu'ils soient préventifs ou curatifs, de réadaptation ou palliatifs » (p. 23). Les réseaux de services intégrés comporte une composante organisationnelle qui prévoit un guichet unique qui facilite l'accès aux services et un système d'évaluation des besoins qui permet, entre autres, d'avoir une vue d'ensemble de la situation de la personne âgée, de traduire l'évolution de la situation de la personne et d'effectuer la classification des besoins afin d'établir des profils types et d'orienter les personnes âgées vers les ressources les plus appropriées.
- b) **L'accès à une gamme de services mieux adaptés à la diversification et à la complexité des besoins.** Cette orientation prévoit que les services de prévention et d'aide à la personne et aux proches, les services professionnels de base, les services spécialisés et les soins palliatifs doivent être disponibles, quel que soit le milieu de vie de la personne (autant à domicile qu'en milieu d'hébergement) ou la région où elle habite.

Le document soulève la question du recours au milieu d'hébergement substitut pour les personnes âgées en perte d'autonomie et l'absence de définition objective de ce que le MSSS entend par le terme « autonomie fonctionnelle » utilisé dans l'article 83 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Constatant qu'« au cours des dernières années, le seuil de perte d'autonomie à partir duquel une personne devrait être hébergée en milieu institutionnel a été considéré comme inadéquat », le document reconnaît que « les méthodes utilisées pour transposer les incapacités et les problèmes de santé d'une personne en nombre d'heures de soins requis ne permettaient pas de traduire l'ensemble des besoins de soins et de services, en particulier ceux qui sont associés aux troubles cognitifs » (p. 34). Afin de pouvoir déterminer de manière adéquate pour quelles personnes un hébergement institutionnel

est nécessaire, le document indique que le Ministère encouragera l'implantation d'un système de classification des besoins par profil type.

c) La qualité et l'évolution des pratiques, des interventions et des milieux. Cette troisième et dernière orientation invite les intervenants du réseau à mettre en place les moyens nécessaires pour assurer la qualité et l'évolution des pratiques des interventions et des milieux. Il recommande l'évaluation des milieux de vie substitués et une appréciation de la qualité et de la complémentarité des secteurs privé et public. Au chapitre de la qualité des résidences privées, le document rappelle que « dans plusieurs régions, on a déjà entrepris de répertorier les résidences privées du territoire et d'en apprécier la qualité » (p. 39). Cependant, ces mesures étant jugées insuffisantes, le document propose la mise sur pied par les régies régionales d'un comité qui vérifiera la qualité de ces ressources.

Compte tenu des multiples aspects qui doivent être pris en considération, comme la sécurité du bâtiment, les services offerts et la qualité de vie, tant au cours du processus de définition des standards de qualité qu'au moment d'apprécier le degré de conformité des résidences à ces standards, chaque régie régionale devra se doter d'une équipe composée de personnes venant de groupes d'aînés, de la municipalité et du secteur de la santé et des services sociaux (personnel de la régie régionale ou du CLSC). Cette équipe aura à définir ou à adapter des standards de qualité, à s'assurer de la tenue d'un répertoire mis à jour annuellement et à effectuer une visite annuelle des différentes résidences de son territoire. (p. 39)

Le document souligne aussi que le Secrétariat aux aînés a mis sur pied un comité interministériel qui s'intéresse au logement et qui étudie la question des résidences privées, particulièrement celles de neuf unités et moins. Selon le document « les travaux de ce comité devraient contribuer autant à harmoniser et à coordonner les efforts et les mandats des différents secteurs intéressés qu'à produire des standards de qualité reflétant l'ensemble des aspects qui devraient être considérés » (p. 39).

5.1.3 Le Québec et ses aînés : engagés dans l'action. Engagements et perspectives 2001-2004 (Ministère de la Famille et de l'Enfance, 2001)

En mars 2001, le premier ministre du Québec confiait à la ministre de la Famille et de l'Enfance, également responsable des aînés, le mandat « de favoriser le plein épanouissement des familles, des enfants, des personnes âgées et des femmes québécoises, de coordonner les actions gouvernementales afin d'en assurer la cohérence et d'agir en concertation avec les intervenants et les intervenantes du milieu en vue de favoriser la complémentarité et l'efficacité des actions » (p. 3).

Le Québec et ses aînés : engagés dans l'action est présenté comme étant « un premier jalon dans une démarche qui allie l'adaptation des services publics au vieillissement et à la protection des aînés les plus vulnérables » (p. 3) et un premier engagement formel du gouvernement du Québec envers les aînés. Il démontre la volonté gouvernementale « d'agir pour et avec les aînés afin de répondre à leurs besoins et adapter les services du gouvernement québécois en fonction du vieillissement de la population » (p. 17).

Le document présente des actions sectorielles et intersectorielles des ministères et organismes gouvernementaux. D'abord, il fait part de trois mesures gouvernementales qui avaient été annoncées dans le Discours sur le budget 2001-2002. Ensuite, le document présente trois projets mobilisateurs²⁹. Enfin, il propose une série de mesures sectorielles assumées par chacun des ministères et organismes qui ont participé à la réalisation du document. Dans les lignes qui suivent nous soulignerons quelques éléments importants tirés de chacune de ces parties, et qui concernent les résidences privées.

a) Les mesures gouvernementales sont au nombre de trois : le financement de 17 tables régionales de concertation des aînés, le financement de projets communautaires destinés aux aînés et un programme d'appréciation de qualité des résidences privées avec services. Nous nous attarderons brièvement sur ce dernier point. Constatant qu'il existe déjà divers programmes de qualification des résidences privées avec services

²⁹ Ces projets sont désignés comme étant « mobilisateurs » parce que « leur mise en œuvre mobilise plusieurs organismes et ministères ».

mais que l'absence de normes de qualité « uniformes et reconnues sur le plan national en limitent la portée » (p. 19), le document annonce un investissement annuel de 75 000 \$ pendant trois ans, afin de mettre sur pied un programme d'appréciation de la qualité des résidences privées avec services. Selon le document, « les normes à venir pourront aussi bien porter sur la sécurité des lieux, la qualité des soins et des services offerts, la richesse de la vie sociale du milieu, les activités de sports et de loisirs disponibles, l'accessibilité des services publics, ou encore la participation des résidents aux questions qui les concernent » (p. 19).

- b) Les projets mobilisateurs** sont aussi au nombre de trois : le Projet sur les résidences privées avec services, le Projet sur la lutte contre les abus dont sont victimes les personnes âgées et le Projet sur l'harmonisation et la simplification des modes de soutien financier aux aînés. Nous nous attarderons ici au premier de ces projets.

Selon le document, le Projet mobilisateur sur les résidences privées avec services permettra au gouvernement de jeter les bases d'une action cohérente et concertée, afin de mieux prendre en compte les besoins des aînés dans ce secteur. Le projet s'articule autour de huit thématiques « qui délimitent les champs d'intervention privilégiés » constituant les chantiers.

Développer une vision commune et un langage commun. On propose, entre autres, de définir ce qu'est une résidence privée avec services, et d'insérer dans les lois une définition cohérente de ce qu'on entend par résidence pour personnes âgées.

Recenser les résidences sur un territoire donné. Il est proposé, entre autres, d'étudier la possibilité de légiférer afin de permettre aux municipalités d'exiger une déclaration d'exploitation d'une résidence pour personnes âgées avec services et d'une maison de chambre, puis de les autoriser à transmettre ces informations à divers ministères ou organismes. Il est aussi proposé de confier aux régies régionales la responsabilité de constituer, de tenir à jour et de valider annuellement un registre des résidences privées sur leur territoire.

Encadrer les résidences privées, y compris les habitations de neuf chambres ou moins, par des normes et des règlements appropriés. Il est question, entre autres, d'accorder aux municipalités un pouvoir facultatif les habilitant à établir des normes de construction et de zonage spécifiques aux résidences pour personnes âgées ou aux maisons de chambres qui hébergent surtout les personnes âgées, notamment celles de neuf chambres ou moins.

Donner accès à des soins et à des services de santé. Puisque le cadre de référence sur les services à domicile de 1994 a reconnu que les résidences privées constituent le domicile des personnes qui y habitent et que ces personnes peuvent, en conséquence, bénéficier des services de soutien à domicile, le document propose notamment de : mettre en place des mécanismes de concertation et de collaboration entre les CLSC et les résidences privées, de façon à assurer un suivi des personnes vulnérables ou en perte d'autonomie et, au besoin, à procéder à une évaluation de leur état de santé ; favoriser la création et la mise en place des conditions facilitantes, afin de s'assurer que les propriétaires de résidences privées réfèrent aux instances appropriées les personnes qui nécessitent des soins et des services qui dépassent leurs capacités ou leurs obligations contractuelles ; modifier le cadre législatif afin de prendre en compte les « caractéristiques objectives associées à la perte d'autonomie, aux besoins des personnes et aux soins et services qu'elles requièrent, qu'elles vivent à domicile, en résidence privée ou en établissement » (p. 25).

c) **Assurer la sécurité et la protection contre les incendies**

Adopter et promouvoir un code de déontologie. Le document invite les propriétaires et les gestionnaires des résidences privées à élaborer un code de déontologie « précisant leurs rôles, leurs responsabilités et leurs engagements envers leur clientèle » (p. 27).

Mettre en place un programme d'appréciation de la qualité des résidences privées. Comme principale mesure, il est proposé de réaliser une analyse des meilleures pratiques d'appréciation des résidences privées dans le but de bâtir une grille de critères qui devra prendre en compte le respect des normes, l'évaluation de la

qualité des services et la satisfaction de la clientèle, et élaborer ou adapter un programme de qualification des résidences privées à partir des normes minimales nationales, couvrant à la fois la qualité des soins et services, la qualité de vie et la qualité de l'environnement » (p. 28).

Offrir des activités de formation et de sensibilisation. Les recommandations visent la sensibilisation de l'ensemble des intervenants, les personnes âgées, les propriétaires et gestionnaires, les employés et les ministères et organismes impliqués.

d) Les engagements des ministères et des organismes gouvernementaux. *Le Québec et ses aînés : engagés dans l'action* contient une trentaine de mesures sectorielles assumées par divers ministères et organismes dans le cadre de leur mission respective. Parmi celles-ci, nous en avons retenu deux qui concernent plus particulièrement la problématique des résidences privées pour personnes âgées.

La première concerne l'adoption et la diffusion d'une politique de soutien à domicile pour les personnes ayant des incapacités :

Le gouvernement adoptera et diffusera une politique de soutien à domicile pour les personnes ayant des incapacités et de soutien aux proches. Cette politique du MSSS a pour objectif de répondre aux besoins de divers groupes et, notamment, à ceux des personnes âgées en perte d'autonomie qui demeurent à domicile. Elle précisera la contribution du réseau de la santé et des services sociaux dans le soutien qu'il doit apporter aux personnes ayant des incapacités et vivant dans leur milieu de vie, ainsi qu'à leurs proches. Dans un souci d'équité, elle permettra également d'harmoniser les services offerts par le réseau public à toutes les personnes qui bénéficient des services à domicile, et ce, dans tous les territoires de CLSC du Québec, notamment par une coordination efficace des services et des ressources et par la détermination des modes de collaboration des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (pp. 40-41).

La deuxième a pour objet d'encourager la pratique d'activités physiques et de loisir chez les personnes âgées.

Le gouvernement soutiendra les intervenants auprès des aînés. À cet effet, le Secrétariat au loisir et au sport mettra sur pied un groupe de travail qui aura pour mandat la rédaction d'un guide à l'intention des propriétaires de résidences pour aînés et des responsables de HLM afin de les soutenir dans la création d'un environnement favorable à la pratique d'activités physiques et de loisir (p. 43).

5.1.4 Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000)

La publication du Plan stratégique 2001-2004 du MSSS suit de près le dépôt du rapport de la Commission d'études sur les services de santé et les services sociaux présidée par Michel Clair et s'inspire de plusieurs de ses recommandations.

Reconnaissant que les années 1990 ont été marquées par des transformations importantes du système de santé et de services sociaux et que le système est soumis à de fortes pressions internes et externes, le Plan stratégique propose « des corrections de trajectoire essentielles », afin que le système acquière « une nouvelle souplesse et un nouveau dynamisme qui marqueront désormais son évolution » (p. 43).

Le Plan stratégique propose cinq orientations qui visent « à renouveler la vision de la santé et du bien-être et à soutenir le développement d'une organisation de services efficace et adaptée aux besoins d'aujourd'hui » (p. 21) :

- Convenir des objectifs prioritaires de santé et de bien-être auxquels doivent travailler les différents acteurs ;
- Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources ;
- Doter le réseau de ressources humaines qualifiées, de moyens informationnels adéquats et de méthodes de budgétisation appropriées ;
- Stabiliser le financement des services de santé et des services sociaux ainsi que la croissance des dépenses ;
- Clarifier les responsabilités des différents acteurs et accroître leur imputabilité.

La première orientation propose, entre autres, une révision en profondeur de la Politique de la santé et du bien-être de 1992. Après avoir souligné l'évolution du contexte « autant au sein du système de services qu'à l'échelle de la société » (p. 22), il est proposé de mettre à niveau la Politique de santé et de bien-être en renouvelant, pour les

dix prochaines années, ses politiques et ses stratégies. La publication de la politique révisée était prévue pour 2002-2003.

Outre cette première orientation de nature générale, une autre orientation, la deuxième, touche plus particulièrement la question du maintien à domicile des personnes âgées. Nous en soulignerons les propositions particulières qui les concernent.

La deuxième orientation consiste à améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources. Cet objectif se déploie selon cinq axes d'intervention, dont trois touchent plus spécifiquement le maintien à domicile des personnes âgées.

Le premier axe touche au développement des activités de promotion, de prévention et de protection. Il est proposé qu'un plan d'action 2001-2004 en santé publique soit élaboré³⁰ avec des cibles particulières, dont « la prévention des pertes d'autonomie chez les personnes âgées et la prévention des principales maladies chroniques qu'elles connaissent » (p. 25).

Le deuxième axe concerne « une première ligne de services comme assise du système » (p. 26) et propose l'élaboration de la politique de soutien à domicile des personnes ayant des incapacités et de leurs proches en 2001-2002.

Le troisième axe concerne la qualité, la continuité et la coordination des interventions. Il y est, entre autres, proposé de « mettre en place des réseaux de services intégrés pour les clientèles plus vulnérables en raison de leur perte d'autonomie » (p. 28), par la mise en œuvre des orientations ministérielles à l'égard des personnes âgées en perte d'autonomie dont nous avons traité plus haut.

³⁰ Le MSSS a publié en 2003 le Programme national de santé publique 2003-2012.

5.1.5 Plan de santé et des services sociaux : Pour faire les bons choix (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002)

Le *Plan de santé et de services sociaux : Pour faire les bons choix* est basé en grande partie sur les analyses et les recommandations de la Commission d'études sur les services de santé et les services sociaux (2000) et se situe dans la foulée du plan d'action gouvernemental Horizon 2005. Il vise l'atteinte de dix résultats spécifiques :

- Des soins et des services pour tous, adaptés à leurs besoins et sans égard aux revenus ;
- L'accès pour tous à un médecin de famille ;
- Des services plus complets dans tous les CLSC du Québec ;
- Des services à domicile pour toutes les personnes en perte d'autonomie ;
- Des nouvelles places d'hébergement et des services améliorés dans les CHSLD ;
- L'accès aux urgences 24 heures sur 24, sept jours sur sept ;
- Des délais d'attente plus courts à l'urgence ;
- Des délais d'attente plus courts pour les services spécialisés ;
- Des services de traitement, de réadaptation et de soutien à proximité ;
- Un virage « prévention » pour permettre à la population de faire de bons choix santé.

Pour atteindre ces objectifs, le document identifie trois défis prioritaires :

- Changer la façon dont les services sont organisés pour que la population y ait accès facilement et rapidement ;
- Changer la façon de gérer le réseau de la santé et des services sociaux ;
- Assurer l'avenir du système public de santé et de services sociaux par un financement stable et suffisant.

La question du maintien à domicile des personnes âgées est abordée longuement à l'intérieur du premier des trois défis prioritaires qui compte quatre sous-priorités :

- Offrir aux gens près de chez eux des services de première ligne ;
- Offrir aux personnes âgées des soins à domicile et des services en centres d'hébergement ;
- Prendre le virage « prévention » ;
- Réduire les délais d'attente des services médicaux et hospitaliers spécialisés.

Nous nous attarderons plus particulièrement à la deuxième priorité qui concerne plus directement la problématique du maintien à domicile des personnes âgées et la perte d'autonomie.

Le document d'orientation a évoqué la problématique du vieillissement de la population du Québec, laquelle se traduit par « une augmentation de la demande de services ainsi que des changements dans le genre de services sociaux et de santé dont la population a besoin » (p. 11). Il a admis aussi que l'offre de services à domicile « ne répond pas suffisamment à la demande, alors que les personnes âgées désirent rester chez elles le plus longtemps possible » (p. 11). Par conséquent, il affirme :

Nous devons donc revoir l'ensemble de nos programmes de soins et de services de manière à intervenir plus tôt, à offrir aux personnes âgées en perte d'autonomie des services continus, complémentaires, permettant aux personnes de demeurer dans leur milieu de vie tant qu'elles seront à l'aise d'y rester. Nous devons aussi apporter de l'aide et du soutien à leurs proches et à leurs familles. Le maintien des personnes âgées en perte d'autonomie dans leur milieu de vie est en grande partie facilité par l'implication de leurs proches (p. 12).

Trois propositions sont alors avancées³¹ :

1. Offrir aux personnes âgées en perte d'autonomie plus de services dans leur milieu de vie. Il est proposé d'augmenter l'offre de services à domicile, et que cette offre soit la même dans tous les CLSC. De plus, il est proposé qu'une personne du réseau ait la responsabilité de coordonner les divers services requis, de sorte que les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs proches « n'auront plus à « magasiner » eux-mêmes ces services à travers le réseau » (p. 12).

³¹ La mise en œuvre de ces propositions nécessitent une injection de fonds de 456,7 millions de dollars (p. 12).

2. **Améliorer les services offerts aux personnes hébergées.** Le document propose de rehausser la qualité des soins et services dans les CHSLD et de créer 2 200 nouvelles places au sein de ce secteur.
3. **S'assurer que les personnes en perte d'autonomie sévère qui sont en résidence privée d'hébergement reçoivent les services dont elles ont besoin.** Il est spécifié que « les ressources des CLSC devront livrer les soins à domicile requis par les personnes en perte d'autonomie sévère qui sont logées dans des résidences privées d'hébergement » (p. 12).

Le gouvernement libéral de Jean Charest, élu au printemps 2003, n'a pas tardé de confirmer ces dernières orientations en annonçant, en août de la même année, le financement, sur une base budgétaire récurrente à hauteur de 4 millions de dollars, des projets novateurs de partenariat avec les secteurs public (municipalités, SHQ, etc.), communautaire et privé « permettant d'assurer à des personnes en lourde perte d'autonomie, traditionnellement orientées en centre d'hébergement et de soins de longue durée, une réponse adéquate à leurs besoins dans un milieu qui favorise le respect de leur choix de vie » (MSSS, 2003c : 1). Suite à cet appel de projet, le ministre Couillard annonçait, par communiqué de presse, en juillet 2004, l'acceptation des douze premiers projets novateurs financés à hauteur de 4,2 millions de dollars. Le communiqué de presse précisait que ces projets permettront à plus de 200 personnes en lourde perte d'autonomie d'être maintenues dans leur milieu de vie, plutôt que d'être dirigées vers une ressource institutionnelle d'hébergement (MSSS, 2004c)

L'appel de projets du mois d'août 2003 préfigurait déjà l'adoption de la loi 25 sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, qui opère une transformation importante du système de santé et des services sociaux, « entraînant un repositionnement majeur de toutes les composantes du système » (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2004b : 1). La loi 25 ainsi que le projet de loi 83, déposé en décembre 2004, auront un impact important sur la place

qu'occupent les résidences privées avec services, mais non titulaires de permis du MSSS, dans l'organisation des services pour personnes âgées en perte d'autonomie, ainsi que sur la qualité des services et des soins au sein de ces résidences. Nous abordons ces deux pièces législatives dans la section suivante :

Tableau 5.2
Le cadre de référence des services à domicile de 2003
Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile (MSSS, 2003)

Publié en 2003, la politique de soutien à domicile remplace le cadre de référence de 1994. Alors que ce dernier était destiné principalement aux clientèles de services de longue durée, particulièrement les personnes âgées en perte d'autonomie, le nouveau cadre de référence se veut plus large et englobant. Il tient compte de l'augmentation importante de la clientèle des services à domicile de courte durée et l'arrivée de nouveaux prestataires de services. Le nouveau cadre de référence est aussi fondé sur la « **reconnaissance de l'engagement des proches-aidants** et des familles » et jette les bases d'un nouveau mode de relation entre les proches-aidants et le système de santé et de services sociaux.

Qui a droit aux services à domicile ?

Toute personne, peu importe son âge, ayant une incapacité, temporaire ou persistante, dont la cause peut être physique, psychique ou psychosociale, et qui doit recevoir à son domicile une partie ou la totalité des services requis.

Le soutien s'adresse également aux proches-aidants de ces personnes (p. 16).

Qu'entend-on par domicile ?

Le domicile est défini comme « le lieu où loge une personne, de façon temporaire ou permanente » (p. 16).

Le document ajoute :

Toute personne qui habite dans une maison individuelle, un logement, une résidence collective ou une résidence dite « privée » est admissible au soutien à domicile. L'évaluation des besoins et le plan d'intervention ou plan de services individualisé tiendront compte des services fournis par ces résidences (p. 16).

Dans un document complémentaire (MSSS, 2004 : 6), le MSSS précise :

Ainsi, l'instance locale est responsable d'évaluer les besoins des personnes vivant en résidences privées et de s'assurer qu'elles reçoivent les services adaptés à leur état de santé et à leur condition. Lorsque des services additionnels à ceux offerts par la résidence privée contre paiement sont requis, l'instance locale doit offrir les services selon les modalités convenues avec les personnes comme pour l'ensemble de la clientèle ayant besoin de services de soutien à domicile (p. 6).

Comment fixer des priorités ?

Lorsqu'il est nécessaire d'établir un ordre de priorité dans la réponse aux besoins, les critères suivants seront utilisés (p. 19):

- o **Les besoins exprimés par la personne qui demande du soutien et ses proches-aidants ;**
- o **L'urgence de la situation :** la condition de la personne, la capacité de la personne à gérer sa situation, etc. ;
- o **La qualité du milieu de vie :** l'absence ou l'insuffisance du soutien social, un domicile inadéquat, etc.

Par rapport à celui de 1994, le nouveau cadre de référence ne mentionne plus la « condition socio-économique » comme critère de priorité. Au contraire il spécifie que « les services à domicile forment une composante des services de santé et des services sociaux, et, à ce titre, ils sont accessibles à tous sans égard

au revenu » (MSSS, 2003 : 19).

Quand référer à l'hébergement ?

Afin de réduire les écarts importants dans l'accès aux services, entre les clientèles et entre les territoires, il est prévu que « les CLSC doivent adopter des façons de faire et des outils communs : pour l'évaluation des besoins, l'établissement de l'ordre de priorités dans la réponse aux besoins, la préparation des plans d'intervention, le départage des rôles dans les services d'aide à domicile et le monitoring des pratiques » (p. 18).

De plus, le document affirme (p. 18) :

D'ici l'automne 2003, tous les CLSC auront recours à un instrument standardisé pour évaluer les besoins : l'outil d'évaluation multiclientèle. Dans un premier temps, l'outil sera utilisé principalement auprès des personnes âgées, des personnes en convalescence et des personnes ayant une déficience physique.

L'outil multiclientèle doit évoluer au cours des prochaines années pour :

- o *s'appliquer graduellement à **toutes les clientèles** des services à domicile ;*
- o *être compatible avec le système d'évaluation des demandes d'hébergement et les outils d'évaluation utilisés par les CHSLD et certains services spécialisés des centres hospitaliers et des centres de réadaptation ;*
- o *mesurer les besoins propres des proches-aidants (en fonction de leurs attentes et de leurs caractéristiques comme l'âge, le sexe, des conditions de vie particulières, etc.).*

La situation de toute personne ayant une incapacité significative et persistante et celle des proches-aidants doivent être réévaluées au besoin, au minimum une fois par année.

5.2 Les réformes législatives récentes

Dans cette section nous nous penchons sur deux pièces législatives qui auront, par leur impact majeur sur l'organisation des services au sein du réseau de la santé et des services sociaux, des conséquences importantes sur la place des résidences privées avec services comme lieu d'accueil des personnes âgées, particulièrement celles en perte d'autonomie.

5.2.1 La loi 25 sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

La loi 25 opère une transformation profonde de l'organisation des services de santé et des services sociaux. D'abord, les régies régionales deviennent des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et la loi mandate ces agences à mettre sur pied, sur leur territoire respectif, une organisation intégrée de services à la population. La loi prévoit la fusion des établissements de santé d'un territoire et leur transformation en un établissement unique baptisé « centre de santé

et de services sociaux (CSSS) », qui sera responsable de l'organisation, la coordination et la prestation des services sur un territoire.

La loi assigne six grandes responsabilités aux réseaux locaux de services de santé et de services sociaux :

- assurer à la population de son territoire l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux de première ligne, notamment à des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation et de soutien ;
- garantir à la population de son territoire, par le biais d'ententes ou d'autres modalités, l'accès aux services spécialisés disponibles sur le territoire de l'agence ainsi que l'accès à des services sur-spécialisés, et ce, en prenant en considération les activités du réseau universitaire intégré de santé reconnu par le ministre et qui est associé au réseau local de services de santé et de services sociaux ;
- permettre la mise en place de mécanismes de référence et de suivi des usagers des services de santé et des services sociaux ainsi que l'instauration de protocoles cliniques à l'égard des services offerts à ces derniers ;
- impliquer les divers groupes de professionnels du territoire et permettre l'établissement de liens entre eux ;
- favoriser la collaboration et l'implication de tous les intervenants des autres secteurs d'activité du territoire ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux ;
- s'assurer de la participation des ressources humaines disponibles et nécessaires à la prestation des services de santé et des services sociaux.

Le 23 juin 2004, quatre-vingt-quinze (95) centres de santé et de services sociaux, qui constituent autant de réseaux locaux, ont vu le jour. Un réseau local de services implique, en plus des services donnés par le centre de santé et de services sociaux, ceux offerts sur son territoire par les médecins généralistes, les pharmacies, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées à but lucratif, incluant les résidences privées avec services. Pour compléter le continuum de

services, le centre doit établir des ententes pour assurer l'accès aux services spécialisés et sur-spécialisés.

En promouvant les partenariats public-privé dans l'organisation des services au niveau local, le gouvernement Charest « tente de diminuer le ratio d'hébergement dans les ressources institutionnelles et de négocier avec les tiers secteurs dont le secteur privé, un partage des responsabilités pour éventuellement restreindre la sienne aux soins de santé » (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2004b : 5)

La loi 25 signifie qu'une personne âgée en perte d'autonomie, même sévère, pourra demeurer dans une résidence privée avec services non titulaire de permis du MSSS, dans la mesure où l'ensemble des soins et des services pour cette personne pourront être assurés grâce au partage des responsabilités au sein d'un partenariat entre les différentes ressources (public, communautaire, économie sociale, privé à but lucratif) disponibles sur le territoire.

5.2.2 Le projet de loi 83 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et autres dispositions législatives

Selon les notes explicatives du projet de loi 83 déposé le 10 décembre 2004, le projet de loi « modifie la Loi sur les services de santé et les services sociaux afin de soutenir le nouveau mode d'organisation des services mis en place en application de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux sanctionnée le 18 décembre 2003 ».

Le projet de loi confirme la décentralisation des responsabilités vers le palier local et prévoit, entre autres :

- L'ajustement des responsabilités entre les instances locales, les autres établissements, les agences de la santé et des services sociaux et le ministre de la Santé et des Services sociaux ;

- Des modifications à la composition des conseils d'administration des établissements et des agences ainsi qu'au choix des membres des conseils d'administration ;
- L'obligation pour tout établissement (du réseau public) de créer un comité de vigilance et de mettre sur pied des comités d'usagers ;
- Des mécanismes visant la mise en place de services de conservation de certains renseignements de santé pour la personne qui y consent ;
- Des modifications visant l'amélioration de la qualité des services, le régime de traitement des plaintes ainsi que la protection et le respect des droits des usagers ;
- Un processus de certification des résidences pour personnes âgées ainsi que le droit pour les résidents de porter plainte auprès de l'agence des services de santé et des services sociaux ;
- Le droit d'intervenir du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux dans les résidences titulaires de certificat de conformité.

Nous nous attarderons sur les deux derniers points puisqu'ils concernent spécifiquement les résidences pour personnes âgées avec services.

Au chapitre de la certification des résidences avec services pour personnes âgées, le projet de loi prévoit que l'agence de la santé et des services sociaux d'une région **pourra** délivrer à l'exploitant d'une résidence privée un certificat de conformité confirmant le respect de critères sociosanitaires pré-établis. La résidence doit de plus être inscrite au registre des résidences avec services et détenir une attestation d'appréciation délivrée par un organisme reconnu par le ministre, par exemple, la FADOQ avec son programme Rose d'or, ou le Conseil québécois d'agrément. Le projet de loi ne spécifie pas la nature des critères qui seront exigés pour recevoir une telle attestation d'appréciation. Le projet de loi ne rend donc pas obligatoire la détention d'un certificat de conformité et c'est l'exploitant d'une résidence avec services qui doit en faire la demande par écrit à l'agence du territoire où se trouve la résidence.

Le projet de loi prévoit que le gouvernement peut, par règlement, déterminer les critères sociosanitaires auxquels doit se conformer une résidence ainsi que les droits exigibles pour détenir le certificat de conformité. De plus, il est prévu qu'une agence peut conclure une entente avec un organisme d'appréciation de qualité reconnu par le ministre pour l'application des procédures menant à la certification de conformité.

Le projet de loi prévoit également qu'aucun établissement public ne pourra diriger un usager vers une telle résidence si elle ne détient pas de certificat de conformité.

En ce qui concerne le mécanisme de plainte, le projet de loi prévoit que les personnes qui vivent dans une résidence avec services pourront porter plainte auprès de l'agence des services de santé et des services sociaux et que le Protecteur des usagers en matière de services de santé et de services sociaux aura dorénavant le pouvoir d'intervenir, mais uniquement dans les résidences titulaires d'un certificat de conformité. Il est aussi prévu au projet de loi que l'agence des services de santé et des services sociaux a le pouvoir de faire une inspection dans une résidence pour personnes âgées qui détient un certificat de conformité ou qui en fait la demande. L'agence peut suspendre, révoquer ou refuser de renouveler le certificat de conformité, de même que d'ordonner aux responsables de la résidence d'apporter des correctifs dans un délai fixé par l'agence.

5.3 Conclusion

Au terme de ce rapide tour d'horizon, il n'est pas inutile de rappeler les principes fondamentaux que la Politique de la santé et du bien-être de 1992 avait retenus pour guider les actions gouvernementales dans le domaine du maintien à domicile des personnes âgées.

Réorganiser les services, pour les personnes âgées qui éprouvent des problèmes chroniques, de façon à mettre à contribution l'ensemble des ressources pour assurer l'intégration des aînés à leur communauté et pour leur permettre de demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu de vie habituel.

Une telle réorganisation exige non seulement des services de maintien à domicile suffisants, mais également une gamme de services qui s'inscrivent tous dans une

perspective de maintien de l'intégration sociale des aînés et ceci, quel que soit leur milieu de vie (pp. 121-122).

Ces principes semblent avoir largement inspiré les principaux textes d'orientation publiés depuis sur les services à mettre en place pour les personnes âgées de même que les deux pièces législatives récentes que sont la loi 25 et le projet de loi 83 que nous avons examinés. Ces orientations sont caractérisées par une volonté d'intégration des services au niveau local, de développement de nouvelles formules de prestation de services qui respectent le choix de vie des personnes, ainsi que le développement d'une plus grande complémentarité avec le secteur privé et la communauté (MSSS, 2003c).

Mais, malgré les bonnes volontés qui transpirent de ces documents et d'un certain consensus autour de la nécessité d'organiser localement un continuum de services à l'intérieur d'un large partenariat regroupant l'ensemble des acteurs sur un territoire donné, force est de constater, avec l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2003) que :

[...] les moyens mis à la disposition des établissements pour atteindre ces objectifs sont actuellement déficients et insuffisants tant au niveau de l'organisation, de la gestion et de la complémentarité que du côté du financement des services. De fait, les CLSC, les Centres de santé et les CHSLD sont incapables de rencontrer l'ensemble des obligations de services qu'entraîne cette vision à long terme. La pression de la demande de services et l'incapacité de répondre à l'ensemble des besoins des personnes ayant des incapacités temporaires ou permanentes ou des situations d'incapacités persistantes ... et à ceux de leurs proches, entraîne forcément un effritement de cette vision souhaitée (p. 42).

Ajoutons pour terminer, que la question de la garantie de la qualité des services et des soins au sein des résidences privées demeure entière. D'abord, si la volonté clairement exprimée du législateur est de s'assurer d'une bonne qualité de vie au sein de ces résidences, les moyens préconisés pour y arriver sont, essentiellement, de nature incitative. En effet, malgré le souhait contraire de plusieurs regroupements et associations intéressés par cette question, l'accréditation des résidences privées avec services demeure facultative. Pour les résidences qui voudront recevoir un certificat de conformité du MSSS, le législateur propose deux séries d'exigences (le respect de normes sociosanitaires et l'obtention d'une attestation d'appréciation délivrée par un organisme reconnu par le ministre). Compte tenu des écarts importants dans les capacités financières

et organisationnelles des résidences privées, que nous avons entrevues dans la partie 3 du texte, on peut craindre une certaine institutionnalisation de deux grandes catégories de résidences : celles qui, généralement de tailles moyenne ou grande, desservent une clientèle relativement aisée et qui, soit respectent déjà les exigences requises pour recevoir leur certificat de conformité, soit pourront sans problèmes s’y conformer ; et celles, en particulier les petites résidences, qui offrent peu de services à leurs résidents de conditions sociales et économiques plus modestes et qui, sans soutien extérieur, seront dans l’impossibilité ou auront beaucoup de difficultés à entreprendre une démarche qui leur semblera lourde et onéreuse.

6. LA POSITION DES ACTEURS

La question des résidences privées pour personnes âgées constitue l'un des aspects d'une problématique plus large, soit l'organisation et le financement des services sociaux et de santé pour les personnes âgées qui, avec les années, subissent des pertes d'autonomie importantes.

Le Québec traverse actuellement une période charnière où les pouvoirs publics tentent de mettre en place un système assurant un continuum de services pour les personnes qui doivent vivre avec des limitations de capacité, ce qui inclut évidemment les personnes âgées aux prises avec des pertes d'autonomie de plus en plus sévères. Or, si les réformes en cours concernent directement les propriétaires-gestionnaires des résidences avec services, elles interpellent aussi un nombre important d'acteurs qui, de près ou de loin, ont à cœur les intérêts des personnes âgées ou des personnes travaillant dans ces résidences.

Ainsi, des organismes et associations réfléchissent depuis plusieurs années sur la manière d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Des positions ont été développées sur plusieurs éléments sous-jacents, tels que la place des résidences privées dans le continuum de services et l'organisation et le financement du soutien à domicile pour les personnes âgées. Puisque les décisions politiques sont des compromis résultant des rapports de force entre acteurs concernés, soit le gouvernement et les divers mouvements sociaux, associations et organismes, il est pertinent, à l'intérieur du portrait d'un secteur, de connaître la position des différents acteurs sur les réformes que chacun préconise.

Après avoir présenté les orientations gouvernementales dans la partie précédente, nous décrivons, dans cette partie, la position de diverses associations et organismes qui ont un intérêt particulier dans ce dossier. Il s'agit, d'une part, d'organismes ou associations représentant les personnes âgées, les propriétaires de résidences avec services, les établissements publics impliqués dans l'organisation des services sociaux et médicaux,

les salarié-e-s des résidences et, d'autre part, divers organismes gouvernementaux consultatifs ou mandatés pour défendre les droits de la personne.

Nous n'avons pas la prétention de présenter la position de tous les acteurs concernés par les réformes en cours. Nous en avons retenu neuf que nous considérons comme majeurs et qui ont mis sur la place publique leurs analyses et orientations.

Aussi, il n'est pas possible, dans le cadre de ce travail, de présenter de manière détaillée et avec toutes les nuances nécessaires la position des acteurs que nous avons sélectionnés. Nous en décrivons les principaux éléments et invitons le lecteur à consulter les publications de ces organismes.

6.1 Les associations de personnes âgées et de défense de droits

L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA DÉFENSE DES DROITS DES PERSONNES RETRAITÉES ET PRÉRETRAITÉES (AQDR)

Fondée en 1979, l'AQDR est un organisme à but non lucratif qui a pour mission première de défendre les droits économiques, culturels et sociaux de l'ensemble des personnes retraitées et préretraitées du Québec. L'AQDR est organisée en 40 sections aux profils communautaires variés, comprenant de 100 à plus de 1 000 membres dans toutes les régions du Québec. Elle a pour mission principale de transformer les conditions de vie à la retraite. Elle vise également l'amélioration de leurs conditions de vie en ce qui a trait au revenu, aux politiques sociales, au transport, etc.

Les résidences privées avec services pour personnes âgées connaissent une expansion plus importante depuis quelques années en raison des difficultés de l'État québécois à répondre aux besoins engendrés par le virage ambulatoire et à financer adéquatement les CLSC et le système de santé en général. Ainsi, l'AQDR a raffermi ses positions sur la nécessité d'intervenir afin d'assurer une meilleure qualité de vie aux principaux intéressés : les personnes âgées.

Lors de ses assemblées générales annuelles des dernières années, l'AQDR adoptait les recommandations élaborées par son comité sur l'hébergement. En réponse à notre demande, le responsable du dossier, M. Maurice Boucher³², nous a fait parvenir un résumé de la politique de l'organisme concernant les résidences privées avec services pour personnes âgées. Les voici :

- Que l'AQDR fasse sa priorité de l'hébergement des personnes âgées en résidences privées avec services en privilégiant la qualité de vie des résidents et résidentes avant tout ;
- Que l'AQDR favorise une plus grande participation des aînés eux-mêmes dans toute démarche d'appréciation de la qualité des services des résidences privées pour que les préoccupations soient axées sur les meilleures conditions de vie des résidents et résidentes ;
- Que l'AQDR entreprenne à court terme une démarche auprès des services à la collectivité de l'une ou l'autre des universités du Québec pour collaborer à une étude exhaustive de la situation de l'hébergement en résidences privées des personnes âgées au Québec et la conseiller sur les mesures législatives nécessaires visant à imposer aux résidences privées à but lucratif un système de réglementation pour opération avec permis comprenant des normes qui tiennent compte de la vulnérabilité des résidents et de leur qualité de vie ;
- Que l'AQDR, avec la collaboration de ses 40 sections existantes au Québec, mette sur pied des comités de résidents et résidentes dans les résidences privées avec services. Qu'elle procède à *l'empowerment* des personnes âgées en vue de leur donner une voix dans l'élaboration de leurs conditions pour un milieu de vie agréable et aussi, favorise leur participation sociale et l'exercice de leur citoyenneté. L'existence de comités de résidents autonomes servira avantagement la cause de la lutte aux abus et mauvais traitements dont un grand nombre de cas se retrouvent dans ces établissements.

³² M. Boucher est président de la section Lévis-Rive-Sud et est membre du conseil d'administration de l'AQDR provinciale et responsable des dossiers de l'hébergement, du logement et du maintien à domicile.

LA FÉDÉRATION DE L'ÂGE D'OR DU QUÉBEC (FADOQ)

Fondée officiellement en juin 1970, la FADOQ, un organisme à but non lucratif, est un regroupement volontaire de personnes âgées de 50 ans et plus dont l'objectif principal est de maintenir et d'améliorer la qualité de vie de ses membres et, par voie de conséquence, de l'ensemble des aînés québécois. La FADOQ a deux missions principales : favoriser les activités de loisir et de sport et faire la promotion des droits des aînés. Elle regroupe 280 000 personnes âgées regroupées en 17 chapitres régionaux.

Devant les changements apportés par les gouvernements successifs en matière de santé et de services sociaux, tels que le virage ambulatoire, la dépersonnalisation et le cloisonnement des services ainsi que les problèmes d'accessibilité aux services, la FADOQ a été appelée à accroître la gamme de ses interventions auprès de ses membres (FADOQ - Région Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2004). Ainsi, elle travaille activement avec divers partenaires à rendre les aînés plus autonomes et à prévenir l'abus et la violence à leur rencontre.

En ce qui concerne les résidences privées avec services, si la FADOQ reconnaît la contribution positive de ces ressources, elle demeure vigilante quant à sa reconnaissance, « notamment à cause de la grande diversité qui les caractérise tant au niveau des lieux physiques que des services qu'on y offre » (FADOQ, 2002 : 180). La FADOQ reconnaît que « les résidences privées pour aînés ont, jusqu'à ce jour, été peu régies par une réglementation comme le sont les établissements publics » (*ibid.*), ce qui rend difficile pour les personnes âgées de choisir la résidence la mieux adaptée à leurs besoins, d'autant plus qu'il n'existe pas de normes provinciales ni de critères d'appréciation pour ces résidences.

Afin d'assurer aux aînés une meilleure qualité de vie, la FADOQ a mis sur pied le programme Rose d'or d'appréciation de la qualité des résidences privées avec services pour aînés. Le programme vise aussi à sensibiliser les propriétaires des résidences quant à leurs obligations envers leurs résidents. La participation au programme est de nature volontaire et se complète par la publication d'un bottin régional des résidences ayant

obtenu la note de passage. Au printemps 2003, le programme était implanté dans 12 des 17 régions du Québec et la FADOQ prévoyait implanter le programme dans quatre autres régions d'ici 2005. Le taux de participation des résidences au programme varie de 30 % à 70 % selon les régions (FADOQ, 2003).

La FADOQ a récemment conclu une entente avec le ministre de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, afin d'élargir le programme Rose d'or et trouver des solutions qui pourraient être applicables partout au Québec (FADOQ, 2003 : 10). De plus, le Rose d'or est l'un des programmes d'appréciation de la qualité soutenu par le ministère des Affaires municipales et de la Métropole (2003). Cependant, comme le souligne la FADOQ (2003), plusieurs partenaires considèrent qu'un programme d'appréciation de la qualité devrait être obligatoire. Si la FADOQ (2003 : 14) considère que cette dernière possibilité est intéressante, elle émet cependant un certain nombre de réserves sous forme d'interrogations :

Toutefois, il deviendrait obligatoire en fonction de quoi ? Quel ministère pourrait sanctionner un tel processus dans le cadre d'une loi ? Qu'advierait-il des résidences qui ne se qualifieraient pas ? Quel organisme coordonnerait un tel programme ? Devrait-on créer un organisme d'appréciation des résidences indépendant ? Le cas échéant, qui paierait pour l'implantation d'un tel organisme ? En quoi serait-il bénéfique à l'évolution du dossier ?

Pour la FADOQ, l'implication des membres de la famille et des proches auprès des personnes âgées, ainsi que l'instauration d'un code de vie par les responsables des résidences privées, les résidents et le personnel, constituent aussi des solutions aux problèmes rencontrés dans ces résidences.

Quant à la question de la présence de personnes âgées en lourde perte d'autonomie au sein des résidences privées sans permis du MSSS qui ne reçoivent pas les services de la résidence ou du CLSC nécessités par leur état, la FADOQ entrevoit deux solutions possibles : « ou le nombre de places en CHSLD augmente ou le gouvernement reconnaît

officiellement cette zone grise et incite les CLSC à offrir des services adéquats à ces personnes » (FADOQ, 2002 : 182).

L'ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC (OPTSQ)³³

L'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec compte plus de 5 400 membres qui travaillent dans divers établissements du réseau de la santé et des services sociaux, dans les écoles, dans divers ministères, dans des organismes sans but lucratif, dans des cabinets privés ainsi que dans des entreprises privées. L'Ordre voit à la compétence professionnelle de ses membres ainsi qu'à la qualité des services qu'ils dispensent.

Dans le cadre de son mandat de protection du public, la mission de l'OPTSQ est de s'assurer de la qualité de l'acte professionnel de ses membres et de favoriser le maintien et le développement de leur compétence et de promouvoir activement les mesures visant l'équité entre les citoyens, notamment des personnes et des groupes les plus à risque.

Afin de dégager la position de l'OPTSQ sur la question des résidences privées avec services pour personnes âgées ainsi que sur l'évaluation de la qualité des services au sein de ces résidences, nous avons consulté deux documents officiels de l'Ordre datant de l'an 2000, soit le Mémoire de l'OPTSQ présenté à la Commission des droits de la personne et de la jeunesse intitulé *L'Exploitation des personnes âgées* et le Mémoire présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

La question des résidences privées avec services pour personnes âgées sans permis du MSSS préoccupe l'OPTSQ. Dans son mémoire sur l'exploitation des personnes âgées (2000 : 6), l'Ordre affirme :

[...] les travailleurs sociaux déplorent depuis longtemps qu'il n'existe pas de critères spécifiques de qualité de soins et de services dans le secteur privé, particulièrement dans les foyers privés, et qu'il n'existe pas de système d'accréditation et de surveillance de ces ressources (sauf les normes émises au niveau municipal). Il n'y a pas non plus de

³³ Nous avons inclus l'OPTSQ sous la rubrique Associations de personnes âgées et de défense de droits à cause de son mandat de protection du public.

standards précis en ce qui a trait à la formation des personnes qui s'occupent de ces clientèles, donc pas de formation obligatoire.

Dans son mémoire à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, l'OPTSQ affirme que « l'application de la Politique de la santé et du bien-être devrait devenir une responsabilité qui relève de l'ensemble du gouvernement, et non plus celle d'un ministère en particulier, étant donné qu'elle touche l'ensemble des citoyens et draine une partie importante des ressources de l'État » (OPTSQ, 2000a). Avec le virage ambulatoire et le virage milieu, l'Ordre (2000a) considère que toute la société est maintenant interpellée afin d'assumer les responsabilités particulières envers les citoyens qui ont besoin d'aide et de protection.

De plus en plus, on fait appel à la communauté pour accueillir et apporter un soutien à des personnes qui auparavant étaient prises en charge, parfois de façon permanente, par des établissements de l'État. Le virage milieu pose des défis nouveaux non seulement sur le plan des soins de santé et des services sociaux, mais également en ce qui concerne les infrastructures d'habitation, l'aménagement des lieux physiques, les équipements culturels et de loisir, le transport adapté, l'accès aux lieux publics, les services alimentaires, les soins corporels, l'aide à la mobilité à l'intérieur et à l'extérieur de l'habitation, la sécurité personnelle contre les agressions physiques et le vol, les droits et responsabilités de toutes les parties en cause, etc. Avec le vieillissement de la population, on peut s'attendre à devoir mettre en place plusieurs services nouveaux, afin de permettre aux personnes qui présentent des limites physiques, intellectuelles et émotionnelles diverses à maintenir une qualité de vie satisfaisante, et cela dans une société où on pourra de moins en moins compter comme auparavant sur la présence permanente d'un enfant ou d'un proche. Les changements à venir poseront donc des défis à toute la société, et l'État dans son ensemble sera interpellé de plus en plus. Il devrait donc devenir le grand responsable de l'application des politiques de santé et de services sociaux, de façon à s'assurer que tous les ministères concernés assument leurs responsabilités à cet égard.

Compte tenu des changements en cours, l'Ordre considère que les services sociaux sont largement sous-financés et qu'un rééquilibrage entre le financement des services sociaux et celui des services de santé est impératif.

L'OPTSQ considère comme dangereuse l'option avancée par la Commission d'introduire un ticket modérateur ou autres formes de contribution directe de usagers, puisque l'effet de telles mesures serait de limiter l'accès des plus démunis aux services.

Par contre, en ce qui concerne l'hébergement de longue durée, l'OPTSQ (2002a) considère que le système privé conventionné peut être « une voie intéressante à explorer, à la condition que le système que l'on développerait respecte les normes de qualité des établissements du réseau public.

6.2 Les associations de résidences et d'établissements publics

L'ASSOCIATION DES RÉSIDENCES ET DES CHSLD PRIVÉS DU QUÉBEC (ARCPQ)

L'ARCPQ est la plus importante association de résidences privées avec services et de CHSLD privées du Québec. L'organisme à but non lucratif regroupe près de 500 résidences privées et d'une trentaine de CHSLD privés. Sa mission est de promouvoir et défendre les droits et les intérêts de ses membres

Le texte qui suit se veut un condensé de l'Avis de l'Association des résidences pour retraités du Québec³⁴ reproduit en annexe à l'ouvrage de Michèle Charpentier (2002).

Dans ses orientations, l'ARCPQ accorde la priorité aux personnes âgées et privilégie le maintien à domicile, de la façon la plus économique possible, tout en voulant s'assurer que les personnes âgées puissent exercer leur choix du type de domicile à l'intérieur d'un système équitable.

³⁴ Fondée en 1992, l'Association des résidences pour retraités du Québec s'est élargie en 2003 pour devenir l'Association des résidences et CHSLD privés du Québec.

L'ARCPQ considère que les personnes âgées devraient pouvoir choisir le domicile qui leur convient le mieux et qu'elles devraient être traitées de manière équitable. Affirmant que les personnes âgées autonomes réussissent à se loger convenablement et qu'une partie des personnes âgées en perte d'autonomie sont hébergées en CHSLD publics et privés, l'Association souligne la complexité de la situation pour les personnes en perte d'autonomie qui vivent à domicile ou dans des résidences privées qui offrent divers services mais qui ne sont pas agréées par le MSSS.

L'ARCPQ considère premièrement que les personnes âgées vivant en résidences privées doivent recevoir toute la gamme de services d'assistance à domicile requis par leur état, comme tous les autres citoyens dans une situation comparable. Elle juge donc important que soit défini clairement un panier de services uniformes auxquels elles ont droit et que soit précisé la contribution financière des personnes âgées, selon leur revenu, s'il y a lieu.

Deuxièmement, dans le cas des personnes en perte d'autonomie, le CLSC, à la demande du résident, de sa famille ou de la résidence, procède à l'évaluation du degré de perte d'autonomie ainsi que des services requis. L'ARCPQ considère qu'il faudrait mettre en place un régime d'allocation directe permettant aux personnes en perte d'autonomie d'avoir le libre choix de se procurer les services à domicile de la façon la plus appropriée auprès d'un CLSC, d'un organisme communautaire, de la résidence ou d'une agence privée. L'allocation directe aurait l'avantage de diminuer la pression sur les urgences des hôpitaux ainsi que sur les CHSLD.

Sur la question de la qualité des résidences privées avec services, l'ARCPQ affirme que les personnes âgées qui cherchent une résidence doivent avoir l'assurance d'être hébergées dans des résidences de qualité offrant des services appropriés. Pour l'Association, « le véritable enjeu présentement vient du fait que les résidences de dix unités et plus font l'objet de plusieurs lois et règlements, sans liens les uns avec les autres, et qu'il n'y a aucune instance qui a le pouvoir d'émettre ou de retirer un permis d'opération » (Chagnon, 2002 : 174).

Devant cet état de fait, l'Association a développé un Guide d'autoévaluation permettant aux propriétaires et gestionnaires de bien comprendre les exigences requises pour opérer une résidence de qualité. Cette autoévaluation a pour base les normes de qualité émises par le Secrétariat aux aînés, mais demeure de nature volontaire pour les résidences. L'ARCPQ souscrit au programme Rose d'or développé par la FADOQ en confirmant « son rôle important, provisoire et substitut dans l'appréciation des résidences » (Chagnon, 2002 :175) jusqu'à ce que les municipalités et les CLSC assument leurs responsabilités en ce domaine. De plus l'ARCPQ voudrait qu'un outil d'évaluation de la satisfaction des résidents soit développé par les associations d'aînés.

L'ARCPQ propose la création d'une corporation, composée des principaux partenaires (municipalités, CLSC, associations de personnes âgées, propriétaires de résidences, associations de résidences), qui établirait les orientations, déterminerait les critères et émettrait les permis d'opération sur la base des attestations fournies par chacun des partenaires.

LE RÉSEAU QUÉBÉCOIS DES OSBL D'HABITATION (RQOH)

Le Réseau québécois des OSBL d'habitation regroupe les fédérations régionales d'OSBL d'habitation, les regroupements volontaires d'OSBL d'habitation d'une région déterminée et les corporations sans but lucratif d'habitation non desservies par des instances de fédérations régionales. Ces instances ont comme vocation première d'offrir à des personnes socialement, physiquement ou économiquement défavorisées, des conditions stables et décentes d'habitation rendues disponibles grâce à une utilisation optimale des ressources du milieu. Le Réseau se veut le porte-parole des organismes sans but lucratif d'habitation et des clientèles qu'ils desservent.

Suite à l'appel de propositions *Pour un nouveau partenariat au service des aînés* du MSSS (voir la partie 5 : Les orientations gouvernementales), qui vise à financer des projets en partenariat permettant à des personnes âgées en lourde perte d'autonomie, traditionnellement orientées vers des CHSLD, de demeurer plus longtemps dans leur

domicile, le Réseau québécois des OSBL d'habitation a exprimé un certain nombre de réserves et d'inquiétudes face à ce projet (Vermette, 2003)³⁵.

Globalement, le RQOH considère que « cet appel de proposition ne répond pas à (ses) principaux besoins tout en (l') entraînant sur un terrain glissant ».

Le RQOH s'inquiète des effets de cette nouvelle façon d'organiser les services sur les OSBL et sur les résidences privées à but lucratif qui accueillent des personnes autonomes ou en légère perte d'autonomie, « si l'offre de services en quantité et en qualité suffisante n'est pas soutenue dans les CHSLD eux-mêmes et dans les services de maintien à domicile ». Il existe un risque bien réel que ces résidences soient appelées à loger une clientèle trop lourde par rapport à leur mission et à leur capacité d'encadrement, sans compter la pression accrue que ces nouvelles exigences entraîneront sur les autres services offerts dans ces résidences ainsi que sur le personnel qui n'a pas nécessairement les compétences pour servir adéquatement une clientèle plus lourde. Le RQOH se dit d'avis avec le Conseil des aînés, qui recommandait en 2000 que l'achat de places devrait se faire uniquement dans des établissements possédant des permis de CHSLD privé non conventionné.

Le RQOH considère que les OSBL d'habitation n'ont pas pour mission de se substituer aux CHSLD, mais de les compléter à l'intérieur d'un continuum de services résidentiels pour les aînés. Il pense aussi que les résidences avec services, qu'elles soient privées à but lucratif, à but non lucratif ou publiques (HLM), ne sont pas conçues pour agir à titre de CHSLD, « ne serait-ce qu'au plan des normes d'adaptation et de sécurité des bâtiments ».

Le RQOH rappelle sa revendication, « notre leitmotiv », selon François Vermette, président du Regroupement, quant à un financement adéquat pour les services de support

³⁵ Toutes les citations dans cette section sont tirées de cette source.

communautaire³⁶ en OSBL d'habitation pour toutes leurs clientèles, incluant les personnes âgées. Le support communautaire « permet de maintenir dans leur logement des personnes vulnérables qui autrement n'y parviendraient pas tout en se distinguant du support et des interventions spécialisées relevant du secteur de la santé et des services sociaux. Toutefois le support communautaire en OSBL peut s'inscrire en continuité ou en complémentarité avec celui de la Santé ».

6.3 Les organismes consultatifs

LE CONSEIL DES AÎNÉS

Créé à la demande des regroupements d'aînés, le Conseil des aînés est un organisme gouvernemental qui a principalement pour fonctions de promouvoir les droits des aînés, leurs intérêts et leur participation à la vie collective, ainsi que de conseiller la ministre sur toute question qui concerne ces personnes. Il s'agit de la seule instance gouvernementale, composée majoritairement d'aînés, qui peut conseiller le gouvernement sur toutes les questions qui concernent ce groupe de citoyens

La position du Conseil des aînés sur l'organisation des services à domicile et de la place des différentes ressources de milieu de vie substitut, incluant les résidences privées avec services pour aînés, est contenue dans l'Avis sur l'hébergement en milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie (Conseil des aînés, 2000). Le texte qui suit présente les principaux éléments de la position du Conseil qui concernent plus particulièrement les résidences privées avec services. Il est inspiré d'un texte de la présidente du Conseil qui a été publié en annexe à l'ouvrage de Michèle Charpentier (2002) et qui reprend les principales recommandations de l'Avis d'octobre 2000³⁷.

Le Conseil constate, d'une part, que le réseau privé d'hébergement « s'est développé de façon importante, et souvent de manière anarchique » depuis le début des années 1990 et, d'autre part, que « la pénurie de services adéquats de soutien à domicile et de places

³⁶ Le support communautaire réfère « à l'accueil et à l'intégration des locataires, à la défense de leurs droits, à la référence et l'accompagnement vers des ressources externes, à la sécurité, au maintien de la tranquillité des lieux ainsi qu'à la vie associative et communautaire ».

³⁷ Toutes les citations de cette section sont tirées de ce texte.

d'hébergement publiques incite plusieurs aînés en perte d'autonomie à se tourner vers le secteur privé pour obtenir les services qu'ils nécessitent ».

En ce qui concerne la qualité de vie et des services dans les résidences privées avec services, le Conseil déplore qu'aucune méthode de suivi et de contrôle n'a été mise en place par le MSSS ou les régies régionales afin de s'assurer que les services rendus sont adéquats. Il est souligné que la qualité des services offerts n'est pas évaluée, mais qu'elle « est laissée à la responsabilité unique des gestionnaires d'établissements et des propriétaires ».

Comme le souligne la présidente du Conseil des aînés, la plupart des recommandations contenues dans son Avis sur les milieux de vie substituts sont de nature générale, afin qu'elles soient applicables tant pour les ressources publiques que privées.

Par exemple, il est recommandé

[...] de rendre disponible, à la grandeur de la province, un nombre suffisant de milieux de vie substituts diversifiés et adaptés au niveau d'autonomie des utilisateurs et de leurs particularités afin de leur offrir un véritable choix. Pour ce faire, il propose de favoriser le développement de ressources d'hébergement moins lourdes que les CHSLD, provenant des secteurs publics ou privés, ou encore d'un maillage public/privé, principalement pour les aînés présentant une perte d'autonomie modérée (p. 68).

D'autres recommandations d'ordre général proposent, par exemple, que toute personne en milieu de vie substitut soit évaluée par un CLSC ; que soit encouragée une plus grande implication des parents et des proches des aînés ; que les établissements et résidences se donnent un code d'éthique ; développer et utiliser des outils d'évaluation de la qualité des services « à partir de l'évaluation des besoins du résident et de son appréciation des services qu'il reçoit ainsi que de celle de ses proches ».

Un certain nombre de recommandations s'adressent tout particulièrement aux résidences privées avec services pour aînées.

Que soit élaboré et adopté un système de reconnaissance des résidences privées pour aînés avec services et qu'un programme de suivi et de soutien soit instauré. Le Conseil

des aînés propose que le MSSS, le ministère des Affaires municipales et de la Métropole et les régies régionales en collaboration avec les associations d'établissements d'hébergement et autres instances, si nécessaire, élaborent un cadre de référence établissant, entre autres normes, les types de personnes que ces établissements peuvent desservir et le rôle de chacun dans la dispensation des services et du suivi à accorder.

Que les citoyens vivant en résidence privée avec services pour aînés aient accès aux services sociaux et de santé que leur condition nécessite, lorsque ces services ne sont pas offerts dans l'entente contractuelle qui les lie à la résidence, ou que leurs moyens financiers sont insuffisants pour couvrir les services que leur état de santé requiert. Pour ce faire, le Conseil recommande, entre autres, que les CLSC prennent des ententes avec leur réseau de résidences privées avec services, afin de mettre sur pied un système d'accès à leurs services ; et que le MSSS envisage des mécanismes, comme l'allocation directe, afin que la population ait accès aux services dont elle a besoin.

LE CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (CSBE)

Le Conseil de la santé et du bien-être est un organisme gouvernementale qui a pour mission de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, en fournissant des avis au ministre de la Santé et des Services sociaux, en informant le public, en favorisant des débats, et en établissant des partenariats. Ces activités portent sur les objectifs de santé et de bien-être ainsi que sur les meilleurs moyens pour atteindre cette finalité. Pour réaliser sa mission, le Conseil assume trois fonctions principales : la veille stratégique, la production d'études et d'avis et la communication.

La position du Conseil de la santé et du bien-être quant à l'organisation des services à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie a été résumée ainsi par la présidente du Conseil lors des Journées d'étude sur l'harmonisation des services de soutien à domicile de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec tenues en décembre 2001 (Morais, 2001 : 7).

Le Conseil a analysé et débattu intensément sur les limites de l'intervention publique en matière de services à domicile à partir de différents scénarios. La proposition qu'il a retenue comme étant la plus juste, la plus réaliste et faisant consensus et qu'il a recommandée au ministre est la suivante :

- que les CLSC continuent à offrir une gamme continue et intégrée de services de base à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie, à savoir des services professionnels (médicaux, infirmiers, psychosociaux, de réadaptation, de nutrition), des services d'assistance personnelle, des services de répit et de surveillance, des services d'aide domestique et de soutien technique ;
- que ces mêmes services de base à domicile soient offerts, peu importe les régions et les territoires de CLSC et le milieu de vie des personnes, incluant les résidences privées à but lucratif, selon une intensité et des horaires comparables ;
- que les CLSC dispensent gratuitement à tous ceux qui le requièrent les services professionnels précités, les services d'assistance personnelle, les services de répit et de surveillance ;
- que les CLSC offrent gratuitement les services d'aide domestique et de soutien technique seulement aux personnes qui le requièrent et que les CLSC évaluent et considèrent à risque, soit parce qu'elles sont démunies financièrement, soit parce qu'elles seraient autrement contraintes de quitter leur domicile ou d'avoir recours aux services hospitaliers ou d'hébergement.

C'est pour les mêmes motifs de qualité et d'équité que le Conseil recommande un agrément obligatoire des résidences privées à but lucratif.

6.4 L'Organisme de défense de droits

LA COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse est constituée par la Charte des droits et libertés de la personne. Elle doit assurer, par toutes mesures appropriées, la promotion et le respect des droits et libertés affirmés par la Charte des

droits et libertés de la personne. De même, la Commission doit assurer, par toutes mesures appropriées, la promotion et le respect des droits de l'enfant reconnus par la Loi sur la protection de la jeunesse et par la Loi sur les jeunes contrevenants.

À la fin de l'an 2000, à l'occasion de l'Année internationale des personnes âgées, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse a lancé une vaste consultation publique sur le thème de l'exploitation des personnes âgées. Par cette consultation, la Commission poursuivait deux objectifs : mieux connaître les diverses manifestations du phénomène de l'exploitation des personnes âgées ainsi que les obstacles rencontrés pour y mettre fin, et accroître l'efficacité des moyens pour y mettre fin (Commission des droits de la personnes et des droits de la jeunesse, 2001).

Dans le rapport publié suite à cette consultation, la Commission (2001 : 2) brosse « un tableau, le plus complet possible, des mécanismes de protection actuels applicables aux personnes âgées et de souligner les lacunes constatées » et fait plusieurs recommandations « de nature à resserrer le filet de protection actuel ».

Dans son Rapport, la Commission aborde la question du logement et de l'hébergement des personnes âgées dont la problématique des résidences privées avec services mais non agréées par le MSSS.

En ce qui concerne la place de ces résidences dans l'ensemble des services pour personnes âgées, la Commission souligne la contradiction entre les règles officielles qui régissent ces résidences et la réalité, particulièrement en ce qui concerne des personnes âgées en perte d'autonomie. Alors que ces résidences ne seraient censées accueillir que des personnes autonomes ou en légère perte d'autonomie, en réalité elles hébergent des personnes qui normalement devraient être admises en CHSLD ou dans d'autres milieux de vie substitués agréés par le MSSS. La Commission rappelle les raisons de cet état de fait : la politique de désinstitutionnalisation, le vieillissement rapide de la population, un accès de plus en plus restreint aux CHSLD et à des ressources intermédiaires ou de type familial, et des services de maintien à domicile insuffisants.

« C'est ainsi, reconnaît la Commission (2001 : 80), que les ressources privées sont venues rapidement combler ce vide ».

L'ORGANISATION DES SERVICES

La Commission considère que par les orientations ministérielles, en ne soulevant pas cette question et en prévoyant la prestation des soins de santé dans les résidences privées comme au domicile de la personne âgée, le ministère entérine la fonction de fait des résidences privées, mais ne prend aucune décision sur le statut et la reconnaissance de cette fonction.

Selon la Commission (2001 : 158-159), l'État doit faire un choix entre deux scénarios :

Le premier serait de maintenir la règle interdisant aux résidences privées avec services d'héberger des personnes en perte d'autonomie. Toutefois, ce scénario implique que le MSSS développe les ressources appropriées pour accueillir ces personnes, notamment les ressources intermédiaires et de type familial. Mais, selon la Commission (2001 : 159), « en privilégiant le maintien à domicile et dans la communauté assorti de réseaux de services intégrés, le ministère n'a pas retenu ce premier choix, bien qu'il ne l'ait pas explicitement rejeté ».

Le deuxième scénario, et le choix du ministère irait dans ce sens, serait que le ministère reconnaisse implicitement le rôle rempli par les résidences privées, « en les assimilant au domicile des personnes âgées et en garantissant à celles qui y sont hébergées alors qu'elles sont en perte d'autonomie, de recevoir les soins dispensés par les CLSC et les équipes de soins prévues pour permettre l'implantation des réseaux de services intégrés sur leurs assises territoriales ». Pour la Commission (2001 : 159), ce choix implique aussi que le gouvernement « modifie la règle actuelle pour reconnaître aux résidences privées un tel rôle et qu'il tienne compte des répercussions de ce choix dans l'allocation des ressources ».

La Commission appuie cette seconde voie et recommande :

Que le gouvernement du Québec s'assure que la future politique sur les réseaux de services intégrés énonce clairement le statut et le rôle des résidences privées et garantisse aux personnes âgées qui y résident, comme à toute personne âgée à domicile dans les mêmes conditions, une prestation de services qui réponde à leurs besoins de soins et de services à la personne (p. 159).

Sur les services à domicile la Commission recommande :

Que conformément aux orientations ministérielles du MSSS [...], le ministre de la Santé et des Services sociaux prenne les mesures nécessaires pour que les CLSC puissent dispenser effectivement et dans les plus brefs délais aux personnes âgées en perte d'autonomie les services dont elles ont besoin et que leur garantit la Loi sur les services de santé et les services sociaux (p. 157).

LA QUALITÉ DANS LES RÉSIDENCES

La Commission (2001 : 81) constate que la surveillance exercée par les régies régionales est inefficace, puisqu'« elle repose sur une procédure de plainte ». De plus, le système est peu utilisé, car peu connu des usagers et de leur entourage.

Selon le régime actuel, la seule mesure correctrice que peut imposer une régie régionale est d'évacuer et de relocaliser la personne qui est en perte d'autonomie. La Commission considère qu'une telle mesure pénalise principalement le résident qui ne veut pas quitter sa résidence, même si le Code civil permet à une personne de refuser de faire l'objet d'une évaluation pour déterminer son degré de perte d'autonomie ou sa relocalisation.

La Commission recommande (2001 : 161-162) :

Que les Régies régionales [...], avant de considérer automatiquement la fermeture de la ressource d'hébergement et le déplacement des personnes âgées, aient le pouvoir d'ordonner aux résidences privées d'apporter les correctifs appropriés à des lacunes constatées.

Le Rapport de la Commission reconnaît que des efforts louables sont déployés pour améliorer les conditions de vie au sein des résidences privées : par certaines municipalités qui exigent un permis d'opération ou procèdent à des visites annuelles des résidences ; par divers organismes, comme la FADOQ, qui a développé le programme d'évaluation Rose d'or, ou l'ARCPQ, qui a créé pour ses membres des instruments d'autoévaluation.

Mais pour la Commission (2001 : 83), la faiblesse de ces mesures vient du fait qu'elles sont de nature volontaire et, comme d'autres, elle réclame que les ressources d'hébergement soient réglementées par un système d'accréditation ou d'obtention de permis d'opérer assorti d'un mécanisme de suivi.

La Commission recommande (2001 : 161) :

Que les régies régionales imposent une procédure d'accréditation aux résidences privées qui hébergent des personnes en perte d'autonomie.

Que dans ses critères d'évaluation pour l'accréditation des résidences privées, chaque régie régionale considère la capacité des résidences à gérer adéquatement le vieillissement et la perte graduelle d'autonomie chez une personne, ainsi que la connaissance des droits des usagers.

6.5 L'Association de défense des salarié-e-s

LA FÉDÉRATION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (FSSS-CSN)

La Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN), représente 113 000 membres, dont près de 15 000 travaillent dans le secteur privé. Pour la fédération, qui a comme première responsabilité de négocier et voir à l'application de la convention collective, le secteur privé comprend les employeurs qui n'ont pas la convention collective du secteur public. Il comprend des CHSLD privés, des centres de la petite enfance, des techniciens ambulanciers, des organismes communautaires et des résidences privées avec services pour personnes âgées. La FSSS représente près de 4 000 membres salarié-e-s dans une quarantaine de ces résidences, et elle prévoit un accroissement rapide de ce secteur au cours des prochains mois.

Au moment d'écrire ces lignes, les travailleuses et les travailleurs de ce secteur préparent un plan d'action national afin de sensibiliser l'ensemble des membres de la fédération, ainsi que le public, sur l'urgence d'améliorer la qualité de vie dans ces résidences.

En réponse à notre demande, Jeff Begley, vice-président responsable de la coordination des négociations du secteur privé de la FSSS (CSN) nous a fait parvenir un portrait sommaire de la situation actuelle.

La majorité des quarante résidences syndiquées à la FSSS accueillent en moyenne entre 30 et 100 personnes âgées, et quelques résidences ont près de 200 places avec services.

La plupart des résidences de la FSSS sont réservées aux personnes âgées autonomes. Cependant, presque sans exception, on constate que même si ce critère est respecté lorsqu'une personne âgée est admise dans une résidence, il ne l'est plus lorsque cette même personne commence à perdre son autonomie. Il y a aujourd'hui dans ces résidences plusieurs personnes souffrant de lourdes pertes d'autonomie. On y retrouve de multiples pathologies, que ce soit la maladie d'Alzheimer ou d'autres qui sont associées au vieillissement.

Les règles du marché sont les règles prédominantes dans ce secteur qui est peu réglementé. Tout au plus, la plupart des résidences ont un permis municipal qui concerne le bâtiment. Jusqu'à tout récemment, le gouvernement n'avait aucune idée du nombre de résidences qui existaient dans ce secteur au Québec. On commence à peine à recenser le secteur.

Les conditions de travail dans ces résidences sont difficiles. Souvent, il y a à peine assez de personnel pour offrir des services adéquats aux personnes autonomes. Lorsque le personnel doit s'occuper des personnes en perte d'autonomie, on constate qu'il y a une pénurie importante de personnel. Le moyen utilisé pour répondre aux besoins grandissants de ces personnes est d'augmenter la cadence de travail au lieu d'augmenter le nombre de personnes qui y travaillent.

D'autres conditions de travail laissent à désirer : faibles salaires, fardeaux de tâches importantes, exigences déraisonnables, manque d'équipements, etc. En général, les membres de la FSSS ont terminé l'école secondaire et les employeurs n'offrent pas de formation spécifique ou continue pour les employé-e-s. On constate un roulement important du personnel dans ces résidences.

Au cours des prochains mois, la FSSS fera campagne dans ces résidences et sur la place publique. Elle doit se préoccuper du bénéfice de ses membres, mais aussi des personnes âgées qui se retrouvent avec peu de moyens pour revendiquer une amélioration de la situation. Il paraît évident que la FSSS doit chercher à résoudre les deux problèmes, car elle ne peut améliorer l'un, sans améliorer l'autre.

CONCLUSION

Le portrait que nous venons de dresser des résidences privées à but lucratif pour personnes âgées se veut essentiellement descriptif de la situation qui prévaut dans ce secteur. Il tente de répondre à un certain nombre de questions : quelle est la place de ces résidences au sein de l'ensemble des ressources d'habitation pour personnes âgées ; comment est organisé ce secteur et quelles sont les principales caractéristiques des entreprises qui le composent ; au niveau institutionnel, quels sont les principaux mécanismes de régulation de ce secteur et comment ont-ils évolué au cours des dernières années ; comment la réalité de ces résidences a-t-elle été prise en compte dans les grandes orientations gouvernementales quant au logement, l'hébergement et le soutien à domicile pour les personnes âgées ; comment les principaux acteurs concernés par la problématique des résidences privées se situent-ils par rapport à la régulation de ce secteur ?

UN SECTEUR NÉVRALGIQUE MAIS HÉTÉROGÈNE ET ENCORE TROP PEU CONNU

Selon le registre des résidences avec services du MSSS, il existait au Québec en juin 2004, environ 2 200 résidences privées à but lucratif, comportant environ 66 000 unités de logement, ce qui fait de ce type de résidences le deuxième mode d'habitation le plus important après le foyer familial. Il est nécessaire de noter que, si plus de la moitié des résidences sont de très petite taille (de 1 à 49 unités), ces dernières ne disposent que de 10,9 % de l'ensemble des unités de logement. Toujours selon le registre, on dénombrait 332 résidences avec services, dont 313 à but non lucratif, 7 de type coopératif et 12 publiques à loyer modique, disposant d'environ 15 600 unités de logement.

À la lecture de ce portrait des résidences privées à but lucratif, le lecteur pourra être étonné par le peu d'informations concrètes disponibles sur le fonctionnement interne de ces résidences comparativement aux nombreux énoncés de politique et avis divers concernant la problématique des résidences privées. Nous avons longuement abordé cette question dans la partie 3. Nous avons regretté le trop faible nombre de données disponibles dans le registre des résidences avec services et plaidons pour un registre plus

élaboré qui inclurait, entre autres, des informations socioéconomiques et démographiques sur les résidents, des informations sur la présence ou non d'associations de résidents, le nombre d'employé-e-s et de bénévoles, les caractéristiques démographiques des employé-e-s, leur niveau d'éducation, la formation dispensée par l'employeur, les conditions de travail, la présence ou non d'une association de salarié-e-s. Nous avons souligné de nombreuses faiblesses quant à la pertinence et à la fiabilité de certaines données. Nous avons aussi plaidé pour une collecte d'informations beaucoup plus complète qui aiderait autant les acteurs que les observateurs, à évaluer beaucoup plus précisément la situation des entreprises de ce secteur et des résident-e-s, et de mieux comprendre et apprécier la grande diversité des situations que l'on peut y retrouver. Aussi, nous ne pouvons que déplorer le fait que le registre des résidences avec services, dans sa mouture actuelle, fait peu de cas des différences fondamentales (dans leur statut et dans leur fonctionnement) qui existent entre les résidences à but lucratif et celles qui relèvent du tiers secteur (résidences à but non lucratif ou coopératives) et les résidences publiques de type HLM.

UN SECTEUR AUX PRISES AVEC DES TENSIONS GRANDISSANTES

Nous avons vu que l'essor important qu'a connu, au cours des vingt dernières années, le secteur des résidences privées avec services pour personnes âgées, en a fait le mode d'habitation le plus répandu pour cette catégorie de la population, en dehors du domicile familial. À leurs débuts, la multiplication de ces résidences s'est faite sans tension importante. En effet, dans la mesure où elles accueillaient des personnes autonomes ou en légère perte d'autonomie, le niveau de qualité des services offerts par ces résidences relevait exclusivement des responsabilités de l'entreprise qui gérait la résidence, les relations entre propriétaires et locataires étant régies par le Code civil. Avec les années cependant, des tensions grandissantes sont apparues entre les règles institutionnelles qui régissent les résidences privées à but lucratif, d'une part, et l'évolution de la condition physique et psychologique d'une partie toujours croissante des personnes âgées qui y vivent, d'autre part.

Nous avons identifié les principaux facteurs qui ont contribué à l'exacerbation de ces tensions : ce sont le vieillissement accéléré de la population, la pénurie des ressources d'hébergement institutionnelles pour les personnes en perte d'autonomie, principalement les CHSLD, l'insuffisance des services à domicile appropriés pour ce type de clientèle. On peut ajouter à ces facteurs les tergiversations de l'État québécois quant à la mise en place d'un système adéquat qui garantirait à toutes et à tous l'accès à des soins et à des services de qualité selon leur niveau réel d'autonomie.

Plus précisément, les règles actuelles qui « interdisent » aux résidences privées non agréées par le MSSS d'offrir les soins et services liés à des pertes importantes d'autonomie tiennent de plus en plus difficilement, à mesure que les personnes qui habitent ces résidences sont de plus en plus âgées et de moins en moins autonomes. Ces règles pouvaient se justifier tant et aussi longtemps que ces résidences accueillent presque exclusivement des personnes autonomes ou en légère perte d'autonomie, puisque la qualité des services offerts relevait exclusivement des responsabilités des résidences, les relations entre propriétaires et locataires étant régies par le Code civil.

Avec la réforme en profondeur de l'organisation des services de première ligne prévue dans la loi 25 sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et des services sociaux, et surtout dans le projet de loi 83 modifiant la Loi sur la santé et les services sociaux, pour la première fois depuis l'adoption de la première politique de soutien à domicile en 1979, il est prévu explicitement que les personnes âgées en perte d'autonomie pourront recevoir l'ensemble des services médicaux et sociaux dont elles ont besoin au sein même des résidences privées, grâce à la coordination d'un ensemble de ressources locales publiques, du tiers secteur et privées à but lucratif.

Nous croyons que ces deux pièces législatives constituent une ultime tentative de la part des autorités gouvernementales pour combler ce qui a longtemps constitué au sein même de la problématique des résidences privées pour personnes âgées une situation de plus en plus intenable, caractérisée par une présence accrue de personnes en lourde perte

d'autonomie au sein des résidences qui ne sont pas autorisées à offrir les soins requis par cette perte d'autonomie.

On peut se demander cependant si les dispositions du projet de loi 83 sont à la hauteur des défis à relever, particulièrement en ce qui concerne la qualité des conditions de vie et des services au sein des résidences privées.

LE PROFIT EST-IL COMPATIBLE AVEC LE BIEN-ÊTRE DES RÉSIDENTS ?

Si la question de la présence d'entreprises à but lucratif dans le secteur des résidences pour personnes âgées soulevait peu de débats tant et aussi longtemps que ces entreprises n'accueillaient que des résidents autonomes ou en légère perte d'autonomie, la question se pose tout autrement dans un système où le cloisonnement entre ressources institutionnelles réglementées pour personnes en perte d'autonomie et ressources non réglementées pour les personnes autonomes ou en légère perte d'autonomie est remplacé par un système qui a pour objectif d'offrir un soutien dans le milieu de vie naturel des personnes, ce qui inclut la résidence avec services.

Dans une résidence privée à but lucratif, la « lucrativité » de ces entreprises est tributaire essentiellement du prix du loyer, d'une part, et de la qualité et de la quantité des services offerts, d'autre part. Il existe donc une tension entre les intérêts des propriétaires et des locataires. Cette tension peut être socialement acceptable tant et aussi longtemps que le rapport de force des uns et des autres est relativement équilibré. Or, il est généralement reconnu que ce rapport de force est d'autant plus à l'avantage des propriétaires qu'une personne est fragilisée sur le plan de la santé, précaire sur le plan financier et isolée sur le plan personnel, ce qui est le cas de plusieurs résidents, particulièrement au sein des petites résidences.

Au moment même où nos élus se penchent sur le projet de loi 83 qui propose l'accréditation volontaire des résidences privées, deux situations déplorables ont été portées à la connaissance du public.

Il s'agit d'abord de la découverte des conditions de vie inacceptables au centre d'hébergement Vanier³⁸, situé dans le quartier Rosemont de Montréal et, ensuite, d'une allégation selon laquelle des pressions importantes seraient faites sur des résidents afin que ceux-ci fassent affaire avec des pharmaciens choisis par les propriétaires-gestionnaires de certaines résidences³⁹.

Suite au premier reportage de *La Presse* sur le centre d'hébergement Vanier, le ministre Couillard semblait remettre en question les dispositions du projet de loi 83 qui, contrairement aux vœux de plusieurs intervenants, prévoient l'accréditation facultative des résidences privées. Selon le ministre « cela (le reportage) donne un éclairage qui va dans le sens des certificats obligatoires. Ce sont des gens extrêmement vulnérables, on en est conscients... Cela ajoute de l'eau au moulin de ceux qui nous demandent d'aller un peu plus loin dans la certification » (*La Presse*, le 22 mars 2005 : A7).

Compte tenu de ce qui précède, on peut raisonnablement se demander si les règles institutionnelles qui régissent l'entreprise privée à but lucratif, règles qui, rappelons-le, concentrent tous les pouvoirs organisationnels et administratifs entre les seules mains des propriétaire et actionnaires, sont compatibles avec les intérêts des résidents.

Comment alors rétablir un équilibre entre des propriétaires à la recherche de profits qui, dans le cas de la plupart des petites résidences, n'est en fait que la recherche d'une activité rémunérée, et des résidents qui ne disposent plus d'une autonomie suffisante pour protéger adéquatement leurs intérêts ? En ce domaine, plusieurs orientations sont possibles.

³⁸ Cette résidence privée accueille une cinquantaine de résidents, dont une vingtaine de protégés du curateur public du Québec. Une enquête de *La Presse* a révélé que plusieurs résidents vivaient dans des conditions de salubrité et de sécurité déplorables (*La Presse*, 22 et 23 mars 2005).

³⁹ On peut lire dans un communiqué de presse de la FADOQ daté du 5 avril 2005 que « des personnes demeurant en résidences auraient été fortement incitées – allant même jusqu'à des menaces d'expulsion ou d'augmentation des frais d'hébergement – à faire exécuter leurs ordonnances dans une pharmacie désignée par l'établissement plutôt que par leur pharmacien habituel. En contrepartie, les établissements recevaient divers avantages » (http://www.lebulletinregional.com/rubrique/la_une/2005/fadoq05042005.html).

Plus de réglementation étatique : accréditation des résidences, établissement de critères de qualité, mise en place d'un processus de vérification de la qualité des services, évaluation de la condition physique et psychologique des nouveaux résidents, établissement de normes diverses (résidents/préposés, scolarité et formation des employé-e-s et des responsables, etc.). Cette orientation est celle qu'a retenu le MSSS dans le projet de loi 83 présentement à l'étude en commission parlementaire, qui propose, entre autres, un processus volontaire de certification des résidences, l'ouverture d'un droit pour les résidents de porter plainte auprès de l'agence des services de santé et des services sociaux et le droit d'intervenir du protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux dans les résidences titulaires d'un certificat de conformité. Comme nous l'avons souligné dans la partie 5, la nature tout à fait volontaire de la certification des résidences privées risque de creuser le fossé entre deux grandes catégories de résidences : celles de tailles moyenne ou grande qui desservent une clientèle relativement aisée et qui se qualifieront facilement, et les petites résidences, offrant peu de services à leurs résidents de conditions plus modestes, qui seront dans l'impossibilité d'obtenir une certification.

Par ailleurs, la certification obligatoire des résidences privées à but lucratif n'est pas sans causer des inquiétudes, particulièrement au sein du millier de petites résidences où vivent en très grande majorité des femmes, seules, peu scolarisées et pauvres. Ces petites résidences, bien qu'ayant un statut d'entreprise à but lucratif, fonctionnent beaucoup plus comme des ressources familiales. Et les moyens dont elles disposent semblent extrêmement faibles comparativement à ceux de plusieurs résidences plus grandes, dont les résidents disposent de revenu plus élevé. Une politique d'accréditation, qu'elle soit obligatoire ou facultative, qui ne tiendrait pas compte de la grande hétérogénéité de situations au sein du secteur des résidences privées à but lucratif, risque d'avoir des conséquences négatives importantes. Dans le cas d'une accréditation obligatoire pour l'ensemble des résidences, on peut d'abord se demander si les petites résidences auraient les moyens, sans un support quelconque du gouvernement, non seulement de se conformer aux exigences en termes de quantité et de qualité de services, mais aussi d'entreprendre et de mener à terme les démarches bureaucratiques d'accréditation. Il y a

un risque que plusieurs petites résidences soient contraintes de fermer leurs portes ou que d'autres continuent à fonctionner mais de manière clandestine. Dans le cas d'une accréditation facultative (comme il est proposé dans le projet de loi 83), il est à prévoir que peu de petites résidences auront les moyens et le courage de mener à terme la procédure d'accréditation. Le risque est alors de voir s'institutionnaliser un système de résidences privées dual : des résidences accréditées offrant des services de qualité à une population en moyen de s'offrir de tels services, et des résidences non accréditées pour les plus démunis.

Plus de pouvoir pour les résidents : La caractéristique fondamentale d'une entreprise privée à but lucratif, en comparaison avec une entreprise à but non lucratif, est la concentration de l'ensemble du pouvoir économique et administratif de l'entreprise entre les mains des propriétaires, le tout sujet, évidemment, au respect des lois et règlements qui peuvent venir limiter ce pouvoir, tels que le Code du travail, qui prévoit le droit à la syndicalisation.

Dans ces conditions, le pouvoir des résidents ne peut trouver sa source que dans des arrangements institutionnels volontaires internes par lesquels les résidents exercent un certain pouvoir collectif au sein d'une résidence, par la mise sur pied, par exemple, d'un comité de résidents avec plus ou moins de pouvoir (recommandation ou décision) ou dans des arrangements institutionnels imposés par le législateur, par exemple, l'obligation pour chaque résidence de se doter d'un comité de résidents avec un mandat défini par le législateur.

La mise en place des comités de résidents au sein des ressources privées à but lucratif peut s'avérer un outil important d'*empowerment* des résidents⁴⁰. Comme le souligne le Conseil des aînés du Québec (2005 : 2) de tels comités « sont susceptibles de favoriser une expression libre et entière des revendications des personnes se considérant lésées par ces ressources ». On pourrait aussi penser que ces comités pourraient jouer un rôle autre

⁴⁰ L'Association des résidences et des CHSLD privés du Québec (ARCPQ)

que défensif et être un atout important dans l'amélioration de la qualité des services dans ces résidences.

Bref, nous faisons l'hypothèse que la mise en application du principe de *multistakeholders*, d'abord dans les initiatives d'économie sociale, mais aussi dans celles du secteur public et du secteur à but lucratif, représente un atout qui influe sur la qualité des services en particulier dans le domaine sociosanitaire. Cela provient du fait que l'application de la philosophie de *multistakeholders* fait appel à une délibération entre différents groupes d'intérêt, ce qui incite ces derniers à faire des compromis allant dans le sens de l'intérêt général et du dépassement des corporatismes (Vaillancourt et Jetté, 2004 : 18-19).

La mise en place des comités de résidents véritablement autonomes peut cependant s'avérer difficile, voire impossible, dans plusieurs résidences, en particulier dans celles de très petite taille qui, rappelons-le, représentent 1 098 des 2 155 résidences à but lucratif. À moins d'envisager un certain nombre de transformations majeures au sein du secteur des résidences à but lucratif.

De « but lucratif » à « but non lucratif » : En poursuivant notre réflexion dans le sens proposé par Vaillancourt et Jetté dans la citation ci-dessus, on pourrait avancer que plusieurs résidences privées à but lucratif pourraient tirer avantage dans un premier temps d'une transformation de leur statut juridique en organismes sans but lucratif ou en coopératives de solidarité, et, dans un deuxième temps, d'un regroupement de plusieurs petites résidences sur un même territoire, de la même manière que plusieurs garderies et services de garde en milieu familial ont été regroupés au sein des centres de la petite enfance. Non seulement ce type de transformation permettrait-elle la prise en compte des intérêts multiples au sein de ces entreprises, mais elle permettrait aussi de partager les lourdes responsabilités qui incombent exclusivement au propriétaire et possiblement encouragerait une plus grande ouverture sur la communauté et sur les ressources qui y sont disponibles.

BIBLIOGRAPHIE

- Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2004). « Groupe de travail ministériel sur les services offerts aux aînés en perte d'autonomie », Communiqué à la Direction générale des CLSC, des CHSLD et des Centres de santé.
- Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2004a). « Une vision pour les ressources publiques d'hébergement et de soins de longue durée », septembre.
- Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2003). « Les services de soutien à domicile. La vision des CLSC, des Centres de santé et des CHSLD », Adopté par le conseil d'administration, 4 avril.
- Beaulieu, Alain et Henri Dorvil (2004). « L'habitation comme déterminant social de la santé mentale », Présentation in Beaulieu, Alain et Henri Dorvil (sous la direction de), Actes du colloque *Le logement comme déterminant social de la santé pour les personnes usagères des services de santé mentale*, dans le cadre du 70^e Congrès de l'ACFAS, Université Laval, les 15 et 16 mai 2002, ACFAS, Cahiers scientifiques 99, Montréal.
- Bravo, G., Charpentier, M., Dubois, M.-F., DeWals, P. et A. Émond (1997). « La qualité des soins dispensés aux personnes âgées par les ressources d'hébergement avec et sans permis ministériel », Rapport final, Centre de recherche en gérontologie et gériatrie, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
- Bravo, G., Charpentier, M., Dubois, M.-F., DeWals, P. et A. Émond (1998). « Profile of residents in unlicensed homes for the aged in the Eastern Townships of Quebec » *Canadian Medical Association Journal*, 159, pp. 143-148.
- Chagnon, Robert (2002). « Pour assurer un continuum de services aux personnes âgées ... un réseau de résidences privées avec services. Avis de l'Association des résidences pour retraités du Québec », in Charpentier, Michèle (2002), *Priver ou privatiser la vieillesse*, Québec, Presses de l'université du Québec.
- Charpentier, Michèle (2002). *Priver ou privatiser la vieillesse, entre le domicile à tout prix et le placement à aucun prix*, PUQ.
- Charpentier, Michèle (2004a). « De l'institution au marché : transformation de l'hébergement des personnes âgées et enjeux actuels », in *Vie et vieillissement*, vol. 3, n° 2, août 2004, pp. 2-8.
- Charpentier, Michèle (2004). « Marchandisation de l'hébergement des personnes âgées et enjeux éthiques : le point de vue des acteurs des réseaux public et privé ». *Frontières*, vol. 17 no 1 : Au péril de l'accompagnement, automne 2004, pp. 42-48.

Code civil du Québec.

Commission des droits de la personne du Québec et des droits de la jeunesse (CDPDJ) (2001). *L'exploitation des personnes âgées : vers un filet de protection resserré*, Rapport de consultation et recommandations.

Conseil de la famille et de l'enfance (2004). *Vieillesse et santé fragile, un choc pour la famille ?* Avis, Québec.

Conseil de la santé et du bien-être (2001). « Vieillir dans la dignité », Avis, Québec.

Conseil de la santé et du bien-être (2001a). « Vieillir dans la dignité », Rapport, Québec.

Conseil des aînés du Québec (1995). « Avis sur les abus à l'égard des personnes aînées », Québec.

Conseil des aînés du Québec (2000). « Avis sur l'hébergement en milieu de vie substitut pour les aînés en perte d'autonomie », Québec.

Conseil des aînés du Québec (2005). *Mémoire sur le projet de loi n° 83 présenté à la Commission des affaires sociales*, janvier.

FADOQ (2002). « Les résidences privées pour aînés et l'accès aux services. Avis de la Fédération de l'âge d'or du Québec », in Charpentier, Michèle (2002), *Priver ou privatiser la vieillesse*, Québec, Presses de l'université du Québec.

FADOQ - Mouvement des aînés du Québec (2003). « Programme Roses d'or (Gagnant du Prix d'excellence en habitation de la SCHL, 2000, catégorie Processus et gestion) », Pour la Commission sur les relations interculturelles, l'habitation et le développement social et communautaire.

FADOQ - Région Saguenay–Lac-Saint-Jean, (2004). « Et si cette fois c'était la bonne ? », Avis déposé dans le cadre des consultations sur le modèle régional d'organisation de services intégrés.

Gervais, Pauline, Hébert, Réjean et Michèle Tousignant (2004). *Profils d'autonomie fonctionnelle des personnes âgées vivant dans les résidences privées d'hébergement en Estrie*, Sherbrooke.

Girard, Chantal, Létourneau, Esther et Normand Thibault (2004). « La composition par âge de la population du Québec d'ici 2051 », in *Institut de la statistique du Québec, Données sociodémographiques en bref*, vol. 8, n° 2, février, pp. 3-5.

Gouvernement du Québec (2004). *Projet de loi 83 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*.

Gouvernement du Québec (2003). *Les résidences privées pour personnes âgées : guide des bonnes pratiques municipales*, Ministère des Affaires municipales et de la Métropole, avril.

Guèye, Anne (2003). « Les comités de résidentes et de résidents dans les résidences privées avec services : un des moyens pour favoriser l'empowerment des personnes âgées », Rapport de recherche, sous la coordination de Nicole Moreau, *Le Secrétariat aux aînés*, septembre.

Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2001). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec

Langlois, Martine (2003). « La FADOQ : un maillon de la chaîne pour contrer la violence envers les aînés », Actes de la Conférence québécoise sur la violence faite aux aînés : *Agir en collectivité*, Hôtel Renaissance, Montréal, les 14 et 15 avril.

Ledoyen, Alberte (2003). « Les politiques publiques de prise en charge des personnes âgées vulnérables et atteintes aux droits fondamentaux : constats et recommandations de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse », Allocution présentée à la Conférence québécoise sur la violence envers les aînés : *Agir en collectivité*, le 14 avril.

Loi sur la Régie du logement.

Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Ministère de la Famille et de l'Enfance (2001). *Le Québec et ses aînés : engagés dans l'action. Engagements et perspectives 2001-2004*, MEF.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1989). *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec*, Orientations, Québec, MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec, MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *Cadre de référence sur les services à domicile*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994a). *Les résidences privées pour personnes âgées, non titulaires d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Plan d'action, Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000). *Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.*
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). *Plan de santé et des services sociaux : Pour faire les bons choix.*
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003a). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD, Orientations ministérielles.*
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Chez soi, le premier choix : la politique de soutien à domicile.*
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003b). *Programme de santé publique 2003-2012, Québec.*
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003c). *Pour un nouveau partenariat au service des aînés. Projets novateurs, Document explicatif 2003-2004, Québec, le 22 août.*
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *La Politique de la santé et du bien-être : une évaluation de sa mise en œuvre et des ses retombées sur l'action du système sociosanitaire québécois de 1992 à 2002, Québec.*
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Chez soi : premier choix. Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile, Québec.*
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004a). « Première déclaration d'inscription des données au registre des résidences pour personnes âgées avec services », avril.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004b). « Registre des ressources avec services pour personnes âgées (RASPA) », en date du 9 juin.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004c). « Douze premiers projets *Pour un nouveau partenariat au service des aînés* », Communiqué de presse, le 9 juillet.
- Morais, Hélène (2001). « L'harmonisation des services à domicile : une question d'équité », Notes pour une conférence aux Journées d'étude sur l'harmonisation des services de soutien à domicile de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (2000). *L'exploitation des personnes âgées*, Mémoire présenté à la Commission des droits de la personne et de la jeunesse.

- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (2000a). *Mémoire présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.*
- Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (2003). « Les services à domicile. Vivre parmi les siens en sécurité et dans la dignité », Avis présenté à M. François Legault, ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (2003). « Protocole de traitement des demandes d'intervention dans les résidences privées ».
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2002). « Programme d'amélioration de la qualité de vie et de gestion du contrôle de qualité dans les ressources d'habitation privées ».
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2002a). « Définition des établissements, des ressources d'hébergement et des résidences privées dans le contexte de leur réglementation ».
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2002b). « Les Ressources d'habitation privées dans la région de Montréal-Centre », Répertoire des résidences avec services pour personnes âgées.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1998). *Cadre de référence concernant les ressources d'habitation privées.*
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2004). *Cadre de référence concernant les ressources d'habitation privées.*
- Vaillancourt, Yves, avec la collaboration de Christian Jetté (1997). *Vers un nouveau partage des responsabilités dans les services sociaux et de santé : rôle de l'État, du marché, de l'économie sociale et du secteur informel*, Cahier du LAREPPS, n° 97-05.
- Vaillancourt, Yves, Aubry, François et Christian Jetté (2004). *L'économie sociale dans les services à domicile*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Vaillancourt, Yves et Christian Jetté (2004). « Notre regard sur l'économie sociale et le soutien à domicile », in Vaillancourt, Yves, Aubry, François et Christian Jetté, *L'économie sociale dans les services à domicile*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Vérificateur général du Québec (2002). « Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2001-2002 », Tome I.

- Vermette, François (2003). « Logement pour personnes âgées : un terrain glissant. Position du Réseau québécois des OSBL d'habitation sur le projet du MSSS *Pour un partenariat au service des aînés* », in *Le Devoir*, le 17 octobre.
- Wavroch, Hélène (2002). « Les milieux de vie substituts pour les aînés en perte d'autonomie : la qualité de vie avant tout. Avis du Conseil des aînés », in Charpentier, Michèle (2002), *Priver ou privatiser la vieillesse*, Québec, Presses de l'Université du Québec.