

A11D6
A29
52
1967-72
7,2
Ex. 2
QL
Magasin

B

VOLUME VII

TOME II

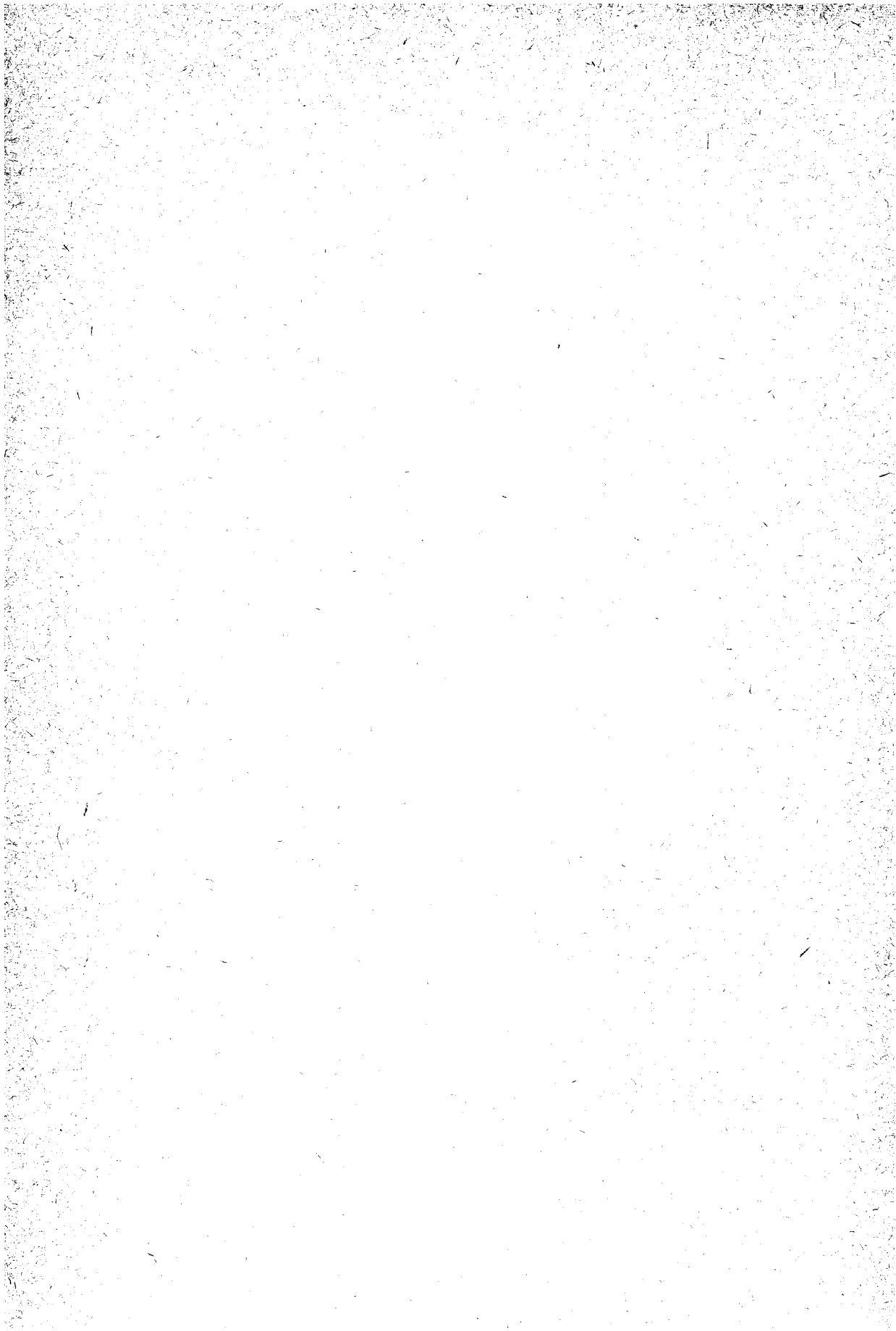
LES ÉTABLISSEMENTS À BUT LUCRATIF

RAPPORT
DE LA COMMISSION
D'ENQUÊTE
SUR LA SANTÉ
ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL

CINQUIÈME PARTIE

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC/1970





VOLUME VII

TOME II

LES ÉTABLISSEMENTS À BUT LUCRATIF

**RAPPORT
DE LA COMMISSION
D'ENQUÊTE
SUR LA SANTÉ
ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL**

CINQUIÈME PARTIE

FILED 6

A29

S2

1967-72

7,2

EX. 2

QL

Magasin

Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social

Membres

Gérard Nepveu, *président* ¹
Louis-Philippe Bouchard ²
Claude Castonguay ³
Jacques de la Chevrotière
Jacques Dinelle
William A. Dyson
Rév. Père André-M. Guillemette, O.P.
Georges A. Lachaine
Édouard Laurent ⁴
Jeanne d'Arc LeMay Warren ⁵

Secrétaire

Jean Mercier ⁶

Secrétaire adjoint

Luc Gilbert-Lessard

Conseiller en bien-être social

Nicolas Zay, L. Sc. P. & Écon.,
LL. D., M. S. S.

Conseiller économique

Nicole Vaillancourt Martin,
M. A. Écon. (Montréal),
M. Sc. Écon. (Londres)

Conseiller juridique

René Dussault, LL. L., avocat,
Ph. D. (Londres) ⁷

Conseiller médical

Jacques Brunet, M. D., F. R. C. P.
(Canada) ⁸

¹ A été nommé membre et président de la Commission le 1^{er} avril 1970.

² A quitté la Commission le 21 décembre 1967 et est devenu sous-ministre des Institutions financières, compagnies et coopératives le 28 mai 1968.

³ A démissionné le 16 mars 1970 et a accédé au poste de ministre de la Santé, de la Famille et du Bien-être social le 12 mai 1970.

⁴ A été nommé membre le 21 décembre 1967.

⁵ A été nommée juge de la Cour de bien-être social le 11 mars 1970.

⁶ A été nommé secrétaire le 7 avril 1970.

⁷ A démissionné le 12 juin 1970 et a été nommé conseiller sur les politiques sociales auprès du ministre de la Santé, de la Famille et du Bien-être social le 15 juin 1970.

⁸ A démissionné le 1^{er} juin 1970 et a été nommé sous-ministre de la Santé le 3 juin 1970.

*Conseiller en relations
publiques*

Jean Pelletier

*Directeur des études
spéciales*

André Hurtubise, B. Eng.,
M. A. Écon. (Montréal)

*Directeur adjoint des
études spéciales*

Mercédès C. Gauvin, M. Sc. Soc.
(Laval), M. Sc. Écon. (Londres),
Diplôme de l'École Nationale
d'Administration (Paris)

*À Son Excellence
le Lieutenant-gouverneur en Conseil
de la province de Québec*

Nous, membres de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, avons l'honneur de vous présenter le deuxième tome du septième volume de notre rapport qui porte sur les établissements à but lucratif.

Nous prions Votre Excellence de bien vouloir agréer ce rapport que nous lui soumettons respectueusement.

André Robitaille

président

William A. Dyson

G. G. Gauthier

Jacques Dutilleul

Georges Laplante

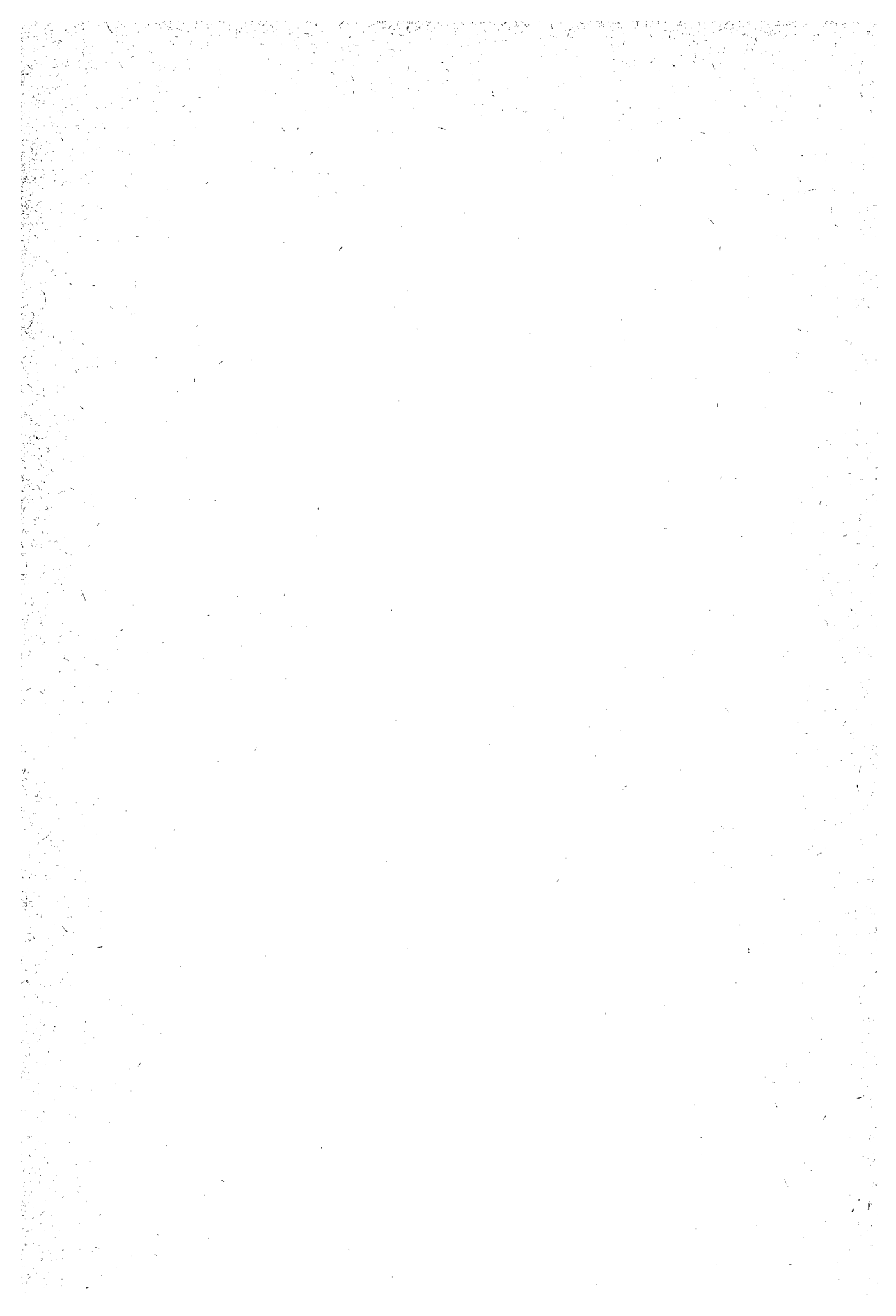
Jacques Dutilleul

Rodolphe Laframboise

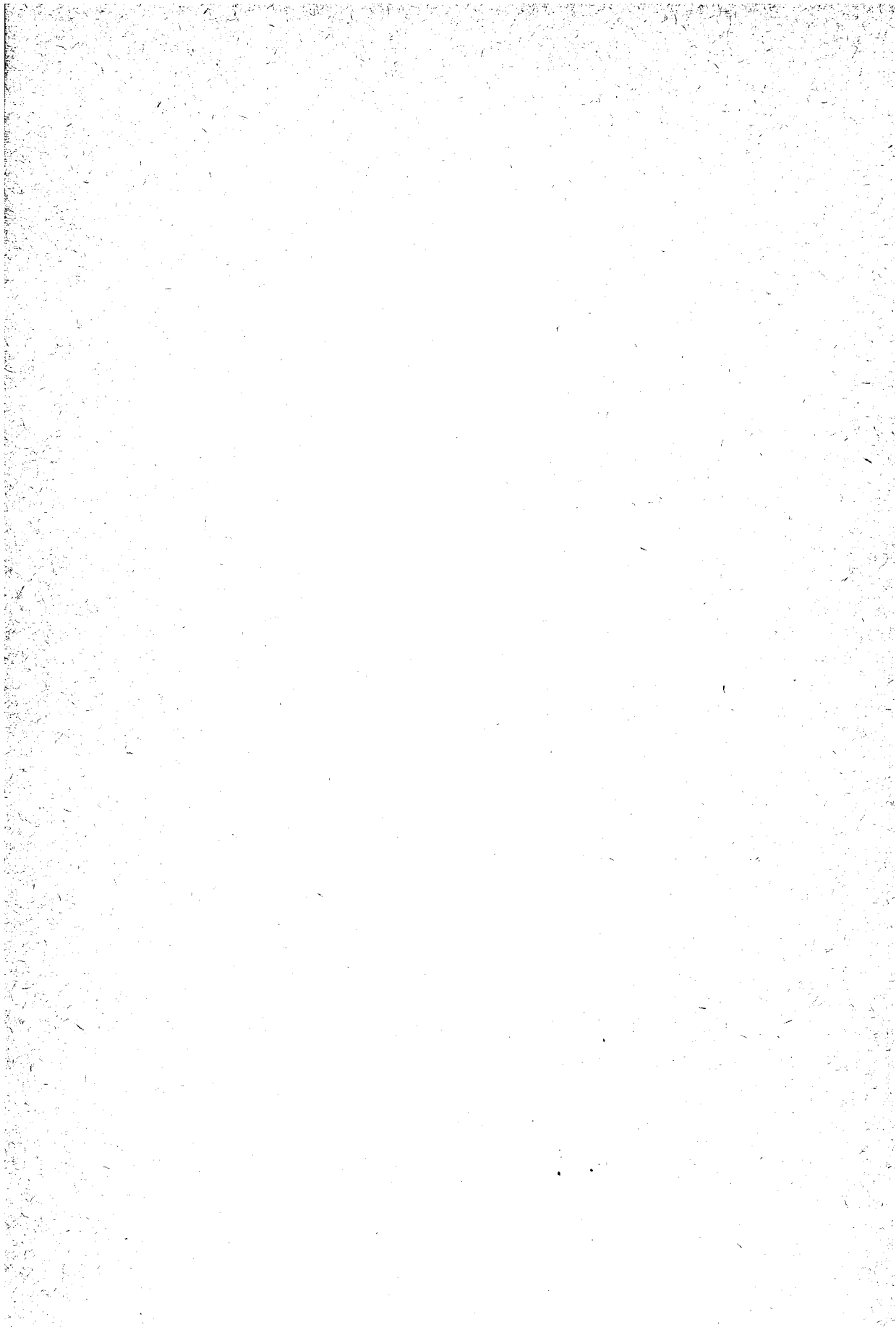
Jean Huet

secrétaire

Québec, 1970.



Introduction



Introduction

1. Parmi les questions sur lesquelles la Commission devait faire enquête, figure en tête de liste « la question relative à la propriété, à la gestion ainsi qu'à l'organisation médicale des institutions hospitalières et des institutions dites de bien-être social ¹ ».

2. L'une de nos premières tâches fut donc de dresser l'inventaire des établissements d'hospitalisation et d'hébergement collectif et, par la suite, d'essayer de le tenir à jour. Le recensement des hôpitaux et des lits dressés n'a pas soulevé de difficultés particulières, étant donné que le ministère de la Santé pouvait nous fournir des renseignements assez précis. Toutefois, il n'en fut pas de même du côté des établissements dits de bien-être social, principalement à cause de l'absence d'une définition adéquate de ce type d'établissement. Les services du ministère de la Famille et du Bien-être social tiennent bien à jour la liste des établissements régis par la loi sur l'assistance-publique ² et la loi sur la protection de la jeunesse ³, mais ils ne parviennent pas à dresser, de façon exhaustive, celle des établissements visés par la loi sur les hôpitaux privés ⁴.

3. Néanmoins, les données fournies par les ministères de la Santé et de la Famille et du Bien-être social nous permettent de dire que le Québec comptait, au 31 décembre 1969 ⁵, 866 établissements d'hospitalisation et d'hébergement collectif contenant au total plus de 101,000 lits (tableau I).

TABLEAU I

Ensemble des établissements d'hospitalisation et d'hébergement collectif

	<i>Nombre</i>	<i>Lits dressés</i>
Secteur de la santé	303	62,948 3,790 (berceaux)
Secteur du bien-être social . . .	563	34,343 ¹
Total	866	101,081

¹ Dans le langage administratif, le mot « lit » est utilisé pour compter les pensionnaires des établissements. Il convient de souligner que les pensionnaires des établissements de bien-être ne sont pas tous alités. En général, les grabataires représentent un faible pourcentage de la population de ces établissements.

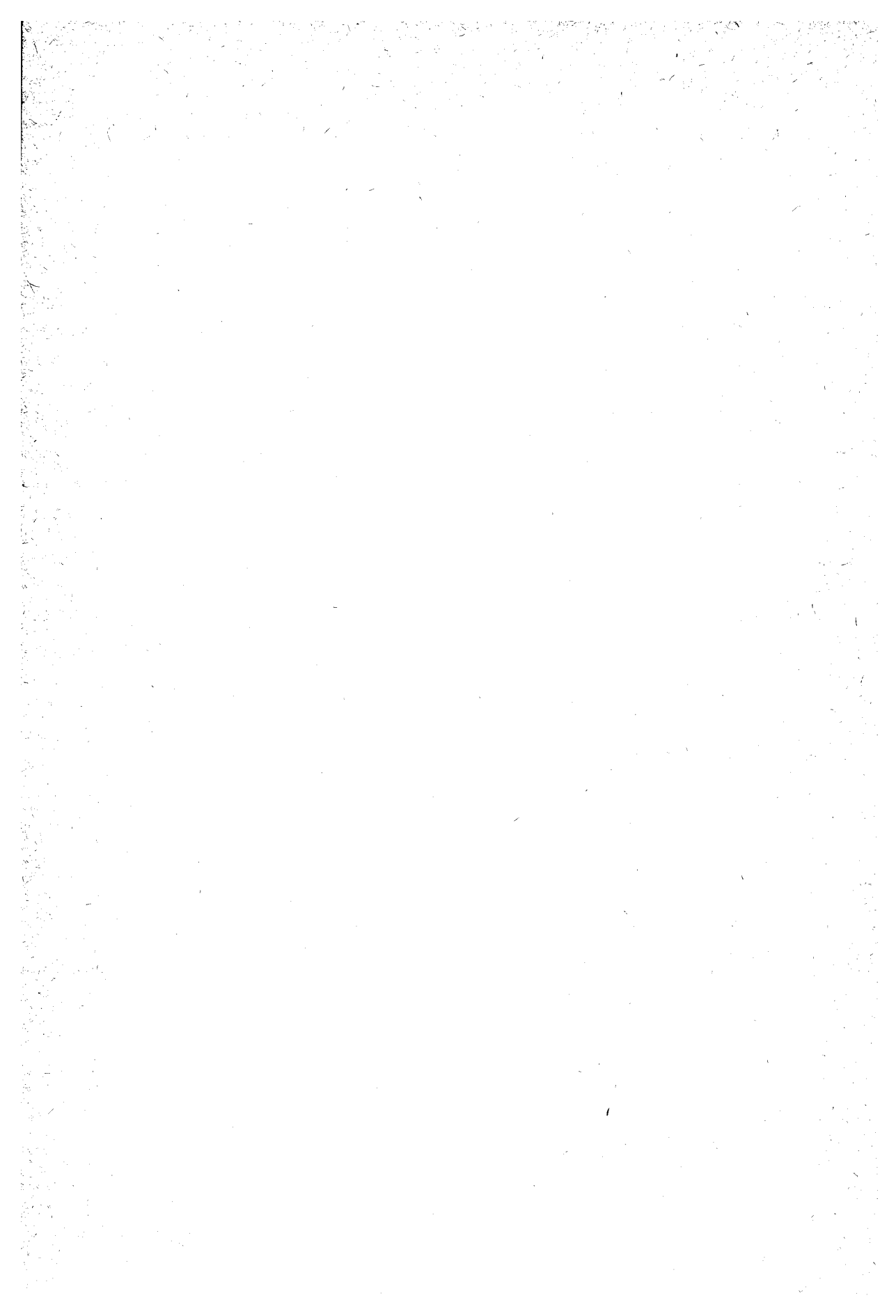
¹ Voir l'arrêté en conseil N° 2046 du 9 novembre 1966, vol. I et III de notre rapport.

² S. R. Q. 1964, chap. 216.

³ S. R. Q. 1964, chap. 220.

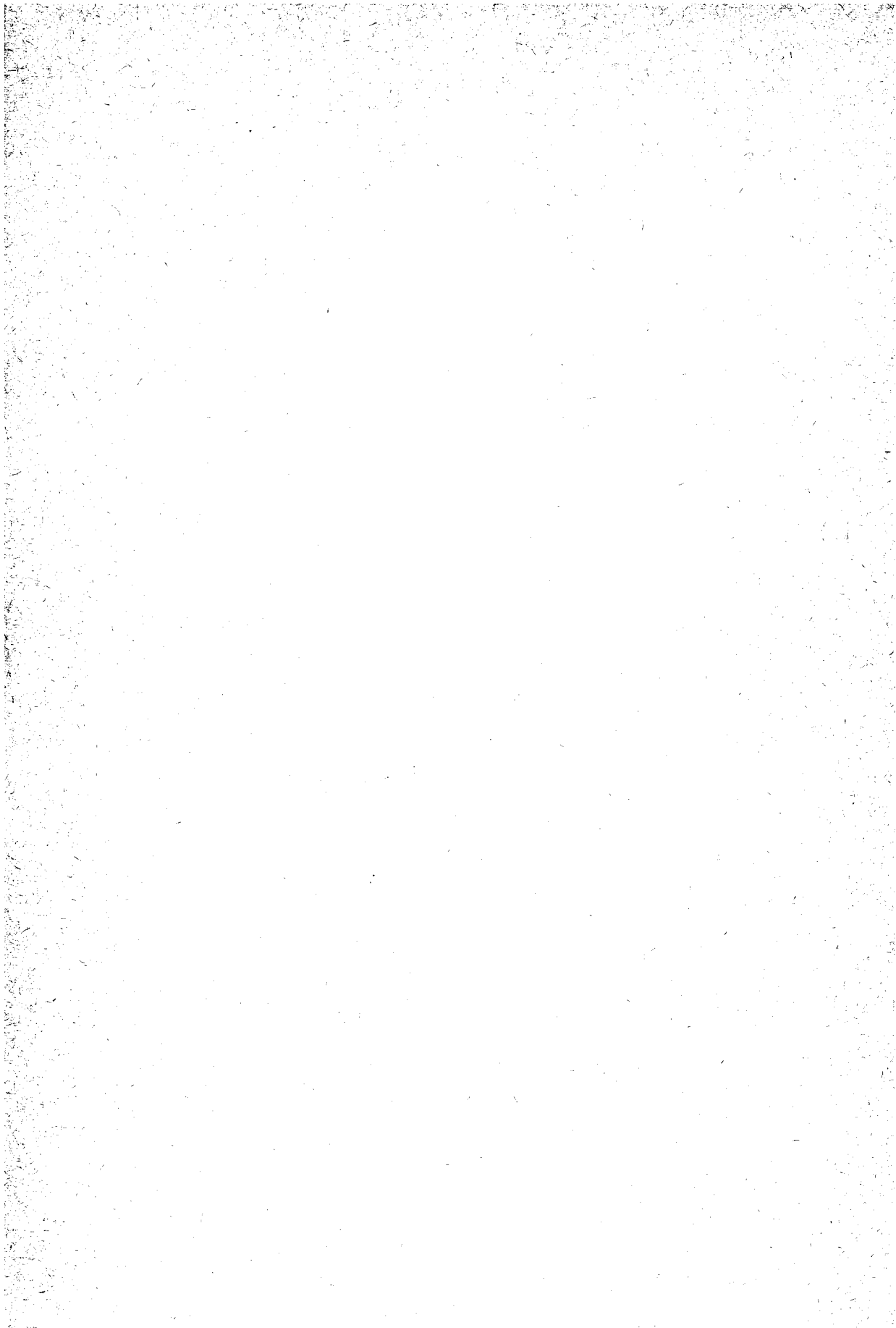
⁴ S. R. Q. 1964, chap. 217.

⁵ Les données de tous nos tableaux sont en date du 31 décembre 1969.



Première partie

L'équipement du Québec dans les domaines de l'hospitalisation et de l'hébergement collectif



Première partie

L'équipement du Québec dans les domaines de l'hospitalisation et de l'hébergement collectif

I. LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

4. Une première répartition des établissements du secteur de la santé, du point de vue de l'autorité dont ils relèvent, indique qu'ils sont presque tous sous la responsabilité des services du ministère provincial de la Santé (tableau II).

TABLEAU II

Établissements du secteur de la santé

<i>Juridiction</i>	<i>Nombre</i>	<i>Lits dressés</i>
Ministère provincial de la Santé		
Direction générale de l'assurance-hospitalisation	234	38,493 3,790 (berceaux)
Direction générale des services psychiatriques	34	20,447
Service de l'assistance publique ¹	26	2,492
Gouvernement fédéral	9	1,516
Total	303	66,738

¹ La plupart des établissements du service de l'assistance publique, plus précisément 20 sur 26, remplissent plus d'une fonction. Comme tous possèdent une section d'hébergement, nous additionnerons les 2,492 lits dressés à cette fin aux lits dressés dans les établissements pour personnes âgées qui relèvent du ministère de la Famille et du Bien-être social.

5. Aucun des établissements qui relèvent de la compétence du gouvernement fédéral ou du service de l'assistance publique ne poursuit un but de gain pécuniaire. Nous pouvons en dire autant, en principe du moins, des établissements qui dépendent de la Direction générale des services psychiatriques, quoique les foyers et les garderies qui leur sont affiliés soulèvent certaines ambiguïtés.

6. Nous laisserons dès lors de côté ces trois catégories d'établissements pour ne retenir que ceux qui sont placés sous la responsabilité de la Direction générale de l'assurance-hospitalisation. Celle-ci répartit les établissements hospitaliers en cinq catégories (tableau III).

TABLEAU III

Établissements hospitaliers relevant de la Direction générale de l'assurance-hospitalisation

<i>Catégories</i>	<i>Nombre</i>	<i>Lits dressés</i>
1. Hôpitaux publics généraux . .	137	28,748 3,619 (berceaux)
2. Hôpitaux publics pour le traitement des maladies chroniques	21	5,615 ¹
3. Hôpitaux privés généraux . .	24	805 171 (berceaux)
4. Hôpitaux privés pour le traitement des maladies chroniques	42	2,169
5. Sanatoriums	10	1,156
Total	234	42,283

¹ De fait, les 5,615 lits de malade chronique dans les hôpitaux publics sont répartis dans 40 établissements, à savoir 21 établissements entièrement affectés au soin des malades chroniques et 19 établissements (3 sanatoriums, 13 foyers du service de l'assistance publique et 3 hôpitaux généraux) qui remplissent une ou plusieurs fonctions additionnelles : soins aux tuberculeux, soins de garde ou hébergement, soins aux malades psychiatriques et autres soins.

7. Les sanatoriums sont tous des établissements sans but de gain pécuniaire; comme tels, ils ne présentent pas d'intérêt pour apprécier la situation des établissements à but lucratif. Cela laisse deux catégories d'hôpitaux publics : les hôpitaux publics généraux et les hôpitaux publics pour le traitement des maladies chroniques, et deux catégories d'hôpitaux privés : les hôpitaux privés généraux et les hôpitaux privés pour le traitement des maladies chroniques.

8. Dans la loi sur les hôpitaux, le mot « hôpital » désigne : « un établissement où l'on reçoit des personnes pour fins de diagnostic, de traitement médical ou chirurgical ou de convalescence, à l'exclusion toutefois d'un cabinet de médecin ou de dentiste et d'une infirmerie où une institution religieuse ou d'enseignement reçoit les membres de son personnel ou ses élèves »¹.

9. Cette définition générale est immédiatement suivie de la définition de l'hôpital public et de l'hôpital privé. L'on aurait pu s'attendre à ce que le législateur, pour cerner une première réalité, désignât par hôpital public un établissement dont le fonctionnement est assuré par les pouvoirs publics et par hôpital privé un établissement dont le fonctionnement n'est pas assuré par les pouvoirs publics, qu'il reçoive ou non une aide financière de ceux-ci. Ainsi, selon qu'ils reçoivent ou non une aide financière des pouvoirs publics, les hôpitaux privés auraient été classés comme hôpitaux subventionnés et comme hôpitaux non subventionnés. Puis, selon qu'ils poursuivent ou non une fin lucrative, les hôpitaux privés auraient finalement été classés comme hôpitaux à but lucratif et comme hôpitaux sans but lucratif. C'est sans doute cette deuxième réalité que le législateur a retenue en définissant l'expression « hôpital public » : « un hôpital maintenu par une corporation sans but lucratif » et l'expression « hôpital privé » : « un hôpital autre qu'un hôpital public ».

10. De toute façon, le législateur a déterminé exactement ce qu'est un hôpital, réservant ainsi l'appellation aux « établissements où l'on reçoit des personnes pour fins de diagnostic, de traitement médical ou chirurgical ou de convalescence, à l'exclusion...² ». En conséquence, tous les établissements qui répondent à cette définition sont désormais régis par la loi sur les hôpitaux.

— *L'importance relative des établissements hospitaliers à but lucratif*

11. L'on ne saurait, sans fausser la perspective, apprécier l'importance des lits d'hôpitaux à but lucratif par comparaison seulement avec l'ensemble des lits hospitaliers (tableau II), étant donné que les 22,000 lits pour malades mentaux et tuberculeux se retrouvent tous, sans exception, dans des établissements sans but lucratif. Aussi retiendrons-nous, pour fin de comparaison, les données qui se rapportent aux quatre premières catégories d'établissements du tableau III.

¹ S. R. Q. 1964, chap. 164, art. 1a.

² *Ibid.*

TABLEAU IV

Répartition des lits par catégories d'hôpitaux

<i>Catégories d'hôpitaux</i>	<i>Tous les hôpitaux</i>			<i>Publics</i>			<i>À but lucratif</i>		
	<i>Nombre</i>	<i>Lits</i>	<i>% des lits</i>	<i>Nombre</i>	<i>Lits</i>	<i>% des lits</i>	<i>Nombre</i>	<i>Lits</i>	<i>% des lits</i>
Hôpitaux généraux .	161	29,553	100	137	28,748	97.28	24	805	2.72
		3,790 (berceaux)	100		3,619 (berceaux)	95.49		171 (berceaux)	4.51
Hôpitaux pour mala- des chroni- ques	63	7,784	100	21	5,615	72.14	42	2,169	27.86
Total	224	41,127	100	158	37,982	92.35	66	3,145	7.65

12. Les établissements à but lucratif contiennent 2.72 pour cent de l'ensemble des lits des hôpitaux généraux et 27.86 pour cent de l'ensemble des lits des hôpitaux pour malades chroniques (tableau IV).

13. Entre 1966 et 1969, le nombre de lits des hôpitaux généraux à but lucratif a diminué, passant de 1,117 à 805, alors que le nombre de lits des hôpitaux à but lucratif pour malades chroniques a augmenté légèrement (tableau V).

TABLEAU V

Évolution de la répartition des lits d'hôpitaux à but lucratif
par catégories d'hôpitaux

<i>Catégories d'hôpitaux à but lucratif</i>	1966		1969	
	<i>Lits</i>	<i>%</i>	<i>Lits</i>	<i>%</i>
Hôpitaux généraux	1,117	34.14	805	27.07
Hôpitaux pour ma- lades chroniques . .	2,155	65.86	2,169	72.93
Total	3,272	100	2,974	100

14. Le tableau VI indique que les hôpitaux à but lucratif sont, dans l'ensemble, très inégalement répartis à travers le Québec. Contrairement à ce que d'aucuns prétendent, ils ne se trouvent pas surtout dans les régions éloignées des grands centres, c'est-à-dire là où les ressources hospitalières publiques auraient pu à un certain moment être insuffisantes pour répondre aux besoins de la population. En effet, les 44 hôpitaux de la région de Montréal disposent de 72.33 pour cent de tous les lits des hôpitaux à but lucratif du Québec. La proportion varie légèrement pour les hôpitaux généraux (78.76 pour cent) et les hôpitaux pour malades chroniques (70 pour cent). Vient en second lieu la région de Québec avec 16.91 pour cent de tous les lits; cette région ne possède aucun hôpital général à but lucratif, mais ses 10 hôpitaux pour malades chroniques disposent de 23.19 pour cent de tous les lits de cette catégorie. De plus, tout comme la région de Québec, les régions de Trois-Rivières et de

TABLEAU VI

Répartition des lits d'hôpitaux à but lucratif par catégories d'hôpitaux et par régions administratives

Régions administratives ¹	Généraux et chroniques			Généraux			Chroniques		
	Hôpitaux	Lits	% des lits	Hôpitaux	Lits	% des lits	Hôpitaux	Lits	% des lits
1. Bas St-Laurent et Gaspésie . . .	2	35	1.18	2	35	4.35	—	—	—
2. Saguenay — Lac St-Jean	1	10	0.34	1	10	1.24	—	—	—
3. Québec	10	503	16.91	—	—	—	10	503	23.19
4. Trois-Rivières .	1	44	1.48	—	—	—	1	44	2.03
5. Cantons-de-l'Est	1	12	0.40	1	12	1.49	—	—	—
6. Montréal	44	2,151	72.33	15	634	78.76	29	1,517	69.94
7. Outaouais	2	105	3.53	—	—	—	2	105	4.84
8. Nord-Ouest . . .	1	20	0.67	1	20	2.48	—	—	—
9. Côte-Nord	2	38	1.28	2	38	4.72	—	—	—
10. Nouveau-Québec	2	56	1.88	2	56	6.96	—	—	—
Total	66	2,974	100	24	805	100	42	2,169	100

¹ Voir *infra*, tableau XXV, p. 61.

l'Outaouais ne comptent aucun hôpital général à but lucratif. Par contre, les régions du Bas St-Laurent et de la Gaspésie, du Saguenay et du Lac St-Jean, des Cantons-de-l'Est, du Nord-Ouest (Rouyn-Noranda et Abitibi) et de la Côte-Nord ne comptent aucun hôpital à but lucratif pour malades chroniques.

15. Exception faite de la région 10, où 2 hôpitaux sur 5 sont à but lucratif et où les lits se partagent respectivement entre les hôpitaux publics et les hôpitaux à but lucratif, dans la proportion de 59 et de 41 pour cent, le secteur à but lucratif fournit, dans les autres régions, une proportion négligeable des lits d'hôpitaux généraux (tableau VII). Même les 634 lits de la région de Montréal qui représentent, comme on l'a vu au tableau VI, 79 pour cent de tous les lits d'hôpitaux généraux à but lucratif, ne comptent que pour 4.17 pour cent des 15,215 lits d'hôpitaux généraux du territoire.

TABLEAU VII

Répartition des lits d'hôpitaux généraux, publics et à but lucratif,
par régions administratives

Régions administratives	Publics et à but lucratif		Publics		À but lucratif	
	Lits	%	Lits	%	Lits	%
1. Bas St-Laurent et Gaspésie . . .	1,326	100	1,291	97.36	35	2.64
2. Saguenay — Lac St-Jean	1,845	100	1,835	99.46	10	0.54
3. Québec	5,194	100	5,194	100	—	—
4. Trois-Rivières .	2,247	100	2,247	100	—	—
5. Cantons-de-l'Est	1,346	100	1,334	99.11	12	0.89
6. Montréal	15,215	100	14,581	95.83	634	4.17
7. Outaouais	764	100	764	100	—	—
8. Nord-Ouest . . .	806	100	786	97.52	20	2.48
9. Côte-Nord	674	100	636	94.36	38	5.64
10. Nouveau-Québec	136	100	80	58.82	56	41.18
Total	29,553	100	28,748	97.28	805	2.72

TABLEAU VIII

Répartition des lits d'hôpitaux généraux à but lucratif par spécialités et par régions administratives

<i>Régions administratives</i>	<i>Hôpitaux</i>	<i>Total des lits</i>	<i>Berceaux</i>	<i>Médecine et chirurgie</i>	<i>Obstétrique</i>	<i>Pédiatrie</i>	<i>Autres</i>
1. Bas St-Laurent et Gaspésie	2	35	22	19	16	—	—
2. Saguenay – Lac St-Jean	1	10	4	—	10	—	—
3. Québec	—	—	—	—	—	—	—
4. Trois-Rivières	—	—	—	—	—	—	—
5. Cantons-de-l'Est	1	12	6	11	—	1	—
6. Montréal	15	634	105	535	65	8	26
7. Outaouais	—	—	—	—	—	—	—
8. Nord-Ouest	1	20	7	15	—	5	—
9. Côte-Nord	2	38	12	24	6	8	—
10. Nouveau-Québec	2	56	15	37	16	—	3
Total	24	805	171	641	113	22	29

16. Un seul des hôpitaux généraux à but lucratif compte plus de 100 lits; les autres sont de faible taille, leur capacité variant d'une dizaine à une soixantaine de lits. La capacité moyenne pour l'ensemble est de 33 lits, comparée à 210 dans les hôpitaux généraux publics. L'on conteste de plus en plus la valeur des petits hôpitaux; la qualité des soins y est plus difficile à atteindre et l'amélioration des moyens de transport les rend de moins en moins indispensables ¹.

17. Le tableau VIII donne la répartition des lits d'hôpitaux généraux à but lucratif selon les spécialités. La majorité des lits (79.63 pour cent) sont affectés à la médecine et à la chirurgie; quant au solde, il se répartit à raison de 14.04, 2.73 et 3.60 pour cent respectivement entre l'obstétrique, la pédiatrie et d'autres spécialités.

18. Le stock de lits pour malades chroniques au Québec a fait un bond appréciable entre 1966 et 1969. Il est passé de 1.03 lit à 1.24 lit pour 1,000 habitants (tableau IX).

TABLEAU IX

Évolution des lits pour malades chroniques

<i>Année</i>	<i>Population</i>	<i>Lits</i>	<i>Pour 1000 hab.</i>
1966	5,812,543	5,972	1.03 ¹
1969	6,254,974	7,784	1.24

¹ Données tirées du rapport préliminaire sur l'équipement hospitalier du Québec, ministère de la Santé, 15 février 1966.

19. Le secteur à but lucratif fournit une proportion importante des lits de cette catégorie dans les régions de Québec, de Trois-Rivières, de Montréal et de l'Outaouais (tableau X), cependant qu'il est totalement absent des autres régions.

20. Trois hôpitaux à but lucratif pour malades chroniques comptent plus de 100 lits; la taille des autres varie entre 10 et 90 lits. La capacité moyenne pour l'ensemble se situe à 51 lits, comparative-ment à 140 lits dans les hôpitaux publics.

¹ Voir le tome II, par. 613 et 614, du vol. IV de notre rapport : *La santé*.

TABLEAU X

Répartition par régions administratives des lits d'hôpitaux pour le traitement des maladies chroniques

<i>Régions administratives</i>	<i>Publics et à but lucratif</i>		<i>Publics</i>		<i>À but lucratif</i>	
	<i>Lits</i>	<i>%</i>	<i>Lits</i>	<i>%</i>	<i>Lits</i>	<i>%</i>
1. Bas St-Laurent et Gaspésie . .	268	100	268	100	—	—
2. Saguenay — Lac St-Jean	198	100	198	100	—	—
3. Québec	1,184	100	681	57.52	503	42.48
4. Trois-Rivières .	194	100	150	77.32	44	22.68
5. Cantons-de-l'Est	459	100	459	100	—	—
6. Montréal	5,082	100	3,565	70.15	1,517	29.85
7. Outaouais	209	100	104	49.76	105	50.24
8. Nord-Ouest . . .	175	100	175	100	—	—
9. Côte-Nord . . .	15	100	15	100	—	—
10. Nouveau-Québec	—	—	—	—	—	—
Total	7,784	100	5,615	72.14	2,169	27.86

II. LES ÉTABLISSEMENTS DITS DE BIEN-ÊTRE SOCIAL

21. Les établissements dits de bien-être social¹ relèvent presque en totalité du ministère de la Famille et du Bien-être social. Étant donné les catégories de personnes qu'ils reçoivent, nous distinguerons ceux qui sont destinés aux personnes âgées et autres adultes de ceux qui sont destinés aux enfants (tableau XI).

¹ Dans le volume VI de notre rapport intitulé : *Les services sociaux*, nous consacrons une section aux services d'hébergement collectif.

TABLEAU XI

Établissements du secteur du bien-être social

<i>Catégories de personnes</i>	<i>Nombre</i>	<i>Lits dressés</i>
Personnes âgées et autres adultes	429	20,259
Enfants y compris filles enceintes ¹ . . .	134	14,084
Total	563	34,343

¹ Pour des raisons d'ordre administratif, les foyers qui accueillent des filles enceintes sont rattachés au secteur de l'enfance.

A. LES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES ET AUTRES ADULTES

22. Nous avons reporté dans cette catégorie les 26 foyers qui relèvent du Service de l'assistance publique du ministère de la Santé et qui sont tous reconnus comme institutions d'assistance publique. Même s'ils constituent un apport précieux au secteur de l'hébergement, ces 26 foyers fournissent seulement 12.3 pour cent de l'ensemble des lits (tableau XII).

TABLEAU XII

Établissements pour personnes âgées et autres adultes

<i>Juridiction</i>	<i>Nombre</i>	<i>Lits</i>	<i>% des lits</i>
Ministère de la Famille et du Bien-être social	403	17,767	87.7
Ministère de la Santé	26	2,492	12.3
Total	429	20,259	100

23. Deux lois régissent les établissements pour personnes âgées : la loi sur l'assistance publique ¹ et la loi sur les hôpitaux privés ².

¹ *Loc. cit.*, note 2, p. 11.

² *Loc. cit.*, note 4, p. 11.

Promulguées toutes deux pour régir des établissements d'une autre époque, aucune d'elles ne répond aux besoins des foyers actuels. La loi sur l'assistance publique donne de « l'institution d'assistance publique » la définition suivante : « toute institution ou organisme de bienfaisance qui gratuitement reçoit, garde, soigné, hospitalise ou assiste des personnes nécessiteuses et qui est reconnue comme telle par le lieutenant-gouverneur en conseil; ces mots comprennent également tout organisme gouvernemental désigné par le ministre et toute corporation municipale locale qui peuvent effectuer des versements d'assistance en conformité des dispositions de la présente loi et des règlements ». Dans les règlements en vertu de la loi sur l'assistance publique de Québec sur les matières qui relèvent du ministère de la Famille et du Bien-être social, une section intitulée : « Des versements d'assistance hors du foyer » fait mention, au sujet de la première catégorie de ces versements d'assistance, « d'établissements pour soins spéciaux » et de « pension privée ». Ainsi, l'article G, intitulé « pension privée », commence par ces mots : « Tout organisme privé licencié, à caractère commercial, qui désirera recevoir des pensionnaires... »

24. Il ne fait aucun doute que les mots « pension privée » ou, encore, « organisme privé licencié à caractère commercial » renvoient à l'expression « toutes autres institutions » par laquelle se termine l'article 1 de la loi sur les hôpitaux privés¹ :

Art. 1. Le ministre de la Santé est chargé de la mise à exécution de la présente loi en ce qui concerne les hôpitaux proprement dits, de même que les dispensaires, consultations et cliniques, et le ministre de la Famille et du Bien-être social en ce qui concerne toutes autres institutions.

25. Et c'est l'article 2 qui nous donne la définition de l'hôpital privé.

Art. 2. Dans la présente loi, les mots « hôpital privé » signifient et comprennent toute institution, autre qu'une institution d'assistance publique visée par la Loi de l'assistance publique, et autre qu'une institution publique recevant dans son infirmerie les membres de son personnel ou ses élèves, dans laquelle, moyennant rémunération, des malades sont accueillis et traités pour quelque cause que ce soit, ou encore des nourrissons ou enfants en bas âge sont reçus et soignés ou entretenus.

Les dispensaires, consultations et cliniques non subventionnés par la province, ou qui ne sont pas rattachés aux hôpitaux reconnus comme institutions d'assistance publique, sont compris dans les mots « hôpital privé » mentionnés au précédent alinéa.

¹ *Ibid.*

TABLEAU XIII

Répartition des établissements pour personnes âgées et autres adultes selon la loi qui les régit

<i>Lois</i>	<i>Nombre</i>	<i>Lits</i>	<i>% des lits</i>
Loi sur l'assistance publique			
Ministère de la Famille et du Bien-être social	132	11,208	
Ministère de la Santé (Service de l'assistance publique)	<u>26</u>	<u>2,492</u>	
	158	13,700	67.62
Loi sur les hôpitaux privés			
Permis délivrés			
direction religieuse	21	638	
direction laïque	<u>211</u>	<u>5,016</u>	
	232	5,654	
Permis non délivrés			
direction religieuse	7	307	
direction laïque	<u>32</u>	<u>598</u>	
	<u>39</u>	<u>905</u>	
	271	6,559	32.38
Total	429	20,259	100

26. Si la loi sur les hôpitaux ¹ a semblé mettre fin à la confusion créée par l'utilisation du mot « hôpital », en réservant cette appellation aux établissements « où l'on reçoit des personnes pour fins de diagnostic, de traitement médical ou chirurgical ou de convalescence... », il n'en reste pas moins que bon nombre d'établissements privés dits de bien-être social continuent, en se prévalant des dispositions de la loi sur les hôpitaux privés ², à porter le nom d'hôpital et persistent à se définir comme tel.

27. Le tableau XIII donne la répartition des établissements selon qu'ils sont régis par la loi sur l'assistance publique ³ ou la loi sur les hôpitaux privés. Les institutions d'assistance publique contiennent 67.62 pour cent de l'ensemble des lits pour personnes âgées et autres adultes et les établissements régis par la loi sur les hôpitaux privés 32.38 pour cent. On notera que 39 établissements, à savoir 7 sous direction religieuse et 32 sous direction laïque, n'ont pas encore obtenu leur permis d'exploitation. De plus, un nombre indéterminé d'établissements ne sont pas connus des autorités; on les appelle, dans le milieu, les « foyers clandestins ». À leur sujet, il convient de noter que, dans certains cas, les propriétaires ne connaissent tout simplement pas l'existence de la loi. Ou encore, s'ils la connaissent, c'est à cause de son imprécision qu'ils ne s'y croient pas assujettis. Il arrive aussi, et c'est le cas le plus fréquent, qu'un promoteur aménage un établissement, recrute une clientèle et commence l'exploitation; puis, se faisant fort de placer le gouvernement devant une situation de fait et de le faire céder, il entreprend en haut lieu des démarches, avec des appuis assez souvent discutables, en vue d'obtenir des subventions « pour ses pensionnaires ».

28. Les autorités des établissements sous direction religieuse assujettis à la loi sur les hôpitaux privés ⁴ considèrent qu'elles se consacrent à une œuvre et, partant, estiment qu'elles ne poursuivent pas un but de gain pécuniaire. Aussi, avons-nous classé ces établissements, au tableau XIV, dans la catégorie des établissements sans but lucratif, même si la situation ne nous paraît pas toujours très claire.

¹ *Loc. cit.*, note 1, p. 17.

² *Loc. cit.*, note 4, p. 11.

³ *Loc. cit.*, note 2, p. 11.

⁴ *Loc. cit.*, note 4, p. 11.

TABLEAU XIV

Répartition des établissements pour personnes âgées et autres adultes
selon la fin poursuivie

Établissements	Sans but lucratif			À but lucratif		
	Nombre	Lits	% des lits	Nombre	Lits	% des lits
Institutions d'assistance publique	158	13,700	67.62			
Établissements privés connus						
— permis délivrés .	21	638	3.15	211	5,016	24.76
— permis non délivrés	7	307	1.52	32	598	2.95
Total	186	14,645	72.29	243	5,614	27.71

29. Comme dans le cas des hôpitaux à but lucratif, on constate, au tableau XV, que les établissements à but lucratif pour personnes âgées et autres adultes sont inégalement répartis à travers le Québec. La région de Montréal dispose, à elle seule, de 70 pour cent de tous les lits de cette catégorie. Compte tenu de sa population, la région des Cantons-de-l'Est dispose aussi d'un pourcentage particulièrement élevé de ces lits¹. Par contre, les régions du Nord-Ouest et de la Côte-Nord ne comptent aucun établissement à but lucratif pour personnes âgées et autres adultes.

— *L'importance relative des établissements à but lucratif pour personnes âgées et autres adultes*

30. Le tableau XVI indique que le secteur à but lucratif fournit une proportion appréciable des lits dans les régions des Cantons-de-l'Est (37.11 pour cent), de Montréal (36.65 pour cent) et de l'Outaouais (52.70 pour cent). Même dans la région du Saguenay – Lac St-Jean, la proportion n'est pas négligeable (21.45 pour cent).

¹ Voir *infra*, tableau XVII, p. 33.

TABLEAU XV

**Répartition par régions administratives des établissements à but lucratif pour
personnes âgées et autres adultes**

<i>Régions administratives</i>	<i>Nombre</i>	<i>Lits</i>	<i>% des lits</i>
1. Bas St-Laurent et Gaspésie	6	111	1.98
2. Saguenay — Lac St-Jean . .	4	92	1.64
3. Québec	37	581	10.35
4. Trois-Rivières	10	207	3.69
5. Cantons-de-l'Est	26	491	8.74
6. Montréal	154	3,927	69.95
7. Outaouais	6	205	3.65
8. Nord-Ouest	—	—	—
9. Côte-Nord	—	—	—
10. Nouveau-Québec	—	—	—
Total	243	5,614	100

31. Il n'est pas sans intérêt d'estimer quel devrait être l'équipement du Québec dans le domaine de l'hébergement des personnes âgées et autres adultes pour répondre aux besoins de la population. Selon les experts, le pourcentage des personnes âgées qui ont besoin de services d'hébergement se situe entre 7 et 7.4 pour cent. Ce qui revient à dire que le nombre de lits nécessaires pour 100 personnes âgées s'établit entre 7 et 7.4 lits. En tenant compte du besoin d'hébergement d'un certain nombre d'adultes handicapés ou vieilliss prématurément, ainsi que de la présence quasi inévitable dans la plupart des établissements de quelques personnes qui devraient normalement recevoir des soins dans des unités de soins pour malades chroniques ou convalescents, il nous semble plus réaliste de retenir la norme de 7.4 lits. Selon cette norme, le Québec devrait disposer de 28,235 lits.

TABLEAU XVI

Répartition par régions administratives de tous les établissements pour personnes âgées et autres adultes

<i>Régions administratives</i>	<i>Tous les établissements</i>			<i>Sans but lucratif</i>			<i>À but lucratif</i>		
	<i>Nombre</i>	<i>Lits</i>	<i>% des lits</i>	<i>Nombre</i>	<i>Lits</i>	<i>% des lits</i>	<i>Nombre</i>	<i>Lits</i>	<i>% des lits</i>
1. Bas St-Laurent et Gaspésie	14	789	100	8	678	85.93	6	111	14.07
2. Saguenay — Lac St-Jean . .	12	429	100	8	337	78.55	4	92	21.45
3. Québec	97	4,628	100	60	4,047	87.45	37	581	12.55
4. Trois-Rivières	27	1,731	100	17	1,524	88.04	10	207	11.96
5. Cantons-de-l'Est	36	1,323	100	10	832	62.89	26	491	37.11
6. Montréal	226	10,714	100	72	6,787	63.35	154	3,927	36.65
7. Outaouais	11	389	100	5	184	47.30	6	205	52.70
8. Nord-Ouest	3	113	100	3	113	100	—	—	—
9. Côte-Nord	3	143	100	3	143	100	—	—	—
10. Nouveau-Québec	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	429	20,259	100	186	14,645	72.29	243	5,614	27.71

$$6,254,974^1 \times 6.1\%^2 = 381,553 \text{ personnes âgées}$$

$$\frac{381,553 \times 7.4}{100} = 28,235 \text{ lits}$$

En fait, le Québec ne dispose que de 20,259 lits, soit 5.3 lits pour 100 personnes âgées et autres adultes.

$$\frac{20,259 \times 100}{381,553} = 5.3 \text{ lits}$$

Le tableau XVII indique que, par rapport à la moyenne provinciale, les régions de Québec, de Trois-Rivières et des Cantons-de-l'Est disposent respectivement d'un excédent de 1,571 lits (51.4%), de 328 lits (23.4%) et de 598 lits (82.5%), alors que les régions du Saguenay – Lac St-Jean, de Montréal, de l'Outaouais, du Nord-Ouest et de la Côte-Nord manquent respectivement de 510 lits (54.3%), de 989 lits (8.4%) de 383 lits (49.6%), de 409 lits (78.4%) et de 178 lits (55.5%). Le même tableau indique, par régions, le nombre de lits nécessaires pour que chacune dispose de 7.4 lits pour 100 personnes âgées. Cette fois, toutes les régions, sauf celles de Québec et des Cantons-de-l'Est, accusent un déficit. La région de Québec conserve encore un excédent de 368 lits et la région des Cantons-de-l'Est, un surplus de 312 lits³.

32. À part quelques établissements qui comptent plus de 100, 200 ou même 300 lits, les foyers à but lucratif sont de faible taille. La taille moyenne et la taille médiane s'établissent respectivement à 23 et à 15 lits, comparativement à 78 et à 60 lits pour les établissements sans but lucratif.

B. LES ÉTABLISSEMENTS POUR ENFANTS

33. Trois lois régissent les établissements qui recueillent des enfants : la loi sur l'assistance publique⁴, la loi sur la protection de la jeunesse⁵ et la loi sur les hôpitaux privés⁶. Nous avons déjà noté

¹ Voir *infra*, tableau XXV, p. 61.

² Selon la statistique officielle, le groupe des personnes âgées représente 6.1% de l'ensemble de la population.

³ La répartition des lits par régions administratives, selon la moyenne provinciale et la norme de 7.4 lits pour 100 personnes âgées et autres adultes, ne tient pas compte des variations dans la répartition réelle des personnes âgées entre les régions. Aussi, ces chiffres n'ont-ils pour but que de donner un ordre de grandeur.

⁴ *Loc. cit.*, note 2, p. 11.

⁵ *Loc. cit.*, note 3, p. 11.

⁶ *Loc. cit.*, note 4, p. 11.

TABLEAU XVII

Répartition par régions administratives de tous les lits pour personnes âgées et autres adultes par comparaison avec la moyenne provinciale et avec une distribution basée sur 7.4 lits pour 100 personnes âgées

<i>Régions administratives</i>	<i>Répartition actuelle des lits</i>	<i>Redistribution des lits au prorata de la population</i>	<i>Surplus (+) ou déficit (-)</i>		<i>Répartition des lits à raison de 7.4 lits pour 100 personnes âgées</i>	<i>Surplus (+) ou déficit (-)</i>	
			<i>lits</i>	<i>%</i>		<i>lits</i>	<i>%</i>
1. Bas St-Laurent et Gaspésie	789	782	+ 7	+ 0.9	1,090	- 301	- 27.6
2. Saguenay — Lac St-Jean . .	429	939	- 510	- 54.3	1,308	- 879	- 67.2
3. Québec	4,628	3,057	+ 1,571	+ 51.4	4,260	+ 368	+ 8.6
4. Trois-Rivières	1,731	1,403	+ 328	+ 23.4	1,955	- 224	- 11.5
5. Cantons-de-l'Est	1,323	725	+ 598	+ 82.5	1,011	+ 312	+ 30.9
6. Montréal	10,714	11,703	- 989	- 8.4	16,311	- 5,597	- 34.3
7. Outaouais	389	772	- 383	- 49.6	1,076	- 687	- 63.8
8. Nord-Ouest	113	522	- 409	- 78.4	727	- 614	- 84.5
9. Côte-Nord	143	321	- 178	- 55.5	448	- 305	- 68.1
10. Nouveau-Québec	—	35	- 35	- 100	49	- 49	- 100
Total	20,259	20,259			28,235		

les définitions que donnent respectivement la loi sur l'assistance publique et la loi sur les hôpitaux privés de l'institution d'assistance publique et de l'hôpital privé. L'on ne saurait dire qu'elles conviennent mieux aux établissements de bien-être de l'enfance qu'aux établissements pour personnes âgées et autres adultes. La section des règlements sur l'assistance publique qui a trait aux placements d'enfants fait mention une seule fois des « garderies privées pour enfants », pour stipuler que « tout placement, aux frais de l'assistance publique, dans ce groupe d'institutions devra être fait par et sous la surveillance d'un service social reconnu comme institution d'assistance publique ». Quant aux établissements régis par la loi sur la protection de la jeunesse, ils portent le nom d'écoles de protection de la jeunesse; ce sont des établissements sans but de gain pécuniaire.

34. Les 14,000 lits pour enfants désavantagés dont dispose le Québec sont répartis dans une proportion de 65, 14.5 et 20.5 pour cent entre les établissements, selon qu'ils sont régis par la loi sur l'assistance publique, la loi sur la protection de la jeunesse et la loi sur les hôpitaux privés (tableau XVIII).

TABLEAU XVIII

Répartition des établissements pour enfants selon la loi qui les régit

<i>Lois</i>	<i>Nombre</i>	<i>Lits</i>	<i>% des lits</i>
Loi sur l'assistance publique	80	9,150	64.97
Loi sur la protection de la jeunesse	18	2,042	14.50
Loi sur les hôpitaux privés	36	2,892	20.53
Total	134	14,084	100

— *L'importance relative des établissements à but lucratif pour enfants*

35. Au total, les établissements sans but lucratif fournissent 79.47 pour cent des lits et les établissements à but lucratif 20.53 pour cent (tableau XIX).

TABLEAU XIX

Répartition des établissements pour enfants selon la fin poursuivie

<i>Établissements</i>	<i>Sans but lucratif</i>			<i>À but lucratif</i>		
	<i>Nombre</i>	<i>Lits</i>	<i>% des lits</i>	<i>Nombre</i>	<i>Lits</i>	<i>% des lits</i>
Institutions d'assistance publique	80	9,150	64.97			
Écoles de protection de la jeunesse	18	2,042	14.50			
Établissements privés				36	2,892	20.53
Total	98	11,192	79.47	36	2,892	20.53

36. Deux régions, les Cantons-de-l'Est et la Côte-Nord, ne comptent aucun établissement à but lucratif. D'autre part, la région de Montréal, comme c'est le cas pour les autres catégories d'établissements, dispose d'un pourcentage élevé de tous les lits, soit 68.33 pour cent (tableau XX).

TABLEAU XX

Répartition par régions administratives des établissements à but lucratif pour enfants

<i>Régions administratives</i>	<i>Nombre</i>	<i>Lits</i>	<i>% des lits</i>
1. Bas St-Laurent et Gaspésie .	1	31	1.07
2. Saguenay — Lac St-Jean . . .	4	130	4.49
3. Québec	5	375	12.97
4. Trois-Rivières	2	237	8.19
5. Cantons-de-l'Est	—	—	—
6. Montréal	21	1,976	68.33
7. Outaouais	1	96	3.32
8. Nord-Ouest	2	47	1.63
9. Côte-Nord	—	—	—
10. Nouveau-Québec	—	—	—
Total	36	2,892	100

TABLEAU XXI

Répartition par régions administratives de tous les établissements pour enfants

<i>Régions administratives</i>	<i>Tous les établissements</i>			<i>Sans but lucratif</i>			<i>À but lucratif</i>		
	<i>Nombre</i>	<i>Lits</i>	<i>% des lits</i>	<i>Nombre</i>	<i>Lits</i>	<i>% des lits</i>	<i>Nombre</i>	<i>Lits</i>	<i>% des lits</i>
1. Bas St-Laurent et Gaspésie .	3	522	100	2	291	90.37	1	31	9.63
2. Saguenay — Lac St-Jean . . .	6	404	100	2	274	67.82	4	130	32.18
3. Québec	31	3,768	100	26	3,393	90.05	5	375	9.95
4. Trois-Rivières	8	734	100	6	497	67.71	2	237	32.29
5. Cantons-de-l'Est	8	533	100	8	533	100	—	—	—
6. Montréal	73	8,080	100	52	6,104	75.54	21	1,976	24.46
7. Outaouais	3	196	100	2	100	51.02	1	96	48.98
8. Nord-Ouest	2	47	100	—	—	—	2	47	100
9. Côte-Nord	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10. Nouveau-Québec	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	134	14,084	100	98	11,192	79.47	36	2,892	20.53

37. Le tableau XXI montre que le secteur à but lucratif fournit tous les lits pour enfants dans la région du Nord-Ouest, près de 50 pour cent des lits dans la région de l'Outaouais et une proportion importante des lits dans la région de Montréal (24.46 pour cent), la région du Saguenay – Lac St-Jean (32.18 pour cent) et la région de Trois-Rivières (32.29 pour cent).

38. L'établissement à but lucratif le plus considérable contient 450 lits et le plus petit, seulement 15. La taille moyenne et la taille médiane de cette catégorie d'établissements sont respectivement de 80 et de 55 lits, comparativement à 114 et à 87 lits pour les établissements sans but lucratif.

39. Le ministère de la Famille et du Bien-être social fait une division des établissements selon les caractéristiques et les besoins des enfants qui y sont recueillis. Le tableau XXII indique 18 catégories d'enfants et, partant, 18 catégories d'établissements. Les déficients mentaux gardables, les déficients mentaux éducatibles, les déficients mentaux gardables et entraînables et les déficients mentaux entraînables et éducatibles, au nombre de 2,269, sont tous hébergés dans des établissements à but lucratif. Par contre, les déficients mentaux avec troubles de comportement, les déficients mentaux éducatibles avec troubles physiques, les enfants retardés, les handicapés physiques (aveugles et sourds), les enfants-problèmes hors foyer, se retrouvent tous dans des établissements sans but lucratif. Il en est de même des filles enceintes et des enfants délinquants et sous protection, ces derniers étant placés en vertu de la loi sur les jeunes délinquants¹ et de la loi sur la protection de la jeunesse² dans des écoles de protection de la jeunesse. Il n'est pas facile de déceler les critères qui ont présidé au partage des enfants entre les établissements sans but lucratif et les établissements à but lucratif, si ce n'est que, mis à part certains établissements psychiatriques, les grandes institutions d'assistance publique se sont peu intéressées aux enfants les plus défavorisés, à savoir les déficients mentaux gardables et les déficients mentaux gardables et entraînables. En recueillant ces laissés pour compte, les garderies à caractère commercial ont certes répondu à un besoin réel.

¹ S. R. C. 1952, chap. 160.

² Loc. cit., note 3, p. 1.

TABLEAU XXII

Répartition par catégories d'enfants de tous les établissements pour enfants

<i>Catégories d'enfants</i>	<i>Tous les établissements</i>			<i>Sans but lucratif</i>			<i>À but lucratif</i>		
	<i>Nombre</i>	<i>Lits</i>	<i>% des lits</i>	<i>Nombre</i>	<i>Lits</i>	<i>% des lits</i>	<i>Nombre</i>	<i>Lits</i>	<i>% des lits</i>
Déficients mentaux gardables . .	16	1,370	100	—	—	—	16	1,370	100
Déficients mentaux entraîna- bles	7	613	100	3	237	38.66	4	376	61.34
Déficients mentaux éduca- bles . .	3	92	100	—	—	—	3	92	100
Déficients mentaux gardables et entraîna- bles	4	357	100	—	—	—	4	357	100
Déficients mentaux entraîna- bles et éduca- bles	1	450	100	—	—	—	1	450	100
Déficients mentaux avec troubles de compor- tement	7	879	100	7	879	100	—	—	—
Déficients mentaux éduca- bles avec troubles physiques	1	32	100	1	32	100	—	—	—
Enfants retardés	1	40	100	1	40	100	—	—	—
Épileptiques	2	130	100	1	80	61.54	1	50	38.46
Aveugles	3	256	100	3	256	100	—	—	—
Sourds	4	1,132	100	4	1,132	100	—	—	—
Filles enceintes	10	323	100	10	323	100	—	—	—
Enfants illégitimes	12	1,648	100	8	1,554	94.30	4	94	5.70
Enfants désavantagés hors foyer	20	2,725	100	19	2,695	98.90	1	30	1.30
Enfants problèmes hors foyer . .	19	1,745	100	19	1,745	100	—	—	—
Caractériels non délinquants . . .	5	232	100	4	177	76.29	1	55	23.71
Délinquants et cas de protection	18	2,042	100	18	2,042	100	—	—	—
Adolescentes en foyer-pension . .	1	18	100	—	—	—	1	18	100
Total	134	14,084	100	98	11,192	79.47	36	2,892	20.53

40. Il n'est guère plus facile d'expliquer le fondement de la répartition des établissements à but lucratif par catégories d'enfants et par régions administratives (tableau XXIII). En effet, on peut se demander pourquoi on retrouve 16 établissements pour déficients mentaux gardables dans les régions 2, 3, 6 et 7 et pas un seul dans les autres régions; trois établissements pour déficients mentaux éducatibles dans les régions 6 et 8 et pas un seul dans les autres régions; un établissement de 450 lits pour déficients mentaux éducatibles et entraînales dans la région 6 et aucun lit pour cette catégorie d'enfants dans les autres régions. Et ainsi de suite.

41. Une entreprise à laquelle le ministère de la Famille et du Bien-être social semble avoir abandonné le soin d'aménager les ressources pour déficients mentaux gardables, entraînales et éducatibles a attiré notre attention. Les 1,156 lits des 8 établissements qu'elle compte représentent 38.7 pour cent de tous les lits pour déficients mentaux gardables, entraînales et éducatibles et 44.4 pour cent des lits des établissements à but lucratif pour ces mêmes catégories.

En voici la liste :

1 ^{er} établissement		
121 lits	garçons 12-18 ans	déficients mentaux entraînales
2 ^e établissement		
110 lits	garçons 12-18 ans	déficients mentaux gardables
3 ^e établissement		
450 lits	garçons et filles 5-18 ans	déficients mentaux entraînales et éducatibles
4 ^e établissement		
150 lits	garçons 12-18 ans	déficients mentaux entraînales
5 ^e établissement		
67 lits	filles 3-7 ans	déficientes mentales gardables
6 ^e établissement		
55 lits	filles 12-18 ans	déficientes mentales entraînales
7 ^e établissement		
153 lits	garçons et filles 0-18 ans	déficients mentaux gardables
8 ^e établissement		
50 lits	filles 12-18 ans	déficientes mentales entraînales

TABLEAU XXIII

Répartition des établissements à but lucratif pour enfants par catégories d'enfants et par régions administratives

Catégories d'enfants	Régions administratives									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Déficients mentaux gardables		1	3			11	1			
É* lits		32	307			935	96			
% des lits		2.33	22.41			68.25	7.01			
Déficients mentaux entraîna- bles						4				
É lits						376				
% des lits						100				
Déficients mentaux éduca- bles						2		1		
É lits						60		32		
% des lits						65.22		34.78		
Déficients mentaux gardables et entraîna- bles		1		2		1				
É lits		40		237		80				
% des lits		11.20		66.39		22.41				
Déficients mentaux éduca- bles et entraîna- bles						1				
É lits						450				
% des lits						100				
Épileptiques			1							
É lits			50							
% des lits			100							
Illégitimes	1	1				1		1		
É lits	31	28				20		15		
% des lits	32.98	29.79				21.27		15.96		
Enfants désavantagés hors foyer		1								
É lits		30								
% des lits		100								
Caractériels non délinquants						1				
É lits						55				
% des lits						100				
Adolescentes en foyer-pension			1							
É lits			18							
% des lits			100							

* É — Établissements.

Deuxième partie

Examen critique du secteur à but lucratif

Deuxième partie

Examen critique du secteur à but lucratif

42. Le relevé qui précède révèle que le secteur à but lucratif fournit une proportion importante des lits pour malades chroniques, pour personnes âgées et autres adultes et pour certaines catégories d'enfants; que ces lits, très inégalement répartis à travers le Québec, se retrouvent en majorité dans la région de Montréal; et que la loi sur les hôpitaux privés¹ ne répond guère aux besoins des établissements de bien-être actuels. Certains établissements de bien-être se définissent comme des hôpitaux, cependant que d'autres sont exploités sans permis ou, tout bonnement, dans la clandestinité. Du côté des clientèles, le secteur à but lucratif se partage, tant chez les enfants que chez les personnes âgées et autres adultes, les catégories les plus vulnérables, et les grandes institutions de charité, en général, fixent leur choix sur des catégories moins détériorées.

43. Tout en reconnaissant les services qu'il a rendus et qu'il rend encore, force nous est de constater que le secteur à but lucratif procède d'une motivation et poursuit des objectifs qui ne sont pas compatibles avec les principes fondamentaux sur lesquels doit s'édifier le régime que nous avons proposé pour la santé² et les services sociaux³. En effet, ce régime se fonde sur une conception globale de la distribution des soins et de la fourniture des services et sur l'intégration des fonctions de prévention, d'éducation, de traitement et de réadaptation. Il est donc orienté vers la satisfaction des besoins de l'individu considéré dans sa totalité. En outre, de façon à réaliser une utilisation rationnelle des ressources matérielles, financières et humaines, il fait l'objet d'une planification soignée à laquelle participent étroitement producteurs et consommateurs, et non pas seulement les classes dirigeantes traditionnelles ou les entrepreneurs.

44. Nous ne prétendons pas que les personnes qui se sont engagées dans le secteur de l'hospitalisation ou de l'hébergement à but lucratif ont toutes, sans exception, recherché uniquement les avantages pécuniaires qu'elles allaient en retirer. Ce que nous croyons, c'est que les services d'hospitalisation et d'hébergement — qui sont le produit

¹ *Loc. cit.*, note 4, p. 11.

² Voir le volume IV de notre rapport : *La santé*.

³ Voir le volume VI de notre rapport : *Les services sociaux*.

d'une activité ayant essentiellement pour but de satisfaire des besoins humains — doivent être rémunérés à leur juste valeur, mais sans ouvrir la porte à l'exploitation de l'homme par l'homme. Ce ne sont pas les personnes mais le système que nous désapprouvons à cause des abus qu'il engendre et de l'obstacle qu'il pose à l'intégration des modes de distribution des soins et des services sociaux, à la planification des systèmes et à la participation des citoyens. En outre, nous avons constaté l'impossibilité dans laquelle se trouve l'État d'assujettir le secteur à but lucratif à des normes rigoureuses et son impuissance, quand celles-ci existent, à en contrôler l'application.

LA RECHERCHE DU PROFIT : SOURCE D'ABUS

45. Le grand ressort de l'entreprise à but lucratif, c'est le profit. Dans le mémoire qu'elle nous a présenté, l'Association des hôpitaux privés ne l'a pas nié. Elle a défini ses établissements comme « des institutions à taux forfaitaires », c'est-à-dire des entreprises qui vendent des services à un prix (de journée) fixé par avance d'une manière invariable pour une période donnée. Or, la nécessité de rendre l'entreprise rentable et le désir de maximiser les profits peuvent donner lieu à toutes sortes d'abus, surtout si la clientèle est formée de personnes malades, affaiblies, sans défense ou de moyens très modestes.

46. Des autorités du monde médical ont souligné devant nous que c'est au niveau des examens diagnostiques, des épreuves de laboratoire, des installations et du personnel que l'on est tenté de pratiquer des économies dans le secteur à but lucratif; de sorte que c'est au niveau de la qualité du traitement que l'établissement hospitalier à but lucratif se différencie le plus de l'hôpital public. Quand, par surcroît, des membres du personnel médical ont des intérêts financiers dans l'entreprise, le risque est grand qu'ils se retrouvent dans un conflit d'intérêts¹. Au cours de ses enquêtes, le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec a fréquemment constaté de telles situations, là où le contrôle médical est inexistant ou fictif. Dans les établissements pour enfants ou pour personnes âgées, on sait que les dépenses reliées à l'hébergement ne sont pas facilement compressibles; par contre, les économies réalisées à d'autres postes, tels que les loisirs, la surveillance, la pharmacie, l'éducation, de même que certaines pratiques abusives de sédation, destinées à alléger le fardeau de la surveillance, peuvent réduire les pensionnaires à une vie strictement végétative, sinon à l'abrutissement le plus complet.

¹ Voir Ruth et Edward Brecher : « Nursing Homes », série de quatre articles publiés pour la première fois dans *Consumer Reports*, Consumers Union, Mount Vernon, New-York 10550; janvier, février, mars et avril 1964.

LE SECTEUR À BUT LUCRATIF ET L'INTÉGRATION DES MODES DE DISTRIBUTION DES SOINS ET DES SERVICES SOCIAUX

47. Il serait illusoire de vouloir réaliser l'intégration des fonctions de prévention, d'éducation, de traitement et de réadaptation qui constituent la base du régime que nous avons proposé, et de maintenir un système parallèle. Travailler à prévenir l'hospitalisation ou l'hébergement ou à en limiter la durée, ou encore à favoriser des mesures de substitution plus adaptées aux besoins profonds de la clientèle, consisterait, pour l'entreprise commerciale, à lutter contre ses propres intérêts.

LE SECTEUR À BUT LUCRATIF ET LA PLANIFICATION DU RÉGIME DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

48. Il serait non moins illusoire de parler d'une planification du régime de la santé et des services sociaux, d'un développement cohérent des ressources de soins et de services sociaux, et de maintenir en même temps un secteur parallèle dont l'objectif fait obstacle à un développement équilibré des ressources et qui constitue une entrave constante à la réalisation d'un plan rationnel. L'entrepreneur commercial n'a et ne saurait avoir qu'une priorité : lancer son entreprise, le plus souvent au hasard de la désaffectation d'un vieux bâtiment, peu importe où il se trouve, et en assurer la rentabilité. Sans doute perçoit-il intuitivement certains besoins sociaux, mais il se soucie peu de déterminer leur caractère d'urgence par rapport à d'autres besoins ou de s'assurer que son projet répond bien aux aspirations des futurs usagers.

LE SECTEUR À BUT LUCRATIF ET LA PARTICIPATION

49. « L'institution à taux forfaitaire est une entreprise d'initiative privée, de propriété personnelle ou corporative... »¹. Elle exclut, par définition, toute participation de la collectivité à la définition de ses objectifs et à la détermination de ses priorités d'action. Même si, pour se donner des airs d'entreprise communautaire, elle invite à l'occasion sa clientèle et des personnes de l'extérieur à exprimer leurs vues sur son activité, le procédé ne trompe guère; elle demeure seule maîtresse de ses décisions et l'on peut raisonnablement penser qu'elle consentira difficilement à sacrifier ses intérêts financiers au bénéfice de sa clientèle.

¹ Mémoire présenté à notre Commission par l'Association des hôpitaux privés du Québec, septembre 1967.

LE SECTEUR À BUT LUCRATIF ET LES NORMES

50. Présentement, les ministères de la Santé et de la Famille et du Bien-être social imposent au secteur à but lucratif des normes minimales qu'ils parviennent difficilement à faire observer. Si, après l'incendie du « Repos du Vieillard »¹, l'on avait voulu assujettir les établissements à but lucratif aux normes imposées au secteur sans but lucratif seulement en ce qui concerne les bâtiments, les dispositifs et les appareils de sécurité, c'est un fort pourcentage des établissements qu'il aurait fallu fermer. Si, le lendemain du désastre, l'on avait décidé d'imposer les mêmes normes de soins et de services simplement en exigeant du personnel de direction la même formation que dans les établissements sans but lucratif, c'est encore un plus fort pourcentage d'établissements qui auraient été contraints de changer de direction. Enfin, si l'on avait simplement décrété une surveillance étroite de l'application de l'ensemble des normes de soins et de services, c'est un nombre incalculable de fonctionnaires qu'il aurait fallu affecter en permanence à cette tâche au sein des établissements. Et c'est dans un marchandage sans fin sur le quantum des subventions qu'il aurait fallu s'engager. Enfin, il est une norme que l'établissement à but lucratif refuse de se voir imposer mais que la société a le droit de réclamer, puisqu'en définitive c'est elle qui fait les frais des subventions, c'est la norme relative au profit, qu'elle soit basée sur l'investissement initial, sur le volume des opérations, ou sur les deux à la fois.

CONCLUSION : LA SUPPRESSION DES SUBVENTIONS DE L'ÉTAT AU SECTEUR À BUT LUCRATIF

51. Conformément à notre position de principe et tenant compte des témoignages et des opinions que nous avons recueillis au cours de notre enquête², nous en sommes venus à la conclusion que l'entreprise commerciale n'a pas sa place pour faire fonctionner des éta-

¹ Incendie d'un foyer survenu le 2 décembre 1969 à Notre-Dame-du-Lac, comté de Témiscouata.

² Mémoire du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec à notre Commission, avril 1967, p. 4. « Hôpitaux privés, A.4 — Les hôpitaux qui sont encore propriété privée et à but lucratif représentent un anachronisme dans les structures de la société québécoise de 1967. Ils sont soumis à certains régimes d'exception qui compliquent l'application de la loi. Il serait souhaitable, afin d'assurer l'uniformité de l'administration, que tous les établissements hospitaliers relèvent un jour de corporations sans but lucratif. Le Collège se rend compte de l'envergure d'une telle proposition : il ne voit pas comment elle pourrait être réalisée autrement que par étapes successives. Le Collège n'en souhaite pas moins que le ministère de la Santé ne perde pas de vue cet objectif et qu'il cherche à en assurer la réalisation dès qu'il en aura les moyens et après consultation avec le Collège. »

blissements hospitaliers ou des établissements de bien-être grâce à des subventions directes ou indirectes de l'État¹.

52. Si, par contre, il se trouve des personnes qui veulent acheter d'entrepreneurs privés des services de toutes sortes et en payer le coût, nous ne voyons pas pourquoi l'État s'y opposerait. Toutefois, ces entrepreneurs devraient, avant de réaliser leurs projets, obtenir un permis du ministre concerné. En pratique, nous croyons que de tels projets seraient réalisables uniquement dans le domaine de l'hébergement des personnes âgées.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

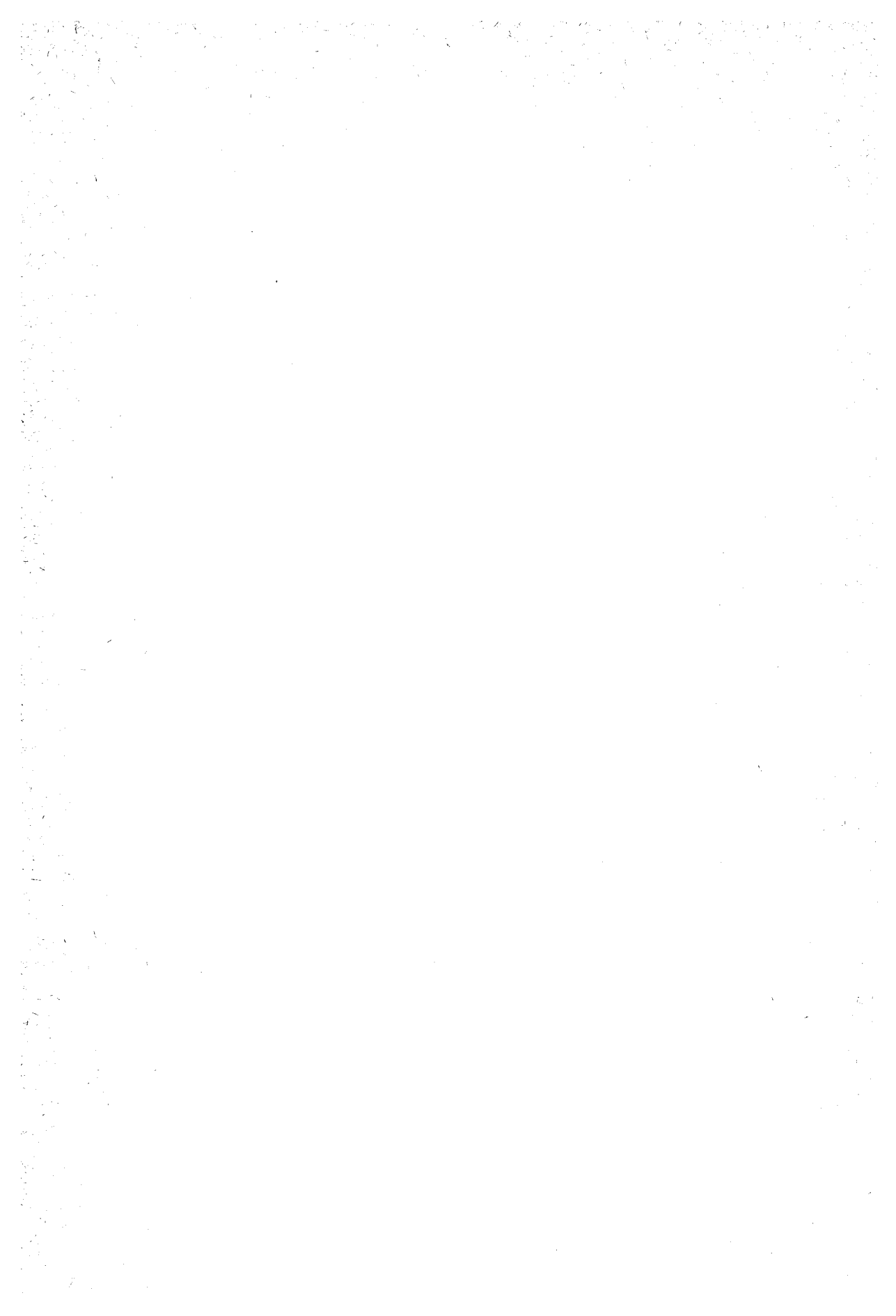
7.II.1. *Que prenne fin, dans les meilleurs délais, le régime des subventions directes ou indirectes de l'État aux établissements hospitaliers et aux établissements de bien-être à but lucratif.*

7.II.2. *QUE les promoteurs d'établissements hospitaliers et d'établissements de bien-être à but lucratif soient contraints par la loi, avant de réaliser leurs projets, d'obtenir un permis du ministre concerné.*

¹ Le mot « subvention » s'applique à toute somme d'argent donnée par le gouvernement et provenant de fonds publics. La subvention est dite « directe », si elle est versée directement à un établissement. C'est le cas, par exemple, des fonds publics que le ministère de la Santé verse à des établissements hospitaliers. La subvention est dite « indirecte », si elle est d'abord versée à un organisme habilité à la recevoir, puis transmise par celui-ci à l'établissement qui donne les services. Ainsi, le ministère de la Famille et du Bien-être social verse à un service social reconnu comme institution d'assistance publique les prestations d'assistance destinées à payer la pension des personnes nécessiteuses hébergées dans un établissement privé à but lucratif et le service social transmet la subvention du ministère à l'établissement.

Troisième partie

La mise en oeuvre de notre proposition



Troisième partie

La mise en oeuvre de notre proposition

53. Depuis 1962, la loi sur les hôpitaux¹ régit tous les hôpitaux généraux et spécialisés. Des règlements ont été adoptés en vertu de cette loi l'an dernier². Il est à souhaiter que la loi sur les hôpitaux régit également les établissements psychiatriques et les sanatoriums, au même titre que les hôpitaux généraux et spécialisés, et qu'au besoin on incorpore aux règlements en vigueur des dispositions qui visent spécifiquement ces deux catégories d'établissements³.

LA PROMULGATION D'UNE LOI ET D'UN RÈGLEMENT SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE BIEN-ÊTRE

54. Du côté des établissements dits de bien-être social, nous avons vu précédemment que la législation actuelle — loi sur l'assistance publique⁴, loi sur la protection de la jeunesse⁵ et loi sur les hôpitaux privés⁶ — est nettement déficiente. Il serait urgent de remplacer la loi sur l'assistance publique et la loi sur les hôpitaux privés par une loi unique et d'y intégrer des dispositions concernant les écoles de protection de la jeunesse, pour définir l'établissement de bien-être — l'établissement public ou privé, subventionné ou non subventionné, à but lucratif ou sans but lucratif, — déterminer la juridiction et les pouvoirs du ministre responsable, fixer les conditions à remplir pour aménager un établissement de bien-être et obtenir un permis d'exploitation, prévoir des pénalités pour infractions et accorder à l'autorité un droit de réglementation des diverses classes d'établissements et un droit de surveillance des campagnes de souscription au profit de ces établissements.

55. Il serait non moins urgent de promulguer un règlement général sur l'organisation et la gestion des diverses catégories d'établissements. La promulgation d'une loi et d'un règlement précis et adapté

¹ *Loc. cit.*, note 1, p. 17.

² Règlements adoptés en vertu de la loi des hôpitaux, ministère de la Santé.

³ Voir le chapitre XV, tome IV, du vol. IV de notre rapport : *La santé*. Suivant notre recommandation au chapitre XV, une loi sur les centres de santé remplacerait la loi sur les hôpitaux (paragraphe 1864 à 1869).

⁴ *Loc. cit.*, note 2, p. 11.

⁵ *Loc. cit.*, note 3, p. 11.

⁶ *Loc. cit.*, note 4, p. 11.

aux conditions actuelles contribuerait grandement à mettre fin à l'anarchie qui caractérise présentement le développement des établissements de bien-être et aiderait les responsables¹ à réaliser, tant pour les enfants inadaptés ou désavantagés que pour les personnes âgées et autres adultes, une véritable planification des services dont les uns et les autres ont besoin.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

7.II.3. QUE soit promulguée une loi sur les établissements de bien-être.

7.II.4. QUE soit édicté un règlement général sur l'organisation et la gestion des diverses catégories d'établissements de bien-être.

LES IMPLICATIONS DE LA SUPPRESSION DES SUBVENTIONS DE L'ÉTAT AU SECTEUR À BUT LUCRATIF

56. En recommandant d'exclure l'entreprise à but lucratif du domaine de l'hospitalisation et de l'hébergement aux frais de l'État, la Commission n'est pas moins consciente que le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec² des implications de sa proposition et du fait qu'on ne pourrait réaliser celle-ci autrement que par étapes successives.

57. Toutefois, si nous examinons de plus près la répartition des lits par régions administratives et selon les diverses catégories d'établissements, nous avons tôt fait de constater que l'action à entreprendre pour éliminer le secteur à but lucratif ne présente pas de difficulté insurmontable.

58. Quinze des 24 hôpitaux généraux à but lucratif³ sont situés dans la région de Montréal. Les lits dressés dans ces hôpitaux, qui comptent pour 78.76 pour cent de tous les lits d'hôpitaux généraux à but lucratif, ne représentent que 4.17 pour cent de l'ensemble des

¹ Voir le volume VI de notre rapport : *Les services sociaux*.

² Voir *supra*, p. 46.

³ Voir *supra*, tableau VI, p. 20.

lits de tous les hôpitaux généraux de cette région¹. En outre, sur 634 lits, 535 sont affectés à la médecine et à la chirurgie et 65 à l'obstétrique². Nous sommes d'avis que le transfert des responsabilités du secteur à but lucratif au secteur public n'exercerait sur celui-ci qu'une pression à peine perceptible, d'autant que, comme nous le verrons plus loin, il n'est pas impossible que certains établissements à but lucratif, satisfaisant aux normes établies, ne ferment pas leurs portes mais se transforment plutôt en établissements publics.

59. Sur les 42 établissements pour le traitement des maladies chroniques³ que compte le secteur à but lucratif, 10 sont situés dans la région de Québec et 29 dans la région de Montréal. Les lits de ces établissements, qui comptent dans la région de Québec pour 23.19 pour cent et dans la région de Montréal pour 69.94 pour cent de tous les lits d'hôpitaux à but lucratif de cette catégorie, représentent respectivement 42.48 pour cent et 29.85 pour cent de l'ensemble des lits de tous les hôpitaux pour malades chroniques de leur région⁴. Évidemment, le transfert des responsabilités du secteur à but lucratif au secteur public demandera ici plus de temps que dans le cas précédent. Mais l'opération devrait donner lieu, au niveau du ministère de la Santé, à une planification d'ensemble des soins aux malades chroniques et constituer pour tous les offices régionaux de la santé (ORS), et plus particulièrement pour ceux de Montréal et de Québec, une action prioritaire à laquelle devraient collaborer étroitement les centres communautaires de santé (CCS) et les centres hospitaliers universitaires (CHU)⁵. Si les administrateurs du régime de la santé sont vraiment désireux de réaliser l'intégration des soins de longue durée au régime général de soins, jamais occasion plus propice ne saurait s'offrir à eux. Comme dans le cas précédent, il est probable que certains établissements à but lucratif, satisfaisant aux normes, se transformeront en établissements publics ou, en d'autres termes, s'intégreront à la structure hospitalière que nous avons proposée.

60. Nous avons souligné précédemment les difficultés qu'éprouve le ministère de la Famille et du Bien-être social à dresser et à tenir à jour la liste des établissements de bien-être par suite de l'absence d'une définition adéquate de ce type d'établissements. Or, il va de soi que, pour s'acquitter de ses responsabilités à l'endroit de tels

¹ Voir *supra*, tableau VII, p. 21.

² Voir *supra*, tableau VIII, p. 22.

³ Voir *supra*, tableau VI, p. 20.

⁴ Voir *supra*, tableau X, p. 24.

⁵ Voir le tome II du vol. IV de notre rapport : *La santé*.

établissements, le ministère doit d'abord pouvoir les identifier. L'expérience démontre qu'il ne suffit pas d'établir qu'un établissement échappe à la juridiction des ministères de la Santé, de l'Éducation ou de l'Industrie et du Commerce pour conclure automatiquement qu'il relève du ministère de la Famille et du Bien-être social. La loi doit donner une définition claire, précise et complète de l'établissement de bien-être, de façon à dissiper les équivoques et à éviter les compromissions au moment de classer les foyers pour personnes âgées et autres adultes et les garderies pour enfants et pour filles-mères. L'établissement de bien-être se définit d'abord par les services qu'il offre à ses pensionnaires et les caractéristiques de ces derniers, mais il n'est pas indifférent de spécifier le nombre minimum de personnes qu'il doit recueillir pour être défini comme tel.

61. En supposant que les 243 établissements à but lucratif pour l'hébergement des personnes âgées répondent à la définition qu'on aura donnée de l'établissement de bien-être, c'est un stock de plus de 5,600 lits qu'il faudra en grande partie remplacer d'ici quelques années, tout en faisant face à l'accroissement de la demande ordinaire. À première vue, la tâche peut sembler irréalisable, même s'il y a lieu de croire qu'un certain nombre d'établissements, conformes aux normes, s'intégreront à la structure des services sociaux que nous avons proposée.

62. Toutefois, le tableau XXIV révèle qu'au cours des cinq dernières années la Direction générale des services aux personnes âgées et autres adultes est parvenue, dans des conditions extrêmement difficiles, à intéresser 268 groupes répartis à travers la province à son programme de développement de centres de logement et d'hébergement pour les personnes âgées. Soixante-seize corporations sans but lucratif ont réalisé autant de projets pour un total de 4,864 lits et 130 nouveaux projets pour un total de 9,379 lits seront vraisemblablement réalisés d'ici la fin de 1970. Il convient de noter que, sur un total de 14,243 lits, on en aura dressé 4,886 dans des régions éloignées des grands centres de Québec et de Montréal; ce qui constitue une déconcentration marquée des ressources d'hébergement. On n'a pas ignoré les régions de Québec et de Montréal pour autant; en effet, à la fin de 1970, la région de Québec aura ajouté à son inventaire 65 établissements comptant 3,371 lits et la région de Montréal 50 établissements pour un total de 5,986 lits. Non seulement des projets ont-ils été réalisés ou sont-ils en voie de réalisation, mais la Direction générale des services aux personnes âgées est à mettre au point 35 projets additionnels (2,600 lits) pour 1971 et a commencé l'étude de 27 autres projets (1,750 lits) pour l'année

TABLEAU XXIV

**Centres de logement et d'hébergement pour les personnes âgées, réalisés depuis 1965,
en voie de réalisation et à l'état de projet**

<i>Régions administratives</i>	<i>Réalisés 3/65 - 12/69</i>		<i>En voie de réalisation</i>		<i>Projets pour 1971</i>		<i>Autres projets à l'étude</i>		<i>Total</i>	
	<i>É*</i>	<i>Lits</i>	<i>É</i>	<i>Lits</i>	<i>É</i>	<i>Lits</i>	<i>É</i>	<i>Lits</i>	<i>É</i>	<i>Lits</i>
1. Bas St-Laurent et Gaspésie	2	199	9	346	1	40	4	180	16	765
2. Saguenay — Lac St-Jean	9	445	7	351	4	140	1	20	21	956
3. Québec	34	1,837	31	1,534	7	250	6	200	78	3,821
4. Trois-Rivières	9	636	14	735	2	85	4	150	29	1,606
5. Cantons-de-l'Est . . .	5	231	18	827	3	200	—	—	26	1,258
6. Montréal	11	1,238	39	4,748	17	1,775	12	1,200	79	8,961
7. Outaouais	3	115	4	420	1	110	—	—	8	645
8. Nord-Ouest	2	83	7	368	—	—	—	—	9	451
9. Côte-Nord	1	80	1	50	—	—	—	—	2	130
10. Nouveau-Québec . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	76	4,864	130	9,379	35	2,600	27	1,750	268	18,593

* É — Établissements.

suivante. Les chiffres qui précèdent démontrent amplement qu'entreprise d'une manière systématique et dans le cadre de la planification sur laquelle la Direction générale des services aux personnes âgées et autres adultes fonde la mise à exécution de son programme de développement des nouveaux centres de logement et d'hébergement, l'élimination du secteur à but lucratif peut se réaliser dans des délais particulièrement brefs.

63. À première vue, on peut se demander comment, au 31 décembre 1969, se concilient, d'une part, la répartition des lits basée sur la norme de 7.4 lits pour 100 personnes âgées et autres adultes¹ et, d'autre part, les projets en voie de réalisation et à l'étude (tableau XXIV) ajoutés à l'équipement en place. Selon la norme de 7.4 lits pour 100 personnes âgées et autres adultes, l'équipement doit comprendre 28,235 lits. Au 31 décembre 1969, il comprenait 14,645 lits répartis entre 186 établissements sans but lucratif. Les 192 projets en voie de réalisation et à l'étude devraient fournir 13,729 lits (soit 18,593 lits moins 4,864 lits déjà réalisés). Les 13,729 lits à réaliser, ajoutés aux 14,645 lits déjà en place, allaient constituer un équipement de 28,374 lits répartis entre 378 établissements sans but lucratif.

64. C'est au secteur des établissements pour enfants que la mise à exécution de notre proposition soulèvera, semble-t-il, le plus de difficultés, parce que, comme le met en relief le tableau XXIII², tout reste à faire au point de vue de la planification. Au surplus, la planification comporte des tâches administratives dont on ne saurait s'acquitter en faisant et en refaisant des organigrammes. Dans ce secteur, il faudra soigneusement préciser les objectifs, les exposer sans ambiguïté et surtout faire un effort organisé, conscient et continu en vue de choisir les moyens les meilleurs et les plus économiques de les atteindre. Si l'on se concentre trop sur la planification globale du secteur de l'enfance, les tâches préparatoires ont de fortes chances de durer indéfiniment, sans qu'il s'en dégage des résultats concrets. Une fois le plan élaboré, il semble bien de prime abord qu'on devra, comme dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées, en décentraliser l'exécution. Toutefois, la décentralisation de l'exécution ne dispensera pas le niveau central de la responsabilité d'organiser, de coordonner et de contrôler la mise en œuvre des projets, d'imposer une marche à suivre, de définir des critères, d'établir des calendriers, d'élaborer des procédures et, par-dessus tout, de prendre des décisions rapides.

¹ Voir *supra*, par. 31, pp. 30 et 32 et tableau XVII, p. 33.

² Voir *supra*, p. 40.

A. L'INSPECTION DES BÂTIMENTS

65. L'établissement de la procédure à suivre pour déterminer les bâtiments qui pourront continuer à être utilisés et ceux qui devront être fermés incombera au ministère de la Santé ou au ministère de la Famille et du Bien-être social selon qu'il s'agira d'hôpitaux privés ou d'établissements de bien-être affectés à l'hébergement d'enfants ou de personnes âgées. On devra en faire l'inspection à partir de critères les plus objectifs possible.

66. Sans doute, la plupart des bâtiments actuels qui abritent un hôpital, un foyer ou une garderie ont déjà reçu l'agrément en vertu de la loi sur l'hygiène publique¹ et des règlements provinciaux qui s'y rapportent, de la loi sur la sécurité dans les édifices publics² et des règlements annexes et, dans certaines localités, de règlements municipaux, mais nous avons constaté que, dans bien des cas, certains règlements ont été appliqués avec beaucoup de souplesse, sinon de tolérance.

67. Nous avons constaté également que ces règlements de caractère général ne tiennent pas toujours compte de certaines exigences particulières qui découlent de la fonction à laquelle les bâtiments sont destinés. Ainsi, comme nous l'avons souligné précédemment, on a aménagé des foyers d'hébergement dans des bâtiments construits initialement pour d'autres fins et loin des centres de vie communautaire; ils constituent pour les personnes âgées une sorte de ghetto qui les isole du milieu physique dans lequel elles ont vécu et auquel elles demeurent attachées.

68. Les ministères de la Santé et de la Famille et du Bien-être social ont déjà élaboré des normes relatives à l'emplacement, aux conditions d'environnement, à l'aménagement d'espaces verts, aux matériaux de construction, à la division des espaces intérieurs, etc., des établissements d'hospitalisation et d'hébergement. C'est par rapport à chacune de ces normes qu'on devra évaluer les bâtiments actuels et rejeter sans hésitation ceux qui n'y sont pas conformes. Quant aux bâtiments qui seront jugés conformes aux exigences des lois et règlements provinciaux et municipaux ainsi qu'aux normes relatives à leur destination édictées par le ministère concerné, il appartiendra à l'organisme régional (l'ORS³ ou l'ORSS⁴) de con-

¹ S. R. Q. 1964, chap. 161.

² S. R. Q. 1964, chap. 149.

³ Office régional de la santé; voir le vol. IV de notre rapport : *La santé*.

⁴ Office régional des services sociaux; voir le vol. VI de notre rapport : *Les services sociaux*.

clure avec leurs propriétaires une entente aux fins de les louer ou d'en faire l'acquisition. Est-il nécessaire de mentionner que le ministère de la Famille et du Bien-être social pourra trouver dans la Société d'habitation du Québec un précieux collaborateur, tant en ce qui a trait à l'évaluation des bâtiments qu'en ce qui concerne le financement de leur acquisition.

B. LE RENGAGEMENT DU PERSONNEL D'EXÉCUTION

69. Nous n'avons pas perdu de vue, en recommandant l'élimination du secteur à but lucratif des domaines de l'hospitalisation ou de l'hébergement aux frais de l'État, le sort du personnel d'exécution qui travaille présentement dans les établissements : personnel de soins infirmiers (infirmières, auxiliaires, aides-infirmières), de surveillance (préposés à la garde et aux loisirs), d'entretien ménager (cuisiniers, préposés à la buanderie et à la lingerie, aides-ménagères, couturières) et d'entretien de l'installation matérielle (ouvriers spécialisés, mécaniciens de machines fixes, manœuvres). L'expérience que ce personnel a acquise devrait être mise à profit dans les établissements sans but lucratif. Nous avons souvent constaté que, pour des tâches analogues, le rendement des employés du secteur à but lucratif était supérieur à celui des employés du secteur « public ». Les employés du secteur à but lucratif ont, en effet, contracté des habitudes d'efficacité dont le secteur public pourrait tirer avantage. Aussi recommandons-nous fortement que les organismes régionaux de la santé et les organismes régionaux des services sociaux insistent respectivement auprès des centres communautaires de santé¹ qui seront chargés d'organiser la distribution des soins de longue durée et auprès des nouveaux établissements de bien-être pour qu'ils donnent préséance dans l'embauchage aux personnes congédiées par suite de la fermeture des établissements à but lucratif.

C. L'UTILISATION DES SERVICES DU PERSONNEL DE DIRECTION

70. La plupart des postes de direction dans les établissements de la santé ou du bien-être ne sauraient être remplis par le premier venu; ils demandent tous, de leurs titulaires, à des degrés divers il est vrai, des qualités et titres, des aptitudes naturelles ou acquises qu'il faudrait définir de la façon la plus objective possible avant de procéder à la sélection des personnes qui occupent présentement des postes de direction dans le secteur à but lucratif et qui désireraient offrir leurs services aux établissements sans but lucratif. Il nous plaît

¹ Voir le tome II du volume IV de notre rapport : *La santé*.

de souligner qu'au cours de nos visites il nous a été donné de rencontrer, à l'occasion, des personnes fort compétentes à la direction d'établissements à but lucratif. Nous croyons que ces personnes pourraient constituer un apport précieux au secteur sans but lucratif.

71. Par contre, nous tenons à faire une mise en garde contre une pratique de tolérance dans le secteur du bien-être à laquelle nous n'avons trouvé aucune justification. Nous voulons parler de la confiance illimitée qu'on accorde trop facilement à certaines personnes du simple fait qu'elles qualifient leurs entreprises de « familiales ». Ces entreprises, qu'on a voulu idéaliser en y accolant une épithète le plus souvent fallacieuse, sont pour la plupart des entreprises commerciales déguisées, constamment en mal d'expansion. Si l'organisme régional des services sociaux juge opportun de confier à une famille la garde d'un nombre d'enfants ou de vieillards suffisant pour que le logement ou la maison de celle-ci soit considérée comme un établissement de bien-être, nous sommes d'avis, d'une part, que le bâtiment ne devrait pas être soustrait aux exigences des lois et règlements qui régissent les établissements de bien-être et, d'autre part, que le mode de rémunération de la famille devrait être tel qu'il évite à celle-ci de prélever une quote-part sur le prix de journée destiné à défrayer les pensionnaires.

D. LE TRANSFERT DES MALADES ET DES PENSIONNAIRES

72. Au moment où prendront fin les subventions de l'État à un établissement hospitalier ou à un établissement de bien-être, il va sans dire que les malades ou les pensionnaires ne seront pas abandonnés à leur propre sort. D'ailleurs, bien avant le transfert, surtout dans le cas des malades chroniques et des vieillards, les responsables de l'application des normes d'admission dans les établissements devront pressentir les personnes concernées. Les centres de services sociaux¹, par leurs unités détachées ou leurs unités locales, devront prendre en mains les opérations de façon à effectuer les transferts sans heurt et à faciliter l'adaptation des malades et des vieillards dans leur nouveau milieu de vie.

E. LE FINANCEMENT DE L'OPÉRATION

73. Il est, à toute fin pratique, impossible de déterminer avec exactitude le coût de la mise en application de notre proposition. Nous savons d'ores et déjà que le remplacement des lits, tant dans

¹ Voir le vol. VI de notre rapport : *Les services sociaux*.

le secteur hospitalier que dans le secteur de l'hébergement, ne se fera pas lit par lit. En effet, et nous l'avons suffisamment souligné, il est à prévoir qu'un certain nombre d'établissements à but lucratif se transformeront tout simplement en des établissements sans but lucratif. L'opération n'entraînera alors aucune dépense d'immobilisations et les dépenses ordinaires d'exploitation n'augmenteront que dans la mesure où les services seront améliorés. De plus, l'intégration des soins d'une part, et des services sociaux d'autre part, de même qu'une coordination plus étroite de l'activité des deux secteurs favoriseront la mise en œuvre de mesures de substitution propres à réduire la demande d'hospitalisation et d'hébergement. Il en résultera nécessairement une économie au poste des dépenses d'immobilisations et au chapitre des dépenses ordinaires.

74. N'empêche qu'il faudra bâtir des hôpitaux et des établissements de bien-être pour remplacer certains des établissements à but lucratif qui fermeront leurs portes. Les dépenses d'immobilisations qui découleront de la mise en application de notre proposition dans le secteur hospitalier pourraient atteindre près de \$20 millions¹. Cette somme, c'est sur le marché financier qu'il faudra l'obtenir, mais rien ne nous porte à croire que le loyer de l'argent serait supérieur au montant qui est présentement versé aux propriétaires d'établissements à but lucratif comme partie du prix de journée forfaitaire. Dans le domaine du bien-être, on sait que, grâce en grande partie aux fonds mis à sa disposition par la Société centrale d'hypothèques et de logement, la Société d'habitation du Québec accorde aux corporations sans but de gain pécuniaire des prêts à très long terme qui peuvent aller jusqu'à 100 pour cent du coût des bâtiments, y compris le coût des terrains, et à des conditions extrêmement avantageuses. Si bien que le coût du logement par pensionnaire, inclus dans le prix de journée, devient, dans bien des cas, sensiblement inférieur à celui qui est incorporé au prix de journée forfaitaire payé aux établissements à but lucratif.

¹ Cette estimation peut de prime abord sembler trop faible; elle a été établie en tenant compte des lits de malade aigu qui seront libérés par suite de l'application des normes d'implantation des centres de santé et qui pourront être réaffectés à l'hospitalisation des malades chroniques et des convalescents. Voir à ce sujet le chapitre XIV du volume IV de notre rapport : *La santé*.

TABLEAU XXV

**Populations du Québec par régions et sous-régions administratives
en date du 31 décembre 1969**

<i>Régions et sous-régions administratives</i>		<i>Habitants</i>	<i>En %</i>
1. Bas St-Laurent et Gaspésie		241,518	3.86
1. Gaspé	57,800		
3. Ste-Anne des Monts . .	19,542		
4. Bonaventure	45,293		
7. Bas St-Laurent	118,883		
2. Saguenay – Lac St-Jean . .		289,980	4.64
1. Chicoutimi	232,175		
4. Roberval	57,805		
3. Québec		943,552	15.08
1. Rivière-du-Loup	88,132		
3. Québec	714,790		
5. Chaudière	140,630		
4. Trois-Rivières		432,899	6.92
1. Bois-Francs	138,130		
3. Mauricie	294,769		
5. Cantons-de-l'Est		223,986	3.58
6. Montréal		3,613,258	57.77
1. Granby	115,900		
2. St-Jean	83,646		
3. Beauharnois	124,620		
4. St-Hyacinthe	95,731		
6. Montréal métropolitain	2,736,750		
7. Richelieu	84,093		
8. Joliette	154,962		
9. Terrebonne	217,556		
7. Outaouais		238,377	3.81
1. Hull	191,298		
3. Labelle	47,079		
8. Nord-Ouest		161,186	2.58
1. Rouyn-Noranda	96,885		
3. Abitibi	64,301		
9. Côte-Nord		99,273	1.59
1. Saguenay	41,126		
3. Mingan	58,147		
10. Nouveau-Québec		10,945	.17
Total		6,254,974	100.00

Liste des recommandations

La Commission recommande :

- 7.II.1. *Que prenne fin, dans les meilleurs délais, le régime des subventions directes ou indirectes de l'État aux établissements hospitaliers et aux établissements de bien-être à but lucratif.*
- 7.II.2. *QUE les promoteurs d'établissements hospitaliers et d'établissements de bien-être à but lucratif soient contraints par la loi, avant de réaliser leurs projets, d'obtenir un permis du ministre concerné.*
- 7.II.3. *QUE soit promulguée une loi sur les établissements de bien-être.*
- 7.II.4. *QUE soit édicté un règlement général sur l'organisation et la gestion des diverses catégories d'établissements de bien-être.*

Index des tableaux

<i>Tableau</i>	<i>Page</i>
I Ensemble des établissements d'hospitalisation et d'hébergement collectif	11
II Établissements du secteur de la santé	15
III Établissements hospitaliers relevant de la Direction générale de l'assurance-hospitalisation	16
IV Répartition des lits par catégories d'hôpitaux	18
V Évolution de la répartition des lits d'hôpitaux à but lucratif par catégories d'hôpitaux	19
VI Répartition des lits d'hôpitaux à but lucratif par catégories d'hôpitaux et par régions administratives	20
VII Répartition des lits d'hôpitaux généraux, publics et à but lucratif, par régions administratives	21
VIII Répartition des lits d'hôpitaux généraux à but lucratif par spécialités et par régions administratives	22
IX Évolution des lits pour malades chroniques	23
X Répartition par régions administratives des lits d'hôpitaux pour le traitement des maladies chroniques	24
XI Établissements du secteur du bien-être social	25
XII Établissements pour personnes âgées et autres adultes .	25
XIII Répartition des établissements pour personnes âgées et autres adultes selon la loi qui les régit	27
XIV Répartition des établissements pour personnes âgées et autres adultes selon la fin poursuivie	29
XV Répartition par régions administratives des établissements à but lucratif pour personnes âgées et autres adultes	30

Tableau**Page**

XVI	Répartition par régions administratives de tous les établissements pour personnes âgées et autres adultes .	31
XVII	Répartition par régions administratives de tous les lits pour personnes âgées et autres adultes par comparaison avec la moyenne provinciale et avec une distribution basée sur 7.4 lits pour 100 personnes âgées	33
XVIII	Répartition des établissements pour enfants selon la loi qui les régit	34
XIX	Répartition des établissements pour enfants selon la fin poursuivie	35
XX	Répartition par régions administratives des établissements à but lucratif pour enfants	35
XXI	Répartition par régions administratives de tous les établissements pour enfants	36
XXII	Répartition par catégories d'enfants de tous les établissements pour enfants	38
XXIII	Répartition des établissements à but lucratif pour enfants par catégories d'enfants et par régions administratives	40
XXIV	Centres de logement et d'hébergement pour les personnes âgées, réalisés depuis 1965, en voie de réalisation et à l'état de projet	55
XXV	Population du Québec par régions et sous-régions administratives en date du 31 décembre 1969	61

Table des matières

	<i>Page</i>
Introduction	11

PREMIÈRE PARTIE

L'ÉQUIPEMENT DU QUÉBEC DANS LES DOMAINES DE L'HOSPITALISATION ET DE L'HÉBERGEMENT COLLECTIF.	13
--	----

I. Les établissements hospitaliers	15
— L'importance relative des établissements hospita- liers à but lucratif	17
II. Les établissements dits de bien-être social	24
A. Les établissements pour personnes âgées et autres adultes	25
— L'importance relative des établissements à but lucratif pour personnes âgées et autres adultes . .	29
B. Les établissements pour enfants	32
— L'importance relative des établissements à but lucratif pour enfants.	34

DEUXIÈME PARTIE

EXAMEN CRITIQUE DU SECTEUR À BUT LUCRATIF . .	41
La recherche du profit : source d'abus	44
Le secteur à but lucratif et l'intégration des modes de distri- bution des soins et des services sociaux	45
Le secteur à but lucratif et la planification du régime de la santé et des services sociaux	45
Le secteur à but lucratif et la participation	45
Le secteur à but lucratif et les normes	46

Conclusion : la suppression des subventions de l'État au secteur à but lucratif	46
--	----

TROISIÈME PARTIE

LA MISE EN OEUVRE DE NOTRE PROPOSITION	49
--	----

La promulgation d'une loi et d'un règlement sur les établisse- ments de bien-être	51
--	----

Les implications de la suppression des subventions de l'État au secteur à but lucratif	52
---	----

A. L'inspection des bâtiments	57
---	----

B. Le rengagement du personnel d'exécution	58
--	----

C. L'utilisation des services du personnel de direction	58
---	----

D. Le transfert des malades et des pensionnaires	59
--	----

E. Le financement de l'opération	59
--	----

Liste des recommandations	63
-------------------------------------	----

Index des tableaux	65
------------------------------	----

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL

RAPPORT

VOL. I	L'ASSURANCE-MALADIE	TROISIÈME PARTIE	
VOL. II	LES MÉDECINS INTERNES ET RÉSIDENTS	VOL. V	LA SÉCURITÉ DU REVENU
PREMIÈRE PARTIE		QUATRIÈME PARTIE	
VOL. III	LE DÉVELOPPEMENT	VOL. VI	LES SERVICES SOCIAUX
DEUXIÈME PARTIE		CINQUIÈME PARTIE	
VOL. IV	LA SANTÉ	VOL. VII	
		TOME I	LES PROFESSIONS ET LA SOCIÉTÉ
		TOME II	LES ÉTABLISSEMENTS À BUT LUCRATIF

ANNEXES

1. ANALYSE COMPARATIVE DES COÛTS DE L'HOSPITALISATION AU QUÉBEC ET EN ONTARIO
LA COMMISSION
2. L'ÉVOLUTION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES MODES DE DISTRIBUTION DES SOINS AU QUÉBEC
GILBERT BLAIN, M.D., JEAN-CLAUDE MARTIN, JEAN-YVES RIVARD ET YOLANDE TAYLOR
3. INDICES DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DU QUÉBEC
MADELEINE PATRY, M.D.
4. LES MÉCANISMES DE DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS ET PROTHÈSES : ANALYSE ÉCONOMIQUE
FRANÇOIS D. LACASSE
5. CONTRIBUTION À UN PROJET DE LOI-CADRE EN MATIÈRE DE MALADIE MENTALE
LUCIEN PANACCIO, M.D.
6. PROBLÈMES DE LA DÉTÉRIORATION DU MILIEU ET DE LA CONSERVATION DE L'ENVIRONNEMENT
GEORGES S. GANTCHEFF
7. URBANISME ET AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE EN RELATION AVEC LA CONSERVATION DE LA SANTÉ
GEORGES ROBERT
8. LA PRÉVISION DE MAIN-D'ŒUVRE DANS LE SECTEUR HOSPITALIER
RICHARD BÉLAND ET THOMAS BOUDREAU
9. LA SITUATION FINANCIÈRE DES HÔPITAUX DU QUÉBEC AU 31 DÉCEMBRE 1967
NICOLE MARTIN, CHARLES CHAMARD, CLAUDE E. FORGET ET ANDRÉ MOISAN
10. LES COÛTS DE FONCTIONNEMENT DE CERTAINS SERVICES HOSPITALIERS AU QUÉBEC : ANALYSE ÉCONOMIQUE
CLAUDE E. FORGET
11. LA RECHERCHE MÉDICALE AU QUÉBEC — VERSIONS FRANÇAISE ET ANGLAISE
CLAUDE FORTIER, M.D., JOHN BECK, M.D., JACQUES GENEST, M.D., MAURICE LeCLAIR, M.D. ET YVES MORIN, M.D.
12. L'ORGANISATION ET LA RÉGLEMENTATION DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE AU QUÉBEC
M^{re} CLAUDE-ARMAND SHEPPARD
13. LA RÉMUNÉRATION DU CORPS MÉDICAL
JEAN-YVES RIVARD
14. UTILISATION COMPARÉE DES SERVICES DE SANTÉ
RAYNALD PINEAULT, M.D.
15. INVENTAIRE DE L'ÉQUIPEMENT HOSPITALIER ACTUEL ET DES PROJETS D'IMMOBILISATIONS AU QUÉBEC
LA COMMISSION
16. LES FONDEMENTS D'UNE POLITIQUE FAMILIALE
PHILIPPE GARIGUE
17. POUR UNE POLITIQUE DE LA VIEILLESSE
JEAN-MARIE MARTIN
18. POLITIQUE DE BIEN-ÊTRE DE L'ENFANCE POUR LE QUÉBEC DE DEMAIN — VERSIONS FRANÇAISE ET ANGLAISE
ROLAND HENNESSEY
19. LA RECHERCHE EN MATIÈRE DE BIEN-ÊTRE SOCIAL AU QUÉBEC — VERSIONS FRANÇAISE ET ANGLAISE
D.E. WOODSWORTH ET PATRICK DEEHY
20. LE PERSONNEL DES ORGANISMES DE BIEN-ÊTRE AU QUÉBEC
MONTREAL COUNCIL OF SOCIAL AGENCIES
21. L'ASSURANCE-CHÔMAGE ET LES SERVICES AUX TRAVAILLEURS
BERNARD SOLASSE ET JEAN BOIVIN
22. LA VOIX DES HOMMES SANS VOIX
LA COMMISSION
23. BIBLIOGRAPHIE SUR LES SERVICES SOCIAUX
LA COMMISSION
24. LE CHAMP DU BIEN-ÊTRE DANS LA SOCIÉTÉ OCCIDENTALE — VERSIONS FRANÇAISE ET ANGLAISE
HERMAN LEVIN
25. LA SOCIÉTÉ DE DEMAIN : SES IMPÉRATIFS, SON ORGANISATION
GÉRALD FORTIN
26. L'ANIMATION SOCIALE
RENÉ DIDIER
27. LE LOISIR
JEAN-CHARLES GUINDON