

Nouvelles pratiques sociales



La privatisation des services d'hébergement auprès des personnes âgées

Yves Vaillancourt and Denis Bourque

Volume 2, Number 1, Spring 1989

Quinze mois après le Rapport Rochon

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/301028ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/301028ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

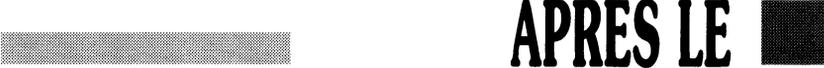
0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Vaillancourt, Y. & Bourque, D. (1989). La privatisation des services d'hébergement auprès des personnes âgées. *Nouvelles pratiques sociales*, 2(1), 53–71. <https://doi.org/10.7202/301028ar>



QUINZE MOIS APRÈS LE RAPPORT ROCHON

La privatisation des services d'hébergement aux personnes âgées¹

Yves Vaillancourt,
Université du Québec à Montréal
Denis Bourque,
CLSC Seigneurie-de-Beauharnois

Introduction: un débat tendancieux

Le matin du 11 février 1988, dans une grande salle de l'Hotel Hilton de Québec, plusieurs centaines de journalistes s'étaient entassés pour par-

1. Nous aimerions remercier certaines personnes qui nous ont aidés à produire cet article en nous communiquant des informations ou des suggestions. Nous pensons à Yvon Boucher, Martine D'Amours, Jean-Pierre Deslauriers, Claude Lancop, Gilbert Michaud et Luc Thériault.

ticiper à une double conférence de presse. La première portait sur le contenu du Rapport Rochon (1988) et la seconde sur la réaction de la ministre Lavoie-Roux au dit rapport. Or, dans ces deux conférences de presse, la privatisation fut le sujet qui retint le plus l'attention. Cependant, il fut traité d'une façon tendancieuse qui marque la couverture médiatique des mois ultérieurs. En effet, la privatisation dont il était question renvoyait au champ de la santé et non à celui des services sociaux; ensuite, elle touchait le financement ou l'administration des services et non pas leur distribution. À la limite, être pour la privatisation équivalait à être favorable à l'imposition du ticket modérateur ou à l'établissement des HMO (*Health Maintenance Organizations*)².

Le glissement du débat sur la privatisation avait toutefois été amorcé dans le rapport lui-même. Certes, dans certains passages, le Rapport Rochon fait référence explicitement à des processus de privatisation en cours dans les services sociaux (1988: 153, 218, 225). Mais ces passages demeurent rares et ne pèsent pas lourd dans l'économie d'ensemble du rapport dont le fil conducteur réside dans la réaffirmation officielle de la nécessité de maintenir un système public fort en matière de services de santé et de services sociaux (1988: 487-489). Ainsi le rapport oublie facilement le volet des services sociaux quand il se penche sur les arguments favorables ou non au financement privé des services avant de conclure en faveur de la thèse du financement public (1988:650-654, 657). Il traite la question comme si la seule menace à l'ordre du jour se situait du côté de l'éventuelle érosion du système public d'assurance-santé. La même lacune réapparaît implicitement dans les passages consacrés aux trois champs de services sociaux dits «fondamentaux» où, pour la Commission, les services offerts devraient être accessibles et universels; ces passages, en effet, entérinent implicitement l'idée que les services sociaux sont sélectifs et que les bénéficiaires, en conséquence, doivent payer pour les avoir (1988:93-95,318, 389-390,399-400,453,455,467-472,490).

Dans cet article, nous appuyant sur les résultats d'une recherche menée pour la Commission Rochon (Vaillancourt *et al.*, 1987), nous nous proposons d'élargir le débat sur la privatisation, en sortant de l'ombre les mutations en cours dans les services sociaux d'hébergement aux personnes âgées et les enjeux qui s'y ratta-

2. Le débat sur les Organisations de soins intégrés de la santé (OSIS) apparut dans le même sillage, quelques mois plus tard, à la suite de la publication d'un document du MSSS (1988).

chent³. Après avoir défini la notion de privatisation et identifié les différentes catégories de ressources d'hébergement des personnes âgées, nous nous appliquerons à mettre en relief l'évolution de ces ressources au cours des quinze dernières années. Ce faisant, nous dégagerons le passage d'une période d'étatisation (1970-1984) à une période de privatisation (1984-1989). Enfin, nous soulèverons quelques questions liées à la montée de la privatisation dans le domaine de l'hébergement.

Notre définition de la privatisation

Nous définissons la privatisation des services sociaux comme un processus qui implique indissociablement deux éléments, soit, d'une part, un désengagement de l'État dans la propriété, ou la livraison, ou le financement, ou la régulation des services sociaux et, d'autre part, une relève assumée par des organismes privés, lesquels peuvent être ou bien des organismes à but lucratif, ce qui donne une privatisation de type commercial, ou bien des organismes à but non lucratif tels, par exemple, des organismes communautaires et des groupes d'entraide, ce qui donne une privatisation de type communautaire (Vaillancourt *et al.*, 1987:8)⁴.

Cette définition introduit deux distinctions utiles. D'abord, il y a celle entre la privatisation de type commercial et la privatisation de type communautaire, empruntée à des travaux de recherche canadiens sur la privatisation des services sociaux (Hurl, 1984; Hurl et Freiler, 1985; SPCMT, 1984; Ismael et Vaillancourt, 1988). Ensuite, il y a la distinction entre les différentes formes de désengagement/engagement de l'État qui permet de saisir que le désenga-

3. Pour ce faire, nous puiserons dans le chapitre de notre rapport de recherche consacré à la privatisation des services sociaux aux personnes âgées dans le domaine de l'hébergement (Vaillancourt *et al.*, 1987: chap. 5). Cela veut dire que nous n'aborderons pas, dans le cadre de cet article, l'essor de pratiques de privatisation que notre recherche nous a permis de détecter dans le maintien à domicile des personnes âgées (chap. 6), dans les services sociaux aux jeunes (chap. 4) et dans les services aux femmes (chap. 7).

4. Dans le résumé de notre recherche préparé pour le *Recueil des résumés*, nous avons repris intégralement cette définition. Mais l'éditeur, sans nous informer, s'est permis de faire une audacieuse chirurgie et cela a donné un nouveau libellé dans lequel nous reconnaissons peu notre définition initiale (Vaillancourt *et al.*, 1988:431).

gement au plan du **financement**, dont s'occupe beaucoup le Rapport Rochon, ne constitue qu'une forme de désengagement et, éventuellement, de privatisation parmi d'autres. À ce sujet également, nous avons bénéficié des contributions théoriques d'autres auteurs, dont celles de Le Grand et Robinson (1984:3-6)⁵.

Les processus de privatisation dans le domaine des services sociaux ne s'apparentent pas toujours à des passages du noir au blanc. Au contraire, ils prennent souvent la forme de processus subtils et graduels. Pour déceler des indices de privatisation, point n'est besoin d'attendre qu'un organisme public de services, disons un CSS ou un CLSC, passe d'un coup et en totalité au secteur privé; à ce compte, nous ne trouverions pas beaucoup de privatisation au Québec. Dans le concret, le processus de privatisation est rarement théâtral. Il renvoie au transfert en douce de certaines tâches administratives ou professionnelles, du secteur public vers le secteur privé. Par exemple, dans tel CLSC, certaines tâches auparavant accomplies par des intervenants de l'établissement se trouvent dorénavant confiées à des entreprises ou des entrepreneurs privés. Nous pouvons observer des changements de cet ordre dans le domaine des services d'hébergement aux personnes âgées.

Les types de ressources d'hébergement⁶

Pour démêler l'écheveau des services d'hébergement aux personnes âgées et cerner les processus de privatisation en cours présentement au Québec, il importe, au départ, de distinguer **sept types de ressources** disponibles.

a) Les centres d'accueil d'hébergement (CAH) publics

Ces ressources sont publiques aux plans de la propriété, du financement⁷, de la gestion et de la distribution des services. Elles sont destinées à l'hébergement de personnes en grave perte d'autonomie. Leur conseil d'administration se compose d'une douzaine

5. Pour une revue récente de la littérature sur la privatisation des services sociaux, voir Bell-Lowther (1988).

6. Nous ne ferons pas entrer dans les services d'hébergement des personnes âgées ceux dispensés à partir des centres hospitaliers de soins de longue durée ou des sections réservées aux personnes âgées «chroniques» à l'intérieur des centres hospitaliers de soins de courte durée. D'après le Rapport Rochon (1988: 218), il y a 17 280 places pour personnes âgées dans les centres hospitaliers publics et 2 280 dans les centres hospitaliers privés de soins de longue durée, ce qui fait un total de près de 20 000 places.

de personnes choisies en tenant compte de règles fixées par la loi (QUÉBEC, 1988: art. 79); c'est ainsi que la législation exige la présence au conseil d'administration de deux représentants du personnel clinique et non clinique, de deux représentants des bénéficiaires et de représentants du milieu socio-économique.

b) Les CAH privés conventionnés

Ces ressources sont privées au plan de la propriété, de la gestion et de la distribution des services. Elles sont conventionnées dans le sens où le MSSS, en vertu des articles 176 et 177 de la loi, établit avec elles, à la suite de négociations avec l'Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés (ACHAP), des contrats ou conventions d'une durée d'un an; ces contrats établissent les montants de subventions versées par l'État aux CAH privés conventionnés pour les services dispensés et l'utilisation des terrains et immeubles. C'est ainsi qu'en 1986-1987, 60 CAH privés conventionnés dans l'hébergement ont reçu des subventions de 64 millions \$, ce qui représente des subventions de plus d'un million \$ par établissement (MSSS, 1986: 30). Comme les CAH publics, les CAH privés conventionnés sont mandatés pour héberger des personnes en perte avancée d'autonomie. Sur plusieurs autres points, ces deux établissements se ressemblent:

Sous plus d'un aspect, les établissements privés conventionnés se comparent aux établissements publics: clientèles relativement comparables, adhésion au système d'admission des bénéficiaires, même politique salariale et de contribution des adultes hébergés. De plus, ces établissements sont assujettis au Règlement sur la gestion financière, au Règlement sur les constructions d'immeubles et à des normes identiques de sécurité. (MSSS, 1986: 9).

Mais la structure décisionnelle des CAH privés conventionnés diffère de celle des CAH publics, dans la mesure où les propriétaires contrôlent entièrement le conseil d'administration sans être soumis aux contraintes de l'article 79 de la loi.

c) Les CAH privés autofinancés

Ces établissements au sens de la loi (QUÉBEC, 1988: art. 1, a) sont privés au plan de la propriété, de la gestion, de la distribution

7. L'article 159 de la loi (Québec, 1988) prévoit toutefois une contribution des bénéficiaires pour le gîte et le couvert. Cette disposition s'applique aux CAH publics et privés conventionnés ainsi qu'aux familles d'accueil.

des services et du financement. À la différence des CAH privés conventionnés, ils ne peuvent compter sur aucun soutien financier de l'État et doivent, comme leur nom l'indique, s'autofinancer en totalité à partir des contributions des bénéficiaires (Tracyk et Darce, 1988:5). Officiellement, ils s'occupent de bénéficiaires en perte légère d'autonomie. Ils doivent détenir un permis du MSSS (cf. art. 136-145 de la loi) et se conformer, conséquemment, aux normes de qualité du MSSS (MSSS, 1986: 5). Tout comme dans le cas des CAH privés conventionnés, les propriétaires des CAH privés autofinancés peuvent aménager les structures décisionnelles à leur guise sans être gênés par les contraintes des conseils d'administration des CAH publics.

d) Les pavillons

Il s'agit de ressources d'hébergement privées généralement d'une capacité de 10 à 29 bénéficiaires en perte légère d'autonomie. Ces ressources furent créées depuis 1976, à la suite de l'opération «pavillonnement» menée pour intégrer au réseau public environ 200 «foyers clandestins» (MAS, 1979b: 10, 26-30). Les pavillons sont rattachés à des établissements publics avec lesquels ils ont conclu des contrats leur permettant d'offrir des services aux bénéficiaires, sous la supervision de l'établissement public et en retour d'un prix de journée fixe. Ils n'ont pas de permis du MSSS, mais les CAH publics auxquels ils sont rattachés se portent garants des normes relevant de la législation et de la réglementation (MAS, 1983; Tracyk et Darce, 1988: 7-8).

e) Les résidences à taux fixe

Il s'agit de ressources privées ayant une capacité de 10 à 29 places et s'apparentant à des familles d'accueil.

f) Les familles d'accueil

Ce type de ressources est défini de la façon suivante par la loi:

«famille d'accueil»: une famille qui prend charge d'un ou de plusieurs adultes ou enfants, d'un nombre maximum de neuf, qui lui sont confiés par l'entremise d'un centre de services sociaux» (QUÉBEC, 1988: art. 1, alinéa o).

Le ou les responsables des familles d'accueil reçoivent du CSS un prix de journée fixe pour la composante services et une contribution du bénéficiaire pour le gîte et le couvert⁸.

g) Les résidences avec services et sans permis

Ces ressources privées, anciennement appelées «foyers clandestins», ne se contentent pas d'offrir le gîte et le couvert. Elles offrent aussi des services socio-sanitaires sans détenir un permis du MSSS⁹. Officiellement, elles s'adressent à des personnes âgées autonomes; dans les faits, cependant, elles hébergent aussi des personnes en perte d'autonomie. C'est ici que la notion de non-autonomie prend toute son importance. En 1981, le MAS la définissait de la façon suivante:

Dès l'instant où une personne ne peut contrôler sa médication, nécessite une assistance régulière et continue tant sur le plan physique que psychique, elle appartient à une clientèle autre que celle de chambre et pension et requiert des services en résidence protégée (MAS, 1981 : 1).

Dans notre recherche, nous avons présenté un tableau sur la répartition des places dans les types de ressources ci-haut identifiés à l'exception des résidences avec services (Vaillancourt *et al.*, 1987: 158).

À partir de ce tableau, nous constatons que le partage des ressources d'hébergement pour personnes âgées est le suivant: 57,1% des ressources appartiennent au secteur public et 42,9% au secteur privé. Cet équilibre favorable au secteur public se trouve vite renversé si nous prenons en considération les places non comptabilisées dans les résidences avec services sans permis. Or, nous faisons l'hypothèse conservatrice que les résidences avec services sans permis représentent à l'heure actuelle un minimum de

8. Il faudrait être en mesure de différencier plusieurs sortes de familles d'accueil, les unes plus proches de la petite entreprise familiale, les autres plus proches de l'entreprise privée à but lucratif (lorsqu'un même propriétaire encadre plusieurs familles d'accueil). Mais nos recherches ne nous ont pas permis de débayer ces questions de façon poussée.

9. Les résidences de type chambres et pensions qui accueillent des personnes autonomes n'ont en général besoin que d'un permis municipal d'exploitation commerciale.

Tableau 1
Répartition au 31 mars 1986 des places d'hébergement
pour personnes âgées en fonction du type de ressources

Type de ressources	Places	établissements	% de places
CAH publics	21 068	237	57,1%
CAH privés conventionnés	3 562	60	9,7%
CAH privés autofinancés	4 446	114	12,0%
Pavillons	3 736	224	10,1%
CAH à taux fixe	423	22	1,2%
Familles d'accueil	3 649	N.D.	9,9%
Total des places	36 884	N.D.	100,0%

SOURCE: MSSS, Direction de l'hébergement, 1986.

12 000 places au Québec¹⁰. L'ajout de ces places suffit, à lui seul, à faire comprendre que la majorité des places d'hébergement pour personnes âgées au Québec, présentement, appartient au secteur privé. Nous y reviendrons.

L'évolution de l'hébergement depuis 15 ans: de l'étatisation à la privatisation

Examinés de façon statique, les chiffres présentés ci-dessus ne permettent pas de mesurer s'il y a de la privatisation en cours présentement au Québec. Pour ce faire, il faut tenir compte de l'évolution du nombre de places d'hébergement de chaque catégorie de ressources, au cours des quinze dernières années. C'est la raison pour laquelle, dans notre recherche, nous avons dû effectuer un retour sur l'évolution de l'organisation des services sociaux au cours des années 60 et 70 pour être en mesure de parler avec aplomb de privatisation dans les années 80 (cf. Vaillancourt *et al.*, 1987: chap. 2, 3 et 5). Un tel retour permet de saisir le contraste entre deux

10. Nous avançons ce chiffre suite à un entretien que Yves Vaillancourt a eu, le 4 avril 1989, avec Claude Lancop de l'Association des CSS du Québec. Monsieur Lancop nous a appris qu'une enquête était menée, sous la coordination de l'ACSSQ, dans quelques régions du Québec pour comptabiliser le nombre de places dans les résidences avec services. Dans la région de l'Estrie, l'enquête a permis d'établir un estimé de 2 000 places d'hébergement. Nous faisons l'hypothèse conservatrice que les régions de Montréal, de la Montérégie, de Laurentides-Lanaudière et de Québec représentent pas moins de 10 000 places additionnelles. Cela permet d'arriver à un estimé prudent de 12 000 places pour l'ensemble du Québec.

périodes: une période d'étatisation (1970-1984) dans laquelle la stratégie d'hébergement mise d'abord sur le développement de places dans le secteur public; une période de privatisation (1984-1989) où on assiste à une relance discrète mais réelle du développement des places dans le secteur privé de type commercial.

De 1970 à 1984, la politique du gouvernement du Québec dans l'hébergement des personnes âgées est marquée par la priorité accordée aux places publiques et par l'application d'un moratoire touchant le secteur privé à but lucratif. Cette politique était fondée sur le jugement sévère et sans appel fait par la Commission Castonguay-Nepveu (1970: 43-47) sur la difficulté de concilier la recherche du profit et celle de la qualité des services, dans le domaine des services socio-sanitaires. La réforme des années 70 a signifié non pas la disparition totale du secteur privé, mais plutôt la réduction de son importance. Il y eut un embargo de mis sur l'attribution de nouveaux permis à des centres d'accueil à but lucratif et l'accent fut placé sur la construction de nouveaux CAH publics.

En 1970, les CAH publics n'existent pas encore, mais ils connaissent un essor rapide au cours de la vague de «nationalisations» de 1970 à 1975. Ils représentent 13 392 places en 1976 (MAS, 1979b: 16), 16 500 places en 1978 (MAS, 1979b: 11 et 16). À la fin des années 70 et au début des années 80, 59 nouveaux CAH publics représentant 5 289 places sont créés dans les régions de Montréal, de la Montérégie et de Laurentides-Lanaudière (MAS, 1979b: 12, 14). Si bien qu'en 1982, les CAH publics représentent environ 21 000 places, c'est-à-dire le même nombre qu'en 1986 (cf. tableau 1).

En ce qui touche le nombre de places dans le secteur privé, il baissa drastiquement après la vague de «nationalisations» de la première moitié des années 70. Il demeura assez stationnaire, pendant la deuxième moitié des années 70 et la première moitié des années 80, soit pendant la période de l'application du moratoire. La politique du premier gouvernement du PQ était particulièrement claire et ferme à cet égard. Dans une lettre adressée à Daniel Holdrinet, président de l'Association des directeurs d'établissements privés, le 22 juillet 1977, Denis Lazure, ministre des Affaires sociales, s'était montré on ne peut plus clair:

[...] l'actuel gouvernement privilégie les établissements publics et n'envisage pas d'encourager le développement d'établissements privés, particulièrement ceux à but lucratif (1977: 1).

[...] le secteur privé à but lucratif doit être en mesure de faire la démonstration qu'à coût égal avec le secteur public, il peut offrir des services de meilleure qualité. À défaut d'une telle démonstration, il n'aurait pas véritablement sa raison d'exister (1977: 3).

La même politique favorable au secteur public et méfiante à l'endroit du secteur privé à but lucratif fut reconduite d'année en année. Elle fut réitérée aussi tard que le 23 novembre 1984 par Gratien Audet, le directeur du service de Réadaptation au MAS, dans une lettre à un directeur général de CRSSS (Audet, 1984). Toutefois, même si le secteur privé à but lucratif était en disgrâce, les propriétaires d'établissements privés n'avaient pas pour autant disparu et veillaient au grain. Ils restaient sur la défensive, misant sur l'oubli du passé.

À partir de 1984, à la fin du deuxième mandat du PQ, le vent commence à changer. Le *lobby* des CAH privés conventionnés et autofinancés reprend espoir de retrouver une place au soleil. Sans que le moratoire soit officiellement levé, dans une conjoncture démographique marquée par un fort accroissement de la demande et l'essoufflement de la politique de maintien à domicile (cf. MAS, 1979a; MAS, 1985; Vaillancourt *et al.*, 1987: chap. 3 et 6), le nombre de places dans le secteur public demeure gelé, tandis que de nouvelles places apparaissent dans certaines ressources du secteur privé, notamment dans les CAH conventionnés, les CAH autofinancés et les résidences avec services.

Les personnes qui s'occupent de l'hébergement des personnes âgées dans le MSSS, les CRSSS et les CSS, notamment dans la région de Montréal et sa périphérie, savent très bien que la privatisation se déploie doucement, depuis quelques années.

Il y a présentement, dans plusieurs régions du Québec, un accroissement des **résidences avec services** pour personnes âgées. Nombre d'entre elles font une publicité ouverte dans les hebdomadaires régionaux et sur les tableaux d'affichage de CSS. Coïncés par l'écart grandissant entre l'accroissement de la demande et l'offre publique de services, les intervenants et gestionnaires des établissements publics (CSS, CLSC, CRSSS) apprennent à connaître ces ressources et à les utiliser discrètement.

Les mesures visant le désengorgement des urgences dans les hôpitaux apparues en 1986 ont favorisé l'augmentation des places

d'hébergement en **CAH privés conventionnés** dans la région de Montréal. En effet, parmi les nouvelles places d'hébergement prévues dans la région de Montréal, 353 devaient appartenir au secteur public et 379 au secteur privé conventionné (Vaillancourt *et al.*, 1987: 164-167). Ces chiffres représentent une hausse de 10% du nombre de places en CAH privés conventionnés. Cette hausse est d'autant plus importante que le nombre de places dans ce type de ressources d'hébergement était demeuré plutôt stationnaire, à environ 3 500, entre 1976 et 1986.

D'autre part, la montée du nombre de places d'hébergement dans les **CAH privés autofinancés** est plus facile à démontrer à partir de chiffres fournis par le MSSS et d'entrevues faites auprès de hauts fonctionnaires en 1986. Les informations fournies dans le tableau 1 sur les 114 établissements et les 4 446 places dans le domaine des CAH privés autofinancés représentent une augmentation considérable par rapport aux chiffres d'avant 1985. En effet, le Rapport Rochon (1988: 222) précise qu'il y avait 2 883 places en 1980-1981. Cela signifie que le nombre de places a augmenté de 55 % dans les CAH privés autofinancés de 1980 à 1986. En outre, les fonctionnaires interviewés nous ont confirmé, à l'encontre de ce qu'affirment certains représentants du milieu des affaires (Gagné, 1988), que les demandes de permis avaient connu une forte croissance et que le nombre de CAH privés autofinancés dans l'hébergement était passé de 95 à 115 depuis 1983 (Vaillancourt *et al.*, 1987: 4, 357-358).

Éléments d'évaluation

Ces données suffisent pour attirer l'attention sur le déploiement de processus de privatisation, voire de commercialisation, dans les services d'hébergement aux personnes âgées présentement au Québec. Cela représente un tournant important dans les politiques du MSSS au cours des dernières années. Sans jamais avoir été annoncé clairement par la direction du MSSS, ce tournant s'effectue néanmoins avec la complicité de cette dernière, de façon plus timide pendant les deux dernières années de gouvernement PQ, de façon plus insistante depuis le retour des Libéraux au pouvoir (Dumas, 1986a et 1986b). La remontée du secteur privé à but lucratif dans l'hébergement soulève un certain nombre de questions, dont celles-ci.

- a) Le développement anarchique des résidences avec services et l'alourdissement graduel des clientèles des CAH privés autofinancés risquent, au fil des ans, de placer le MSSS devant une situation de fait délicate. Au départ, ces deux types de ressources privées à but lucratif peuvent s'en tirer financièrement dans la mesure où elles s'adressent à une clientèle de personnes âgées en perte légère d'autonomie. Mais avec le temps, la clientèle s'alourdit et réclame des augmentations de services que seules les personnes âgées à l'aise peuvent se payer. Pour les personnes âgées moins fortunées, les services socio-sanitaires requis deviennent d'un coût exorbitant par rapport à leur capacité de payer. À ce moment-là, les ressources privées, avec ou sans permis, ont le choix entre deux options: ou bien elles dirigent les personnes âgées en perte d'autonomie vers les CAH privés conventionnés ou les CAH publics; ou bien elles demandent le statut de CAH conventionnés afin de bénéficier des subventions du MSSS.
- b) Si le développement des places d'hébergement subventionnées par l'État devait se faire uniquement dans le secteur privé, de la manière indiquée dans le point précédent, ne verrons-nous pas apparaître un accroissement des disparités régionales au niveau de l'accessibilité aux services? Ne verrons-nous pas s'accroître le déséquilibre entre les ressources du centre et celles de la périphérie? En effet, ne savons-nous pas que le développement des résidences privées avec services se concentre là où existent, en nombre suffisant, les personnes âgées aux revenus plus élevés que la moyenne et que les ressources d'hébergement privées autofinancées sont inexistantes dans certaines régions (Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Saguenay-Lac-St-Jean, Outaouais), mais omniprésentes dans d'autres régions (Montréal-métropolitain, Montérégie, Laurentides-Lanaudière, Estrie, Québec) (MSSS, 1986:3)?
- c) Le redéploiement des ressources privées d'hébergement pose d'autres questions relatives au contrôle de la qualité des services. Plusieurs promoteurs dans le domaine de l'hébergement considèrent le permis de CAH autofinancé comme une source de contraintes: ils préfèrent plutôt exploiter sans permis des résidences dotées de services; ils n'ignorent pas que, dans une organisation de services caractérisée par l'insuffisance de l'offre par rapport à la demande, les standards gouvernementaux demeurent des

voeux pieux et que les fonctionnaires zélés se trouvent pénalisés proportionnellement à leur empressement à mettre au pas les établissements délinquants. En effet, quel avantage auraient les fonctionnaires à fermer des ressources s'ils risquent de se retrouver avec sur les bras des personnes en perte grave d'autonomie qu'ils n'arrivent pas à placer ailleurs?

- d) Certaines études du MSSS ont fait ressortir que sur une période de 25 ans, les subventions étatiques accordées aux propriétaires privés des bâtisses pour les coûts d'immobilisation, dans le cas des CAH privés conventionnés, sont plus importantes financièrement que les coûts encourus pour l'achat de propriétés publiques étalés sur la même période (1986: 31-32). À partir de telles estimations, n'importe-t-il pas de s'interroger sur le bien-fondé des investissements de l'État dans des établissements qui demeureront toujours des propriétés privées? L'économie pourrait bien ne pas être là où on le croit!
- e) Nous pouvons aussi nous demander si, à long terme, le développement des services d'hébergement à but lucratif n'est pas en train de mener à un clivage au sein de la population âgée non autonome ayant besoin d'hébergement. En effet, de plus en plus des personnes âgées non autonomes et disposant de revenus un peu plus élevés que la moyenne, décident de s'offrir en privé la réponse à leurs besoins, en raison du manque de services publics à domicile ou des listes d'attente des CAH publics. Cela ne risque-t-il pas de conduire à une situation où seules les personnes très défavorisées économiquement auraient accès aux services publics, faute de moyens pour recourir au privé? Si tel devenait le cas, qu'advierait-il de l'universalité des services? N'assistons-nous pas à la constitution d'une forme de ghetto des personnes âgées «pauvres, nécessiteuses et indigentes» dans le réseau public? Une telle marginalisation ne comporterait-elle pas son lot de stigmatisation et de remises en question des services publics, en quantité et en qualité, par les non-bénéficiaires (Bell-Lowther, 1988)?
- f) Toujours à plus long terme, ne sommes-nous pas en droit de nous demander quel avenir sera réservé au secteur public dans le domaine de l'hébergement social? Cette question est pertinente puisqu'un net mouvement est amorcé pour transformer de plus en plus de lits de CAH en lits de centres hospitaliers de soins de

longue durée (CHLD). Étant donné l'alourdissement des clientèles de CAH et l'impossibilité de les transférer en CHLD, faute de places, on assiste à la transformation de lits voués à l'hébergement en lits voués à l'hospitalisation.

- g) Sans idéaliser le degré de démocratie et d'imputabilité sociale qu'on retrouve dans les établissements publics, ne pourrions-nous pas avancer que la structure décisionnelle dans les CAH publics est nettement plus démocratique et perméable à l'apport des bénéficiaires, des membres de la communauté et des ressources humaines de l'établissement que celle qu'on retrouve dans les autres types de ressources, principalement privées à but lucratif, dans l'hébergement des personnes âgées¹¹?

Conclusion: absence de monopole public dans l'hébergement

Au moment où nous apportons les dernières retouches à ce texte, nous avons obtenu du MSSS des statistiques fraîches sur la situation actuelle de l'hébergement des personnes âgées au Québec. En ajoutant à ces chiffres l'estimation de 12 000 places dans les résidences privées avec services que nous avons avancée dans cet article, nous obtenons le tableau 2.

Les données de ce tableau appellent deux commentaires.

Le premier commentaire concerne l'évolution de chaque type de ressources de 1986 à 1989. Pour ce faire, il suffit de comparer les données du tableau 2 avec celles du tableau 1. Cette comparaison permet de faire différents constats.

Les places des CAH publics augmentent de 2 111, soit de 10%. Mais attention! Cette augmentation ne résulte pas de l'augmentation des CAH publics. Elle résulte certes, pour quelques centaines de places, de l'impact de la mise en application du plan de désengorgement des urgences dans les hôpitaux. Elle résulte surtout, pour plusieurs centaines de places, d'une modification introduite depuis 1986 dans la façon de comptabiliser les places d'hébergement. Ce changement provient de ce que l'on a compta-

11. Dans d'autres services sociaux que l'hébergement, pensons par exemple aux services sociaux aux jeunes, nous savons que le secteur privé de type communautaire occupe une place plus importante. Ce facteur a des retombées importantes sur les possibilités de contrôle démocratique.

Tableau 2:
Répartition au 31 mars 1989 des places d'hébergement pour personnes âgées en fonction du type de ressources

Type de ressources	Places	établissements	% de places
Ressources publiques			
CAH publics	23 179	280	45,3%
Ressources privées			
CAH privés conventionnés	4 036	66	7,9%
CAH privés autofinancés	4 297	112	8,4%
Pavillons	3 190	178	6,2%
CAH à taux fixe	264	13	0,5%
Familles d'accueil	4 152	N.D.	8,1%
Résidences avec services	12 000	N.D.	23,5%
Sous-total des ress. privées			
	27 939	N.D.	54,7%
Total des places	51 118	N.D.	100,0%

SOURCE: MSSS, mai 1989 (sauf pour les résidences avec services)

bilisé les places d'hébergement de personnes âgées dans les sections centres d'accueil d'hébergement à l'intérieur de certains centres d'accueil de réadaptation (CAR) à caractère «multivocationnel». Ainsi, le passage de 237 à 280 établissements de CAH publics, au cours des trois dernières années, ne signifie pas l'apparition de 43 nouveaux CAH publics mais plutôt la prise en considération des places d'hébergement dans une quarantaine de CAR. Les places des CAH privés conventionnés augmentent de 474, soit de 13,3%, tandis que les places des CAH privés autofinancés baissent de 149, soit de 3,4%. Ces chiffres corroborent certaines analyses présentées plus haut à l'effet qu'on assisterait à un phénomène de transformation de CAH autofinancés en CAH conventionnés dans une conjoncture marquée par l'alourdissement des clientèles de personnes âgées en CAH autofinancés. L'augmentation du nombre d'établissements CAH privés conventionnés de 60 à 66 et la diminution du nombre d'établissements de CAH privés autofinancés de 114 à 112 pourrait bien s'expliquer en partie par le fait que certains CAH privés autofinancés ont obtenu du MSSS gain de

cause dans leurs demandes réitérées depuis quelques années pour qu'une partie de leurs places d'hébergement soient reconnues comme conventionnées.

L'évolution des autres types de ressources, soit l'augmentation de 13,8% des places en familles d'accueil et les baisses de places de l'ordre de 14,6% en pavillons et de 37,6% dans les résidences à taux fixe, ne manque pas de soulever plusieurs interrogations, mais nous n'avons pas la possibilité de nous y arrêter ici.

Notre deuxième commentaire renvoie à la signification plus globale des chiffres du tableau 2. À ce sujet, notre tableau met en relief le fait que, dans le domaine de l'hébergement des personnes âgées, contrairement à un mythe accrédité dans certains milieux, les ressources publiques sont loin de constituer un monopole. Au contraire, elles représentent moins de la moitié des places d'hébergement, soit 45,3% des places, tandis que les différents types de ressources privées représentent 54,7% des places. Ce partage des ressources favorable au secteur privé à but lucratif, ne constitue pas une invitation à l'alarmisme. Il convie néanmoins à une certaine vigilance par rapport à certains acquis de la réforme des années 70, menacés par les pratiques de privatisation de type commercial en montée au cours des cinq dernières années. Notamment, sans exiger que le système d'hébergement relève totalement du secteur public, nous croyons aux avantages d'un système dans lequel la composante principale relève du secteur public et non pas du secteur privé (Vaillancourt et al., 1987: 366-367).

Il nous semble que si les tendances actuelles se maintenaient au cours des prochaines années, nous risquerions de voir apparaître des problèmes graves d'équité qui se sont posés au Québec avant la réforme et qui sont vécus en Ontario où les *Nursing homes*, soit des établissements privés à but lucratif, constituent la composante centrale du système d'hébergement (Vaillancourt et al., 1987: chap. 8).

Dans ce débat sur les enjeux de la privatisation et de la commercialisation dans le domaine de l'hébergement, ne serait-il pas enrichissant de connaître le point de vue des organismes communautaires et bénévoles de défense des droits des personnes âgées?

Liste des sigles et abréviations

ACHAP:	Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés
ACSSQ:	Association des Centres de services sociaux du Québec
CSS:	Centre de services sociaux
CAH:	Centre d'accueil d'hébergement
CAR:	Centre d'accueil de réadaptation
CHLD:	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC:	Centre local de services communautaires
CRSSS:	Conseil régional de santé et de services sociaux
MAS:	Ministère des Affaires sociales
MSSS:	Ministère de la Santé et des Services sociaux
SPCMT:	Social Planning Council of Metropolitan Toronto

Bibliographie

AUDET, Gratien (1984). *Lettre à Monsieur Jean-Yves Dessurault*, Directeur général du Conseil régional de la santé et des services sociaux de Trois-Rivières, Québec, MAS, le 23 novembre.

BELL-LOWTHER, Erica (1988). «Privatization. Increasing Government Efficiency or Dismantling the Welfare State?», *The Social Worker/Le travailleur social*, vol. 56, no 3 (automne), 101-104.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL [ou COMMISSION CASTONGUAY/NEPVEU] (1970). *Rapport*, vol. VII, t. II: *Les établissements à but lucratif*, Québec, Gouvernement du Québec.

DUMAS, Paulin (1986a). *Lettre aux directeurs généraux des CLSC et des CRSSS sur les centres d'accueil privés autofinancés*, Québec, MSSS, le 31 octobre.

DUMAS, Paulin (1986b). *Allocution prononcée par Monsieur Paulin Dumas sous-ministre adjoint à l'assemblée générale de l'Association des centres d'accueil privés autofinancés*, à Sherbrooke, le vendredi 7 novembre, Québec, MSSS.

GAGNÉ, Jean-Paul (1988). «Rapport Rochon: sécurisant et inquiétant», *Les affaires*, 20 février, 6.

HURL, Lorna (1984). «Privatized Social Service Systems: Lessons from Ontario Children's Services», *Canadian Public Policy*, vol. 10, no 4, 395-405.

HURL, Lorna et FREILER, Christa (1985). *Privatized Social Services: the Ontario Experience*, texte non publié d'une communication présentée au Deuxième congrès sur les politiques sociales à l'Université de Calgary en mai 1985.

ISMAEL, Jacqueline S. et VAILLANCOURT, Yves (Éditeurs) (1988). *Privatization and Provincial Social Services in Canada*, Edmonton, The University of Alberta Press.

LAZURE, Denis (1977). *Lettre à Monsieur Daniel Holdrinet, Président de l'ADEP (Association des directeurs des établissements privés)*, Québec, MAS, le 22 juillet.

LE GRAND, Julian et ROBINSON, Ray (Éditeurs) (1984). *Privatization and the Welfare State*, London, George Allen & Unwin.

MAS (1979a). *Les services à domicile. Politique du ministère des affaires sociales*, MAS, Québec.

MAS (1979b). *Étude et recommandations concernant le développement des C.A. privés autofinancés et des pavillons*, Québec, Direction générale des programmes de services sociaux du MAS, août.

MAS (1981). *Étude par le Comité-synthèse des rapports présentés suite à la visite des installations sans permis du MAS*, Québec.

MAS (1983). *Contrat-type de location de biens et de services entre un établissement et un pavillon*, Documents standards du ministère des Affaires sociales, Québec, janvier, MAS.

MAS (1985). *Un nouvel âge à partager. Politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées*, MAS, Québec.

MSSS (1986). *Les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux concernant le réseau de ressources privées d'hébergement et de soins de longue durée au Québec. État de situation et proposition d'hypothèses de travail*, MSSS, Québec.

MSSS (1988). *Des Organisations de soins intégrés de santé (OSIS) au Québec*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, MSSS.

QUÉBEC (1988). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chap. S-5 à jour au 3 août 1988, Québec, Les Publications du Québec.

ROCHON, Jean (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Les Publications du Québec.

SOCIAL PLANNING COUNCIL OF METROPOLITAN TORONTO [SPCMT] (1984). *Caring for Profit. The Commercialization of Human Services in Ontario*, Toronto, SPCMT.

TRACYK, Colette et DARCHE, Thérèse (1988). *Le réseau des services privés pour les aînés en marche vers l'an 2000*, Montréal, Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal Métropolitain, texte non publié d'une communication faite à la 17^e réunion annuelle scientifique et éducative du Congrès de l'Association canadienne de gérontologie à Halifax.

VAILLANCOURT, Yves, BOURQUE, Denis, DAVID, Françoise, OUELLET, Édith (1987). *La privatisation des services sociaux*, Annexe No 37 au Rapport de la Commission Rochon, Québec, Les Publications du Québec.

VAILLANCOURT, Yves, BOURQUE, Denis, DAVID, Françoise, OUELLET, Édith (1988). *La privatisation des services sociaux*, résumé de l'Annexe No 37 au Rapport de la Commission Rochon, Québec, in *Programme de recherche-Recueil de résumés*, Québec, Les Publications du Québec, 431-444.