

## Nouvelles pratiques sociales



# Personnes âgées et résidences privées : le partage recherché des responsabilités entre le secteur public et le secteur privé

Aline Vézina, Jacques Roy et Daniel Pelletier

Volume 10, numéro 1, printemps 1997

10<sup>e</sup> anniversaire

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/301391ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/301391ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

### Éditeur(s)

Les Presses de l'Université du Québec

### ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

### Citer cet article

Vézina, A., Roy, J. & Pelletier, D. (1997). Personnes âgées et résidences privées : le partage recherché des responsabilités entre le secteur public et le secteur privé. *Nouvelles pratiques sociales*, 10(1), 125–141.  
<https://doi.org/10.7202/301391ar>

### Résumé de l'article

Cette recherche a été réalisée dans la région de Québec, en collaboration avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux, les CLSC, les propriétaires de résidences privées pour personnes âgées et le Centre de recherche sur les services communautaires de l'Université Laval. Quatre objectifs sont poursuivis, soit tracer un portrait de la clientèle âgée hébergée dans les chambres et pensions, connaître les attentes des propriétaires à l'égard des CLSC, cerner les responsabilités du secteur privé et du secteur public pour assurer le bien-être des personnes âgées et, finalement, élaborer les paramètres d'un cadre de référence.



# Personnes âgées et résidences privées : le partage recherché des responsabilités entre le secteur public et le secteur privé

*Aline VÉZINA*

*Jacques ROY*

*Daniel PELLETIER*

*École de service social*

*Centre de recherche sur les services communautaires*

*Université Laval*

Cette recherche a été réalisée dans la région de Québec, en collaboration avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux, les CLSC, les propriétaires de résidences privées pour personnes âgées et le Centre de recherche sur les services communautaires de l'Université Laval. Quatre objectifs sont poursuivis, soit tracer un portrait de la clientèle âgée hébergée dans les chambres et pensions, connaître les attentes des propriétaires à l'égard des CLSC, cerner les responsabilités du secteur privé et du secteur public pour assurer le bien-être des personnes âgées et, finalement, élaborer les paramètres d'un cadre de référence.

Cette recherche puise ses origines dans la volonté de mieux connaître la clientèle âgée du réseau des résidences privées, notamment les résidences de type chambre et pension<sup>1</sup>. De plus, elle vise à amorcer les discussions et à alimenter la réflexion entourant le partage des responsabilités entre le secteur privé et le secteur public afin de maintenir et de favoriser le bien-être des personnes âgées en perte d'autonomie hébergées dans les résidences privées.

Au cours des dernières années, le secteur des résidences privées pour personnes âgées a connu une croissance rapide. Certains auteurs, dont Forest *et al.* (1990), Saucier (1989) et Vaillancourt *et al.* (1993), y voient l'effet combiné du nombre restreint de places disponibles dans le réseau d'hébergement public et des difficultés vécues par les CLSC qui, en raison d'une clientèle de plus en plus nombreuse et en perte de plus en plus importante d'autonomie, dispensent moins d'heures de service par client. Le développement du réseau des résidences privées pour personnes âgées reçoit nombre de qualificatifs : rapide, non contrôlé, clandestin, illégal et ainsi de suite. Ces qualificatifs visent principalement les résidences privées sans permis, c'est-à-dire non agréées par le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui accueillent des personnes âgées présentant des pertes d'autonomie fonctionnelle et cognitive (Leroux et Dion, 1992). Cette situation soulève des interrogations quant au type et à la qualité des services offerts à cette clientèle qui nécessite souvent de l'aide et des soins professionnels. Il est important de souligner que les demandes de la part des propriétaires de résidences privées se font de plus en plus nombreuses et pressantes pour que les CLSC offrent des services de maintien à domicile à leur clientèle âgée en perte d'autonomie, au même titre qu'ils en dispensent aux personnes âgées qui habitent chez elles ou chez un membre de leur famille. Bien que la perspective de maintien des personnes âgées dans leur milieu naturel soit réaffirmée dans plusieurs documents gouvernementaux (MSSS, 1990 ; 1992 ; 1994a), il existe peu, voire pas de règles d'application précises entourant les responsabilités de l'État et des propriétaires de résidences privées, eu égard aux services qu'ils peuvent et doivent dispenser aux personnes âgées en perte d'autonomie hébergées dans le secteur privé.

Quatre objectifs guident notre démarche : 1) tracer un portrait de la clientèle âgée hébergée dans les résidences privées de type chambre et pension, 2) connaître les relations et les attentes des propriétaires des

---

1. Les résultats détaillés de l'étude sont présentés dans A. VÉZINA, D. PELLETIER et J. ROY (1994). *Les résidences privées et HLM pour personnes âgées de la région de Québec : profils des ressources et clientèles et paramètres d'un cadre de référence*, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, 120 pages.

résidences privées à l'égard des CLSC, 3) cerner les responsabilités du secteur privé (les propriétaires de résidences privées) et du secteur public (la Régie régionale de la santé et des services sociaux et les CLSC) pour assurer le bien-être des personnes âgées et 4) élaborer les paramètres d'un cadre de référence, c'est-à-dire quelques éléments ou balises à partir desquels pourrait se construire un cadre de référence entre les trois partenaires retenus pour les fins de notre recherche.

## **PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE ÂGÉE HÉBERGÉE DANS LES CHAMBRES ET PENSIONS**

### **Méthodologie**

Le premier objectif de la présente étude est de dresser un portrait de la clientèle âgée hébergée dans les chambres et pensions de la région de Québec, en termes de caractéristiques sociodémographiques, de niveau d'autonomie, de types de services reçus et de relations avec la famille. Afin de répertorier les résidences privées pour personnes âgées, nous avons, en premier lieu, utilisé la liste de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, préalablement vue et corrigée par les représentants de l'ensemble des CLSC de la région de Québec. À cette liste se sont ajoutés des noms de résidences fournis par la firme de conseillers Guay-Genest et Bernier Inc. de Québec. Bien que cette liste ne soit pas exhaustive et qu'elle soit susceptible de se modifier au cours des mois et des années, elle renferme tout de même la presque totalité des résidences privées pour personnes âgées connues par les divers intervenants de la région de Québec, en date du 15 octobre 1993. Nous avons recensé 124 chambres et pensions qui hébergent 2 894 personnes âgées. Afin d'obtenir un échantillon représentatif, avec un taux d'erreur scientifiquement acceptable de 10 %, nous avons sélectionné 96 personnes âgées (Krejcie et Morgan, 1970).

Dans un premier temps, 25 résidences privées sont sélectionnées au hasard, parmi les 124 recensées, sans tenir compte du nombre de pensionnaires. Le ratio équivaut à peu près à une résidence sur quatre. Cette procédure permet d'éviter que les résidences ayant le plus grand nombre de pensionnaires aient plus de probabilités d'être choisies. Dans un deuxième temps, 96 personnes âgées sont réparties au hasard parmi les pensionnaires des 25 résidences identifiées, en tenant compte du ratio entre le nombre de pensionnaires hébergés dans la résidence sur le nombre total de pensionnaires dans l'ensemble des 25 résidences.

Les propos des personnes âgées sont recueillis à l'aide d'un questionnaire construit spécialement pour les fins de la recherche. La très grande majorité des questions comporte un choix de réponses (questions fermées) qui sont cochées par l'interviewer. Quelques questions ouvertes se rapportant entre autres aux motifs du choix de la résidence, à l'énumération des problèmes de santé et aux stratégies envisagées pour faire face à un problème urgent de santé, font l'objet d'une brève analyse de contenu.

## Résultats

Voici, sous une forme synthétique, les principaux résultats qui ressortent des analyses.

- Les personnes hébergées sont majoritairement des femmes et des veuves âgées en moyenne de 81,7 ans.
- Près des trois quarts des personnes âgées mentionnent avoir des problèmes de santé limitant leurs déplacements; 38,5 % ne sortent pas de la résidence.
- Près de la moitié des personnes âgées constatent que leurs capacités ont diminué ou fortement diminué durant la dernière année.
- Pour 21 activités de la vie quotidienne et domestique sur les 23 retenues lors des entrevues, les personnes âgées mentionnent que ce sont les employés de la résidence d'hébergement qui leur apportent de l'aide ou exécutent les activités à leur place.
- Les services de santé sont très majoritairement reçus à la résidence et dispensés par le personnel infirmier de la résidence. Les organismes communautaires interviennent à l'occasion pour offrir du transport ou des visites d'amitié.
- Les contacts avec la famille se font surtout par téléphone.
- Près du quart des personnes âgées mentionne ne recevoir aucune aide ou soutien moral des membres de leur famille.

## LES RELATIONS ET LES ATTENTES DU SECTEUR PRIVÉ À L'ÉGARD DES CLSC

### Méthodologie

Le deuxième objectif de la présente étude est de mieux connaître les relations et les attentes des propriétaires ou responsables des résidences privées à l'égard des CLSC. Afin de recueillir les informations pertinentes,

nous avons construit un bref questionnaire qui contient majoritairement des questions fermées entourant les services reçus du CLSC par les personnes âgées hébergées dans leur résidence ainsi que les collaborations souhaitées par les propriétaires ou responsables. Le questionnaire est expédié par la poste à l'ensemble des 124 propriétaires ou responsables de chambres et pensions recensés. Quatre-vingt-cinq d'entre eux ont retourné le questionnaire complété, ce qui donne un taux de réponse de 68 %, se répartissant sur l'ensemble des dix territoires de CLSC de la région de Québec.

Pour les fins de notre recherche, nous retenons, comme services de santé dispensés par le CLSC, les suivants : les prélèvements, les pansements, les services d'ergothérapie et les services de physiothérapie. Comme services psychosociaux, nous retenons la relocalisation dans un centre d'accueil public et le support psychosocial. En ce qui concerne les attentes à l'égard du CLSC, trois propositions sont explorées : que le CLSC organise des rencontres régulières pour faire le point sur les collaborations entre le secteur privé et public, que le CLSC favorise le regroupement des résidences privées pour personnes âgées du territoire et que le CLSC apporte de l'aide pour assurer la qualité des services.

## Résultats

Voici, sous une forme synthétique, les principaux résultats.

- Plus de 90 % des propriétaires ou responsables de résidences privées mentionnent avoir actuellement ou avoir eu dans le passé des contacts avec le CLSC.
- En ce qui concerne les services dispensés par le CLSC, 80 % mentionnent que certaines personnes âgées hébergées dans leur résidence ont déjà fait faire des prélèvements par le CLSC et 60 % précisent que certaines personnes âgées ont déjà utilisé les services du CLSC pour être relocalisées dans un centre d'accueil public. Les autres services à l'étude ont été mentionnés par moins de 30 % des propriétaires ou responsables.
- Près de 80 % des propriétaires ou responsables sont favorables à l'idée de recevoir de l'aide de la part des CLSC pour assurer la qualité des services. Cependant, ils réaffirment la qualité des services qu'ils donnent et l'attention qu'ils portent au bien-être de leurs pensionnaires. L'aide du CLSC est bien accueillie lorsqu'elle s'inscrit dans un climat de collaboration.

- De nombreux propriétaires sont satisfaits de la relation qui existe actuellement avec le CLSC de leur territoire. Ils désirent que cette relation conserve son caractère de « au besoin » ou « sur appel » telle qu'elle est actuellement.

## **LES RESPONSABILITÉS DU SECTEUR PRIVÉ ET DU SECTEUR PUBLIC**

### **Méthodologie**

Le troisième objectif de la présente étude est de mieux cerner les responsabilités qui incombent au secteur privé et au secteur public, pour assurer le bien-être des personnes âgées en perte d'autonomie, hébergées dans les résidences privées. Afin de recueillir les données pertinentes, nous avons utilisé le *focus group* lors d'une rencontre d'une durée de trois heures tenue à l'Université Laval. Ont participé à cette rencontre deux représentants des CLSC et un représentant de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec ainsi que cinq propriétaires ou responsables de résidences d'hébergement de type chambre et pension. Les propriétaires des résidences d'hébergement ont été sélectionnés au hasard parmi les résidences répertoriées. Ils ont accepté de participer à la rencontre sur une base volontaire et non rémunérée. Les représentants du secteur public ont été nommés en raison de leur implication dans le dossier de l'hébergement de personnes âgées en résidences privées. Trois thèmes principaux ont été abordés lors de la rencontre : 1) l'alourdissement de la clientèle âgée hébergée dans les résidences privées, 2) le choix d'une résidence : les mécanismes de référence et l'accréditation, 3) la qualité des services et la qualité de vie.

### **Résultats**

Voici, sous une forme synthétique, les principaux résultats de la rencontre. Le texte qui suit comprend tantôt des constats, tantôt des souhaits.

#### *Les responsabilités des propriétaires de résidences privées*

Il est constaté que :

- Les propriétaires des résidences privées fournissent certains services de base comme le gîte et le couvert et autres services connexes comme la literie, la buanderie. Lorsque la personne est en perte d'autonomie, ils font appel à plus de personnel pour

offrir ces services de base. La gestion financière et la gestion du personnel sont plus difficiles. Cependant, les propriétaires mentionnent une « responsabilité morale » qui se traduit par la garde de la personne âgée malgré ses pertes d'autonomie et cela, souvent à la demande de cette dernière et au-delà des intérêts pécuniaires.

- En plus des services de base, ils offrent un ensemble de services « à la carte » (aide pour le bain, se vêtir et se dévêtir, etc.). Les coûts de ces services sont bien souvent assumés par le client et sont tarifés à l'acte ou selon une entente de services. Cette tarification de services pose parfois certains problèmes avec la clientèle : préoccupations quant à leur capacité à payer, étonnement face à un tarif pour chaque service rendu, etc.
- Dans la plupart des résidences, une évaluation sommaire du niveau d'autonomie de la personne âgée est faite par la personne responsable de la résidence, lors d'une entrevue en vue de l'admission.
- Les propriétaires de résidences privées recrutent eux-mêmes leurs clientèles (publicité et feuillets d'information, le bouche à oreille). Ils peuvent également faire appel à des firmes privées spécialisées dans l'hébergement des aînés. L'utilisation de ces services soulève à l'occasion certains commentaires entourant les coûts.

Il est souhaité que :

- Les services de base et les services à la carte soient bien identifiés dans un bail type utilisé par l'ensemble des résidences privées.
- Les propriétaires assument de différentes manières l'évaluation de l'autonomie de leurs clientèles et qu'ils précisent, dans les feuillets publicitaires et lors de l'admission, le niveau d'autonomie de la clientèle visée.
- Ces derniers rapportent les problèmes de santé de la personne âgée aux membres de sa famille.
- Les propriétaires assurent la qualité des services offerts. Selon les propriétaires, la réputation de leur établissement est très importante autant en ce qui concerne les résidents que les intervenants du secteur public.
- Les propriétaires participent au processus d'évaluation des services dans une perspective de concertation.
- Les propriétaires signalent, au CLSC, les personnes âgées pour lesquelles les services offerts ne correspondent plus aux besoins.



### *Les responsabilités du CLSC*

Il est constaté que :

- Les services du CLSC sont disponibles à toute personne résidant à domicile et/ou en résidence privée. Dans les faits, cela est vrai pour l'ensemble des soins de santé. Pour les services d'aide, la personne âgée doit répondre aux critères et aux priorités définis par chacun des CLSC.
- Dans les résidences privées, les services d'aide sont offerts tout particulièrement aux personnes en attente d'hébergement dans le secteur public.
- Le CLSC n'a pas un rôle défini quant à la référence vers des résidences d'hébergement privées. Essentiellement, certains CLSC offrent des listes d'adresses des résidences privées de leur territoire. Quelques CLSC ont développé un guide pour aider les personnes âgées qui sont à la recherche de résidences d'hébergement. Ce guide leur indique quelques critères de choix et des questions à poser au responsable de la résidence.
- Les représentants des CLSC ont surtout exprimé certaines préoccupations entourant leur rôle d'évaluateurs de la qualité des services dans les résidences privées : manque de ressources humaines et financières, manque de critères et d'instruments d'évaluation, malaise quant à un rôle de « police sociale ».
- Le CLSC reconnaît son mandat de protection sociale et son rôle de première ligne entourant le dépistage des situations à risque (résidences sans permis, personnes âgées en difficulté).

### *Les responsabilités de la Régie régionale de la santé et des services sociaux*

Il est souhaité que :

- Cette dernière suit le dossier de l'alourdissement des clientèles âgées et assume la responsabilité du développement des liens entre l'hébergement privé et l'hébergement public.
- La Régie assume la responsabilité de l'émission de permis touchant les résidences privées aptes à prendre en charge des personnes non autonomes ou en perte d'autonomie.
- La Régie veille au développement de modalités de financement telles que l'allocation directe, l'achat de services, l'achat de places en résidences privées, etc.

- Cette dernière définit, de façon opérationnelle, les critères qui permettent de déterminer les limites de l'autonomie et de la non-autonomie des personnes âgées, dans le contexte de l'hébergement privé.

## **ÉLÉMENTS D'UN CADRE DE RÉFÉRENCE ENTOURANT LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS ENTRE LE SECTEUR PRIVÉ ET LE SECTEUR PUBLIC**

Cette dernière section aborde les différents éléments ou paramètres d'un cadre de référence entourant le partage des responsabilités entre les trois partenaires retenus pour les fins de notre étude. Ces éléments sont le résultat d'une synthèse des différentes données recueillies dans le cadre de notre recherche ainsi que de la consultation de divers documents pertinents. Cet exercice de synthèse a comme principal objectif d'alimenter la réflexion des instances impliquées dans ce dossier. Il est important de rappeler qu'il ne s'agit pas d'énoncés définissant un cadre de référence, mais plutôt de balises à partir desquelles pourrait se construire un cadre de référence.

### **Deux questions de fond**

Comme il a été mentionné précédemment, la très grande majorité des services sociosanitaires reçus par les personnes âgées en perte d'autonomie hébergées dans les résidences privées sont dispensés par le personnel des résidences et ce, moyennant des coûts plus ou moins importants qui doivent être assumés par la personne âgée elle-même. Cela fait référence à ce qu'il est convenu d'appeler les services «à la carte». D'après les propos recueillis dans notre étude, les CLSC de la région de Québec offrent peu de services dans les résidences privées, sauf dans les cas où la personne âgée est en attente d'hébergement dans un centre d'accueil public. Ce constat soulève une première question à savoir : est-ce que les personnes âgées en perte d'autonomie, hébergées dans les résidences privées, devraient recevoir les services de soutien à domicile dispensés par le CLSC au même titre que les personnes âgées en perte d'autonomie qui habitent chez elles ou chez des parents ? En plus de l'accessibilité des services de soutien à domicile dans les résidences privées s'imposent les rôles de prévention et de protection sociale dévolus aux CLSC. Est-ce qu'il est de la responsabilité des CLSC de protéger les personnes âgées en perte d'autonomie hébergées dans les résidences

privées, en leur assurant des services de qualité et un milieu de vie sécuritaire ?

### **Les critères de perte d'autonomie : une interprétation élastique**

Selon les dires des propriétaires de résidences privées, plusieurs personnes âgées hébergées dans les résidences privées sont en perte d'autonomie fonctionnelle et/ou cognitive. Le qualificatif de personne en perte d'autonomie est attribué bien souvent de manière très subjective. Notons qu'il n'existe pas de définition couramment acceptée et applicable, de manière uniforme, aux diverses situations qui se présentent au personnel et aux responsables des résidences privées. Dans un guide produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, nous retrouvons la définition suivante :

La personne démontre normalement une perte d'autonomie lorsqu'elle requiert régulièrement de l'aide pour les activités de la vie quotidienne telles que manger, se lever, se laver, etc., pour faire contrôler sa prise de médicaments et lorsqu'elle nécessite des soins infirmiers réguliers, une stimulation pour manger, une surveillance pour ne pas s'égarer ou présente des signes de confusion ou un besoin de protection. Conséquemment [...] en deçà du seuil critique d'une heure / soins par jour pour déterminer la perte d'autonomie d'une personne à admettre en CHSLD [...] une personne ne se qualifiant pas à une admission en CHSLD peut demeurer à domicile ou dans une résidence privée d'hébergement selon les circonstances. (MSSS, 1993a : 3)

Cette définition sommaire connaît, dans la pratique, une certaine extension dans son application. Les différents intervenants du réseau public définissent généralement la perte d'autonomie en fonction du seuil critique d'admission au réseau d'hébergement public, soit une heure de soins par jour, résultant d'une évaluation à partir de la CTMSP (EROS, 1987). Par ailleurs, on note que selon les données des comités d'admission-orientation du réseau public, le seuil critique d'admission au réseau d'hébergement public tend plutôt vers trois heures de soins par jour (Garand, 1994 ; Trahan et Bélanger, 1993).

En ce qui concerne les définitions de l'autonomie et de la non-autonomie, utilisées par les responsables des résidences privées, elles correspondent à des estimations approximatives. De ce fait, il est parfois difficile de statuer clairement si une personne âgée habitant en résidence privée est en réelle perte d'autonomie au sens de la loi.

## **Avoir ou ne pas avoir un permis : une pièce importante sur l'échiquier**

L'ensemble des données recueillies témoignent de la charge de travail et des responsabilités sans cesse croissantes qui incombent aux responsables des résidences privées, en raison de l'alourdissement des clientèles. Cette situation soulève l'importance d'une meilleure sélection de leur clientèle afin de préserver leur vocation de milieu de vie pour personnes âgées autonomes. En général, les responsables des résidences privées assument seuls l'évaluation sommaire de l'autonomie des personnes âgées, lors de l'admission ou dans un suivi plus ou moins informel de l'état de santé de leurs résidents. Cette évaluation permet de déterminer les services complémentaires, c'est-à-dire « à la carte », nécessités par l'état de santé de la personne âgée ainsi que les possibilités du personnel engagé de dispenser ces services. Cette situation présente des aspects litigieux particulièrement pour les résidences sans permis. En effet, pour reprendre les termes d'un document du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec concernant les interventions effectuées dans les ressources sans permis en vertu des dispositions de l'article 489 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2) :

Nous entendons par ressource sans permis, la ressource qui héberge des personnes [...] en perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, requérant [...] de l'assistance, du soutien et de la surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux. (MSSS, 1993b:9)

Rappelons en terminant que les responsables des résidences privées pour personnes âgées sont souvent très mal instrumentés pour faire une évaluation appropriée du degré d'autonomie de leur clientèle. De plus, l'état de santé des personnes hébergées peut se détériorer très rapidement dans les semaines et les mois suivant leur admission.

## **LES SERVICES OFFERTS PAR QUI, À QUI ET À QUEL PRIX ?**

### **Aux portes de l'iniquité**

Comme il a été mentionné à plusieurs reprises dans les pages précédentes, les CLSC de la région de Québec dispensent peu de services sociosanitaires aux personnes âgées en perte d'autonomie hébergées dans les résidences privées. Ils interviennent à l'occasion, selon certaines

priorités propres à chacun des CLSC, particulièrement auprès de personnes âgées en attente d'hébergement public. Les données recueillies nous permettent de croire que la clientèle âgée des résidences privées a un accès plus limité aux services de soutien à domicile que les autres clientèles âgées vivant dans la communauté. Selon la loi, les CLSC sont responsables de la prestation des services de première ligne au domicile des personnes. Dans le document intitulé « Les services à domicile de première ligne. Cadre de référence », le domicile est défini comme :

Le lieu où réside la personne, au sens d'un logement privé ou d'un établissement domestique autonome, ce qui comprend la maison privée, le logement ou l'appartement, la chambre, le 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 propriétaires et les locataires. (MSSS, 1994a :10)

Cette définition soulève la nécessité d'identifier clairement et de façon uniforme, pour l'ensemble des résidences privées, les services essentiels qui doivent être dispensés aux locataires. Pour les autres services sociosanitaires nécessaires au bien-être de la personne âgée en perte d'autonomie, les CLSC, dans le cadre de leur programme de maintien à domicile, devront établir des critères uniformes d'admissibilité aux services qui permettront de guider les intervenants dans l'élaboration des plans de services.

## **L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES : LE MALAISE DES CLSC**

Le rôle du CLSC, partagé avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux, se définit également en termes de protection sociale des personnes âgées en perte d'autonomie qui peuvent être victimes d'abus. Dans le contexte des relations avec les résidences privées, ce mandat s'accompagne d'un rôle de prévention et de dépistage des situations à risque, particulièrement en ce qui concerne les foyers clandestins. (L.R.Q., Loi 120, art. 80) Cette tâche est définie dans plusieurs documents (Bohémier *et al.*, 1992 ; Lemasson, 1993, 1994 ; MSSS, 1990, 1992) et peut se résumer ainsi :

Tel qu'annoncé dans le cadre de la réforme du système de santé et des services sociaux, les CLSC devront, afin d'éviter la présence de foyers clandestins – recenser les résidences privées d'hébergement sur leur territoire ; – prendre arrangement avec les municipalités pour obtenir l'information sur tout permis de chambre délivré pour l'hébergement de

personnes âgées sur leur territoire, – visiter régulièrement les résidences pour évaluer le degré d'autonomie des personnes hébergées – considérer les personnes habitant ces résidences comme admissibles aux programmes de maintien à domicile; – rapporter au Ministère, aux fins de poursuite pénale ou de fermeture, toute résidence à l'intérieur de laquelle seront constatées des conditions pouvant causer de graves préjudices aux personnes âgées qui y sont hébergées. (MSSS, 1990 :27)

En juin 1994, un premier inventaire des résidences privées de l'ensemble de la province a été réalisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Le plan d'action concernant les résidences privées pour personnes âgées non titulaires d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux publié récemment mentionne à l'égard de l'évaluation des besoins des personnes âgées :

Le Ministère de la santé et des services sociaux entend donc prendre des mesures pour s'assurer que la personne âgée requérant des soins, de l'aide ou de l'assistance, trouve réponse à ses besoins. À cet égard, les CLSC identifieront les personnes ayant des besoins de services et procéderont à une évaluation sommaire afin de définir le type et l'ampleur des services requis. (MSSS, 1994b :13)

Les tâches précédemment citées soulèvent l'ambiguïté du rôle des CLSC dans le dossier de l'évaluation des services dispensés par les résidences privées. Une part du malaise ressenti par les intervenants des CLSC vient de l'absence de directives claires concernant le type de relations qu'ils doivent entretenir avec les résidences privées. Rappelons ici la crainte exprimée par les représentants des CLSC rencontrés dans le cadre de notre étude quant au rôle de police sociale qui se dégage de l'évaluation des résidences privées. Notons également que le manque de ressources humaines et financières dans le secteur des services de soutien à domicile dispensés par les CLSC rend difficile, sinon impossible, la réalisation de visites régulières des résidences pour l'évaluation du degré d'autonomie des personnes âgées et encore plus difficile une évaluation de la qualité des services offerts dans ces résidences. Les intervenants des CLSC sont peu instrumentés pour évaluer la qualité des services offerts dans les résidences privées.

## **DISCUSSION**

Ce questionnement entourant les responsabilités du secteur public et du secteur privé, eu égard au bien-être des personnes âgées en perte d'autonomie, s'inscrit au cœur même de la réforme québécoise entourant la prestation des services publics en matière de santé et de services sociaux. Bien que le nombre de résidences privées pour personnes âgées ait

progressé rapidement au cours des dernières années, leur apport, dans le maintien des personnes âgées en perte d'autonomie dans la communauté, est devenu incontournable, particulièrement depuis la mise en place des mesures visant le virage ambulatoire. Les décisions politiques entourant la non-institutionnalisation des personnes âgées, la réduction du temps d'hospitalisation et le support souvent insuffisant des CLSC qui dispensent les services à domicile font en sorte qu'un nombre de plus en plus important de personnes âgées, en perte importante d'autonomie, font face aux difficultés d'être hébergées dans une institution publique et, de ce fait, les familles soignantes s'épuisent à la tâche. Les enjeux politiques et économiques actuels accentuent l'urgence d'envisager de nouvelles pratiques qui ouvrent la porte à la collaboration avec d'autres partenaires tel le réseau des résidences privées.

Aborder l'évaluation des services offerts par les résidences privées aux personnes âgées en perte d'autonomie est un sujet difficile. Les difficultés tiennent, entre autres, au fait que les intervenants des services publics et les propriétaires de résidences privées peuvent avoir, chacun de leur côté, des images biaisées, souvent généralisantes envers l'autre. Ainsi, pour le secteur public, d'aucuns peuvent percevoir les propriétaires de ressources privées comme des « exploitateurs », des gens sans scrupule, qui abusent de la confiance des personnes âgées, en leur offrant des services de qualité douteuse, à des coûts exorbitants. Cette image est trop souvent celle qui nous est montrée par les médias d'information. Il existe très certainement des personnes âgées maltraitées dans les résidences privées et des actions s'imposent pour y remédier rapidement. Cependant, il faut éviter le piège d'une généralisation outrancière qui aurait pour effet d'accoler une fausse identité au réseau des résidences privées et, de ce fait, de fermer la porte à d'éventuelles collaborations fructueuses. De l'autre côté, les services publics peuvent être perçus par les propriétaires de résidences privées comme des « polices sociales » qui surveillent leurs moindres gestes et exigent d'eux une qualité de services que même les centres d'accueil publics ne respectent pas.

La démarche réalisée dans le cadre de cette recherche interpelle directement les rôles et les responsabilités dévolus à la Régie régionale de la santé et des services sociaux, soit assumer la planification et l'évaluation de l'ensemble des services et voir à l'opérationnalisation et à l'harmonisation des mécanismes d'évaluation des besoins de la clientèle. L'élaboration d'un cadre de référence devrait assurer la mise en place de mesures qui favorisent et actualisent la coordination et la concertation entre les résidences privées qui accueillent des personnes âgées en perte d'autonomie et les organismes publics, dans la région de Québec. Selon les partenaires interrogés dans le cadre de notre étude, il est de la

responsabilité de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de faire évoluer ce dossier.

Bien que notre recherche eût comme objectif de mieux connaître la clientèle hébergée dans les résidences privées de Québec et d'échanger avec les propriétaires concernant leurs attentes à l'égard des CLSC, un élément a constitué la toile de fond de notre démarche : maintenir et favoriser le bien-être des personnes âgées hébergées dans les résidences privées. Cette notion de bien-être s'inscrit directement dans la problématique de la violence et des abus faits aux personnes âgées, que ce soit en résidences privées, à domicile, ou dans les centres d'accueil publics. Nos données ne nous permettent pas de cibler les personnes âgées violentées ou à risque d'être violentées dans les résidences privées de la région de Québec. Par contre, en favorisant la mise en place de moyens efficaces pour évaluer les services offerts dans les résidences privées, nous espérons que soient ainsi réduites les situations qui portent atteinte à la santé physique et psychologique des personnes âgées qui y sont logées.

En ce qui concerne de futures avenues de recherche, les participants à notre étude ont mentionné à certaines reprises le rôle que jouent la famille et les organismes communautaires auprès des personnes âgées hébergées dans les résidences privées. Comment la famille peut-elle assurer le bien-être de ses proches hébergés dans les résidences privées et prévenir la violence et les abus ? Comment favoriser le maintien des liens familiaux indispensables pour la qualité de vie des personnes âgées ? Quels rôles les organismes communautaires jouent-ils et pourront-ils jouer dans l'avenir eu égard à l'intégration sociale de ces personnes âgées ? Des services de santé, d'hygiène et d'alimentation de qualité, c'est bien ; mais qu'en est-il de la participation sociale des personnes âgées hébergées dans les résidences privées ? Il nous apparaît essentiel que ces dernières demeurent socialement actives le plus longtemps possible. Il s'agit à n'en pas douter d'un indicateur important du bien-être des personnes âgées. Bien que non documentées dans notre étude, ces questions de recherche nous apparaissent importantes.

## **Bibliographie**

- BOHÉMIER, P., LAMOTHE, S., LANCOP, C. et M. RENAUD (1992). *L'utilisation des ressources d'hébergement privées non agréées et la pratique professionnelle des travailleurs sociaux*, Montréal, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec.
- ÉQUIPE DE RECHERCHE OPÉRATIONNELLE EN SANTÉ (EROS) [1987]. *La détermination des services requis et la mesure des ressources requises par le bénéficiaire*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la réadaptation et des services de longue durée.



- FOREST, Pierre Gellier et al. (1990). *L'alourdissement des clientèles : la perception des membres des comités d'orientation-admission*, Rapport 5, Montréal, EROS, Université de Montréal.
- GARANT, Louise (1994). *Synthèse d'un programme d'évaluation sur la réponse aux besoins de longue durée des personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- KREJCIE, Robert et Daryle MORGAN (1970). « Determining Sample Size for Research Activities », *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- LEMASSON, Mireille (1993). *Rôle des CLSC à l'égard des personnes âgées vivant ou désirant vivre en résidences de retraite*, Montréal, Fédération des CLSC.
- LEMASSON, Mireille (1994). « Des services de soutien à domicile fragiles pour une clientèle vulnérable », *Service social*, vol. 43, n° 1, 47-65.
- LEROUX, Pierre et Jean-François DION (1992). *Enquête sur le marché des résidences pour personnes âgées, région métropolitaine de Québec*, Québec, Société canadienne d'hypothèques et de logement.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1993a). *Guide d'information sur l'ouverture d'une résidence pour personnes âgées autonomes*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1993b). *Les interventions effectuées dans les ressources sans permis en vertu des dispositions de l'article 489 de la « Loi sur les services de santé et les services sociaux » (L.R.Q., Chapitre S-4.2)*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994a). *Les services à domicile de première ligne, Cadre de référence*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994b). *Les résidences privées pour personnes âgées, non titulaires d'un permis du Ministère de la Santé et des Services sociaux, Plan d'action*, Québec, Gouvernement du Québec.
- SAUCIER, Alain (1989). *Synthèse de l'alourdissement des clientèles placées dans les programmes offrant des services de longue durée*, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation.
- TRAHAN, Louise et Lucie BÉLANGER (1993). *Une évaluation de la prestation de services dans les CLSC et les centres hospitaliers ; Pour des services de qualité aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation.
- VAILLANCOURT, Y., MATHIEU, R., JETTÉ, C. et R. BOURQUE (1993). *La privatisation des services de santé et des services sociaux au Québec en 1993*, Conférence présentée dans le cadre du colloque sur la privatisation dans le réseau de la santé et des services sociaux, Montréal, Holiday Inn Crown Plaza.

- VÉZINA, A., PELLETIER, D. et J. ROY (1994a). *Les résidences privées et les HLM pour les personnes âgées de la région de Québec : profils des ressources et clientèles et paramètres d'un cadre de référence*, Rapport de recherche, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.
- VÉZINA, A., PELLETIER, D. et J. ROY (1994b). *Les résidences privées et HLM pour personnes âgées de la région de Québec : profils des ressources et clientèles et paramètres d'un cadre de référence*, Résultats détaillés de la recherche, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, 120 pages.