

5

Relever le défi d'offrir  
aux aînés québécois  
à faible revenu  
des logements collectifs  
abordables  
et qui répondent  
à leurs besoins

Mars 2021 / numéro 5

Résidences privées pour aînés  
et ressources intermédiaires:

# COMMENT CES MILIEUX DE VIE ET LEURS RÉSIDENTS SE COMPARENT-ILS ?

**Gina Bravo**, Université de Sherbrooke

**Louis Demers**, École nationale d'administration publique

**Denise Brodeur et Lise Trottier**, Centre de recherche  
sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS



## Résumé du projet

**NOTRE PROJET DE RECHERCHE** vise à produire des connaissances contribuant à relever le défi d'offrir aux aînés à faible revenu des logements collectifs abordables et qui répondent à leurs besoins. Les gouvernements doivent en effet faire face à un enjeu majeur : offrir au nombre grandissant d'aînés moins autonomes des logements où ils pourront poursuivre leur existence en sécurité. Les résidences privées pour aînés (RPA) et les ressources intermédiaires d'hébergement (RI) sont en plein essor, mais leur capacité de répondre aux besoins de leurs résidents a été peu étudiée. De plus, les informations sur la qualité de vie des résidents des RPA et des RI, sur la satisfaction de leurs besoins et sur le respect de leurs droits sont parcellaires. Par ailleurs, la fermeture ou le changement de vocation de plusieurs petites résidences, principalement situées hors des grands centres urbains, pose un problème d'accessibilité préoccupant.

La recherche est dirigée par deux chercheurs, l'un spécialisé en science politique, en administration publique et en organisation des services (Louis Demers) et l'autre en vieillissement, en statistiques et en épidémiologie clinique (Gina Bravo).

Le projet vise les objectifs suivants :

1. Dégager les conditions qui favorisent le maintien en activités des RPA qui comptent moins de 50 logements et celles qui incitent plutôt leur propriétaire à en cesser les activités.
2. Décrire la population âgée de 75 ans et plus qui habite une RPA ou une RI de moins de 50 places, sa qualité de vie et ses besoins, comblés et non comblés.
3. Proposer des pistes d'action pour rendre accessibles des logements collectifs adaptés aux besoins du nombre croissant d'aînés à faible revenu et en perte d'autonomie légère ou modérée.

C'est pour atteindre plus efficacement ces objectifs que ce projet inclut plusieurs partenaires, intéressés à contribuer aux connaissances produites dans ce projet et à les exploiter, au profit des aînés. Ces partenaires sont, par ordre alphabétique, les suivants :

- Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR),
- Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ),
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS),
- Réseau québécois des organismes sans but lucratif d'habitation (RQOH),
- Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL),
- Société d'habitation du Québec (SHQ).

Le MSSS et la SCHL ont en outre apporté une contribution financière au projet.

L'étude a porté sur quatre régions qui regroupent près de 40 % de chacun des types de logements collectifs à l'étude (RPA et RI de moins de 50 places), soit le Bas-Saint-Laurent, la Capitale-Nationale, l'Estrie et la Montérégie.

Les méthodes de recherche utilisées pour réaliser ce projet sont décrites dans un document accessible en cliquant sur le lien suivant :

<http://recherche.enap.ca/128/Publications-et-projets-de-recherche.enap>

# Table des matières

<b>Introduction</b> .....	1 
<b>Les ressources intermédiaires</b> .....	3
<b>Méthodologie</b> .....	5
<b>Résultats</b> .....	6
Portrait des milieux de vie .....	6
Portrait des résidents .....	13
<b>Discussion</b> .....	19
Forces et limites de l'étude .....	19
Retour sur les principaux constats .....	19



## Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier M. Jacques Beaudoin, Directeur des affaires publiques et juridiques du Réseau québécois des OSBL d'habitation, et Mme Johanne Pratte, Directrice générale de l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec, pour leurs commentaires constructifs sur la version initiale de ce fascicule. Les auteurs remercient également les répondants des RPA et des RI, ainsi que les résidents de ces milieux, pour le temps qu'ils nous ont consacré.

# Introduction

**Le vieillissement de la population** sera particulièrement rapide au Québec au cours des prochaines décennies, en raison de l'arrivée massive des *baby-boomers* dans le groupe des 65 ans et plus<sup>1</sup>. Selon la plus récente édition du *Bilan démographique du Québec*<sup>2</sup>, la population âgée de 65 ans et plus passera de 1,6 million en 2019 à 2,7 millions en 2066. La part des aînés dans la population totale, établie à 19 % en 2019, atteindra alors 28 %.

Grâce à l'amélioration des conditions de vie et au progrès de la médecine, un Québécois ayant aujourd'hui atteint l'âge de 65 ans peut espérer vivre encore une vingtaine d'années, dont la majeure partie en relative bonne santé et au sein de la collectivité<sup>3</sup>. Le vieillissement s'accompagne toutefois d'une augmentation de la prévalence de divers problèmes de santé, surtout de nature chronique, qui peuvent entraîner différentes incapacités<sup>4</sup>. L'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement*, conduite en 2010-2011, établissait à 57 % le taux d'incapacité d'une durée d'au moins six mois chez les personnes de 65 ans et plus ; ce taux grimpeait à 84 % chez celles de 85 ans et plus<sup>5</sup>. Environ 45 % de ces aînés présentaient une incapacité modérée ou grave, liée principalement à la mobilité, à l'agilité et à la mémoire ; 58 % cumulaient deux incapacités ou plus. Ces taux étaient encore plus élevés chez les aînés qui présentaient certaines caractéristiques particulières, comme celle d'appartenir à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu.

Les incapacités constituent le principal motif de recours à des soins de longue durée. Une étude publiée en 2010 estimait entre 22 % et 33 % la proportion de personnes en ménage privé de 75 ans et plus ayant besoin de soins de longue durée<sup>6</sup>. Ce besoin est en partie comblé par les proches et les services que dispensent les centres locaux de services communautaires (CLSC), les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉCAD), ainsi que des entreprises privées et des organismes communautaires. Ce soutien permet aux personnes touchées de rester le plus longtemps possible à domicile, un souhait largement partagé<sup>7</sup>. Diverses raisons peuvent toutefois pousser un aîné à quitter son domicile pour emménager dans un milieu de vie collectif. Parmi celles-ci, mentionnons une augmentation significative de sa perte d'autonomie et des besoins qui en découlent, que l'entourage et les services de soutien à domicile ne parviennent plus à combler, un sentiment d'insécurité, présent surtout chez les personnes qui vivent seules à la maison, et un désir de socialisation, que favorisent les milieux de vie collectifs.

---

<sup>1</sup> Choinière R. *Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*. Québec : Institut de la statistique du Québec, 2010.

<sup>2</sup> Institut de la statistique du Québec. *Le bilan démographique du Québec*. Édition 2019. Québec : Gouvernement du Québec, 2019.

<sup>3</sup> Choinière R. 2010, *op. cit.*

<sup>4</sup> Chez les adultes, le concept d'incapacité renvoie à la réduction (partielle ou totale) de la capacité de réaliser certaines fonctions ou tâches de la vie quotidienne, comme entendre, voir, parler ou marcher.

<sup>5</sup> Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité*, Volume 2. Québec : Gouvernement du Québec, 2013.

<sup>6</sup> Choinière R. 2010, *op. cit.*

<sup>7</sup> Canadian Institute for Health Information. *Health care in Canada, 2011: A focus on seniors and aging*. Ottawa : CIHI, 2011.

Comme dans d'autres pays industrialisés, il existe au Québec différents types de milieu de vie collectif dont l'accès dépend, entre autres choses, de l'état de santé de la personne et de son degré d'autonomie. Les personnes en plus grande perte d'autonomie, souvent définies comme nécessitant plus de trois heures de soins par jour, peuvent être admises dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Au 31 mars 2018, 33 468 personnes de 65 ans et plus vivaient dans quelques 400 CHSLD publics et privés conventionnés<sup>8</sup>. Les personnes dont la perte d'autonomie est moins importante mais qui, néanmoins, ne peuvent ou ne souhaitent demeurer à domicile peuvent se tourner vers une résidence privée pour aînés (RPA) ou être orientées vers une ressource intermédiaire (RI)<sup>9</sup>. En 2018, environ 125 000 personnes vivaient dans près de 1 800 RPA<sup>10</sup>; au 30 octobre 2020, 10 391 adultes en perte d'autonomie liée au vieillissement habitaient l'une des 380 RI en activité<sup>11</sup>.

Le second volet de notre étude s'intéresse à la clientèle que desservent les RPA de moins de 50 logements et les RI de moins de 50 places. Il a comme objectif de brosser un portrait comparatif des personnes en perte d'autonomie âgées de 75 ans et plus qui y habitent, de leur qualité de vie et de la qualité des services qu'elles y reçoivent. À notre connaissance, un tel portrait n'a jamais été produit à ce jour. Pourtant, il est susceptible d'éclairer les aînés à la recherche d'un milieu de vie substitut et leurs proches. En outre, ce portrait pourrait s'avérer une source précieuse d'information pour les associations qui représentent les exploitants de ces habitations, et pour les organismes publics qui veillent à la qualité des services qui y sont dispensés.

Ayant consacré les quatre premiers fascicules aux RPA<sup>12</sup>, nous nous limiterons ici à décrire brièvement ce que sont les RI avant de mettre en relief ce que les deux types de milieu de vie ont en commun et ce qui les distingue. Nous brosserons ensuite un portrait comparatif des RPA et des RI de notre étude, puis des personnes habitant ces milieux de vie. Dans un prochain fascicule, nous comparerons la qualité des services et la qualité de vie des résidents des deux types de milieu.

---

<sup>8</sup> Commission de la santé et des services sociaux, L'étude des crédits 2019-2020. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Réponses aux questions particulières – opposition officielle – volume 3, question n° 257, p. 8. Les données au 31 mars 2019 n'étaient pas disponibles.

<sup>9</sup> Des aînés à la recherche d'un milieu substitut pourront aussi être dirigés vers une ressource de type familial (RTF), mais celles-ci sont relativement peu nombreuses et ne seront pas traitées ici.

<sup>10</sup> Voir à ce sujet le fascicule 1, p. 1 :

<https://recherche.enap.ca/128/Publications-et-projets-de-recherche.enap>

<sup>11</sup> <https://www.arihq.com/membres-ri-et-avantages/portrait-au-quebec/>

<sup>12</sup> <https://recherche.enap.ca/128/Publications-et-projets-de-recherche.enap>



## Les ressources intermédiaires

Les RI sont exploitées par des promoteurs privés ou des organismes sans but lucratif, tout en étant liées par contrat à un établissement du réseau de la santé et des services sociaux. L'établissement public a la responsabilité de faire connaître les besoins de son territoire en matière d'hébergement en RI<sup>13</sup>, d'évaluer les postulants et de conclure une entente avec ceux qu'il a retenus. La démarche d'évaluation d'un postulant vise à s'assurer du respect des critères généraux de qualité déterminés par le ministre de la Santé et des Services sociaux<sup>14</sup>. Elle porte sur les trois composantes qui constituent une ressource, soit la personne responsable<sup>15</sup>, le milieu de vie et le projet proposé. Le prix des services offerts par une ressource n'intervient pas dans l'évaluation d'un postulant puisque la rétribution d'une RI est négociée au niveau provincial entre l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

L'établissement public a aussi la responsabilité d'accueillir, d'évaluer et d'orienter les usagers vers la ressource la mieux adaptée à leurs besoins, en plus de leur fournir les services professionnels qu'ils requièrent et d'assurer la qualité des services qu'ils reçoivent de la ressource. En conformité avec les articles 39.7 et 39.8 du Code des professions<sup>16</sup>, l'établissement peut demander à la ressource de fournir aux usagers des soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne ou à l'administration de médicaments. Il doit alors offrir au personnel de la ressource la formation nécessaire à la pratique de ces activités<sup>17</sup>.

La RI, quant à elle, fournit le gîte et le couvert aux personnes que lui confie un établissement public et leur dispense les services de soutien ou d'assistance communs et particuliers requis par leur condition<sup>18</sup>. Les services communs concernent le milieu de vie et les activités de la vie quotidienne et domestique nécessaires

**La démarche d'évaluation d'un postulant vise à s'assurer du respect des critères généraux de qualité déterminés par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Elle porte sur trois composantes: la personne responsable, le milieu de vie et le projet proposé.**



<sup>13</sup> Notamment par des appels d'offre publics publiés par les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) sur le site <https://www.seao.ca/> du gouvernement du Québec.

<sup>14</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre de référence. Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial. Québec : Direction des communications, Direction générale des services sociaux, 2016. Accessible à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/ressources/ri-rtf/cadre-de-referance-ri-rtf/>.

<sup>15</sup> Il pourra s'agir d'une personne physique, d'une personne morale ou d'une société de personnes qui veut agir à titre de ressource.

<sup>16</sup> <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/C-26? &digest>

<sup>17</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux 2016, *op. cit.* ; Ministère de la Santé et des Services sociaux. Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial. Guide d'utilisation de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance. Québec : Direction des communications, Direction générale des services sociaux, 2013. Règlement accessible à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-4.2, % 20r. % 203.1>.

<sup>18</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux 2013, *op. cit.*

au bien-être de l'utilisateur. Ils doivent être offerts par toutes les ressources, à tous les types de clientèles, qu'il s'agisse de personnes présentant une perte d'autonomie liée au vieillissement, une déficience intellectuelle, un problème de santé mentale ou de toxicomanie, ou un handicap physique.

**En RI comme en RPA, l'État a la responsabilité de veiller à la qualité des services rendus, mais les mécanismes mis en œuvre diffèrent. Ces différences pourraient affecter la qualité des services rendus aux personnes qui vivent dans ces milieux et leur qualité de vie.**

Les services particuliers constituent une combinaison unique de services à rendre à un usager en fonction de sa condition personnelle, pour répondre à ses besoins physiques, sociaux et affectifs. Touchant 10 activités (par exemple l'alimentation, les soins d'hygiène et la mobilité), ces services sont établis par le biais de

l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance<sup>19</sup>, qui classe les activités en six niveaux, fondés sur le degré de soutien ou d'assistance requis par l'utilisateur. Pour chaque usager confié à une RI, cet outil doit en principe être complété au moins une fois par année ou à la suite d'un changement dans sa condition. La nature et l'intensité des services particuliers requis sont pris en compte dans le calcul de la rétribution de la ressource. Les coûts des services rendus par une ressource sont assumés à la fois par l'établissement qui a conclu une entente avec la RI et l'utilisateur qui reçoit les services. La Régie de l'assurance maladie du Québec détermine le montant de la contribution financière des usagers. Le montant maximal s'établit actuellement à 1 299,30 \$<sup>20</sup>.

En conclusion, les RPA et les RI ont en commun d'accueillir des aînés en perte d'autonomie et d'être exploitées par un promoteur privé ou un organisme sans but lucratif. Par contre, le rôle de l'État diffère considérablement d'une catégorie à l'autre. Alors que c'est le marché qui détermine ce qu'il en coûte pour un résident de vivre dans une RPA, l'État fixe la contribution de l'utilisateur d'une RI. La RPA choisit les clients qu'elle accueille et ceux à qui elle demandera de déménager, par exemple en raison d'une détérioration de leur état de santé; ce n'est pas le cas des RI. Les services offerts sont modulés par la condition de la personne, en RPA comme en RI, mais ce n'est qu'en RI que l'État détermine les services requis et leur intensité. Tous les services de nature professionnelle sont sous la responsabilité de l'État en RI. Par ailleurs, tant les résidents d'une RPA que ceux d'une RI ont droit aux services de soutien à domicile dispensés par les CLSC.

Enfin, en RI comme en RPA, l'État a la responsabilité de veiller à la qualité des services rendus, mais les mécanismes mis en œuvre diffèrent. C'est par le biais de la certification qu'il contrôle la qualité en RPA, et par son suivi régulier des usagers en RI. Ces différences pourraient affecter la qualité des services rendus aux personnes qui vivent dans ces milieux et leur qualité de vie. Jeter un éclairage sur cette question constitue l'un des objectifs de notre étude.

<sup>19</sup> <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-4.2,%20r.%203.1>

<sup>20</sup> RAMQ. Contribution financière des usagers pris en charge par une ressource intermédiaire. Accessible à [https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/CRI/BX/BXG\\_GereContbUsag/BXG6\\_CalcContb\\_iut/BXG6\\_Accueil.aspx](https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/CRI/BX/BXG_GereContbUsag/BXG6_CalcContb_iut/BXG6_Accueil.aspx)





## Méthodologie

Une description détaillée de la méthodologie de ce volet de l'étude est accessible en suivant le lien ci-dessous<sup>21</sup>. Ici, nous nous limiterons à en rappeler les principaux éléments.

Ce volet de l'étude s'est déroulé entre mai 2018 et décembre 2019. Pour être incluses dans l'étude, les RPA et les RI devaient compter moins de 50 unités (logements ou places, selon qu'il s'agisse d'une RPA ou d'une RI), exister depuis plus d'un an et être situées dans l'une des quatre régions choisies pour l'étude, soit le Bas-St-Laurent, la Capitale-Nationale, l'Estrie et la Montérégie. Les RI à vocation particulière, par exemple, en déficience intellectuelle ou en santé mentale, étaient exclues d'emblée. Les milieux de vie invités à participer à l'étude ont été choisis selon un plan de sondage aléatoire, stratifié selon le type (RPA ou RI), la région et la taille (1 à 9, 10 à 29 et 30 à 49 unités). Dans chaque milieu participant, nos assistants de recherche ont évalué un nombre prédéterminé de résidents qui répondaient aux critères suivants :

- 1) être âgé de 75 ans et plus,
- 2) présenter un problème cognitif ou avoir de la difficulté à accomplir au moins deux activités de la vie quotidienne,
- 3) pouvoir communiquer en français et
- 4) vivre dans le milieu depuis au moins trois mois.

Les résidents hospitalisés pour une durée indéterminée, susceptibles d'être relocalisés à court terme ou dont l'état de santé était jugé trop précaire pour procéder à leur évaluation ont été exclus. Au total, l'échantillon est constitué de 282 résidents répartis dans 73 milieux de vie (40 RPA et 33 RI).

Nos données proviennent de deux sources principales : une entrevue téléphonique avec un répondant de chaque milieu de vie, réalisée par la coordonnatrice de l'étude, et l'évaluation d'un échantillon de résidents, effectuée dans leur milieu de vie par nos assistants de recherche.

Les données rapportées dans le présent fascicule ont été analysées avec IBM SPSS *Complex Samples*, version 25, et avec la procédure *Survey* de Stata, version 16, qui permettent

d'intégrer notre plan d'échantillonnage aux analyses.

Dans les différents tableaux présentés plus loin, les pourcentages sont utilisés pour décrire les variables catégoriques, telles que le genre ou l'auto-perception de l'état de santé, tandis que nous rapportons la moyenne  $\pm$  l'erreur-type lorsqu'il s'agit de variables continues, telles que l'âge des résidents ou leur degré d'autonomie<sup>22</sup>.

Les RPA et les RI sont comparées sur chacune des variables mesurées, au moyen d'un test statistique choisi en fonction de l'échelle de mesure de la variable. Un test statistique génère une valeur  $p$  qui nous permet d'établir s'il est probable ou non que la différence observée entre deux groupes soit le fruit du hasard. Lorsque la valeur  $p$  associée à une variable donnée est inférieure à 0,05 (le seuil traditionnellement utilisé), nous concluons à une différence significative, sur le plan statistique, entre les RPA et les RI sur cette variable.

<sup>21</sup> <https://recherche.enap.ca/128/Publications-et-projets-de-recherche.enap>

<sup>22</sup> En raison des fluctuations de l'échantillonnage, une erreur de mesure se produit chaque fois que l'on utilise un échantillon (de résidents de RPA, par exemple) de la population visée pour estimer un paramètre d'intérêt (par exemple, le degré moyen d'autonomie des résidents de RPA). L'erreur-type mesure l'ampleur de cette erreur. Pour reprendre le même exemple, elle nous renseigne sur la précision avec laquelle la moyenne du degré d'autonomie des résidents échantillonnés (ce que l'on est en mesure de calculer) évalue la moyenne du degré d'autonomie de l'ensemble des résidents (ce qui nous intéresse). Plus l'erreur-type est faible, plus précise est notre estimation de la moyenne dans la population. En outre, plus l'effectif d'échantillon est grand, plus l'erreur-type est faible et, donc, plus l'estimation de la moyenne dans la population est précise.



## Résultats

Dans cette section, nous brosserons d'abord un portrait comparatif des RPA et des RI de notre échantillon quant à leurs caractéristiques générales, au type de soins et de services qu'elles offrent, à leurs ressources humaines et à leur clientèle. Nous comparerons par la suite les résidents que nous avons évalués dans ces RPA et ces RI selon leurs caractéristiques socio-démographiques et cliniques ainsi que leurs conditions antérieures et actuelles d'habitation.

## Portrait des milieux de vie

Le processus ayant mené au recrutement des 73 milieux participants est schématisé à la figure 1. En excluant les milieux jugés inadmissibles pour diverses raisons, le taux de participation a été plus faible pour les RPA que pour les RI (34 % contre 42 %), mais cette différence n'est pas statistiquement significative ( $p = 0,294$ ). Le motif de refus nous est inconnu pour près de la moitié des milieux sollicités. Dans les autres cas, le refus a le plus souvent été motivé par un manque de temps, une attitude protectrice envers les résidents ou la fermeture/relocalisation prochaine de l'habitation.

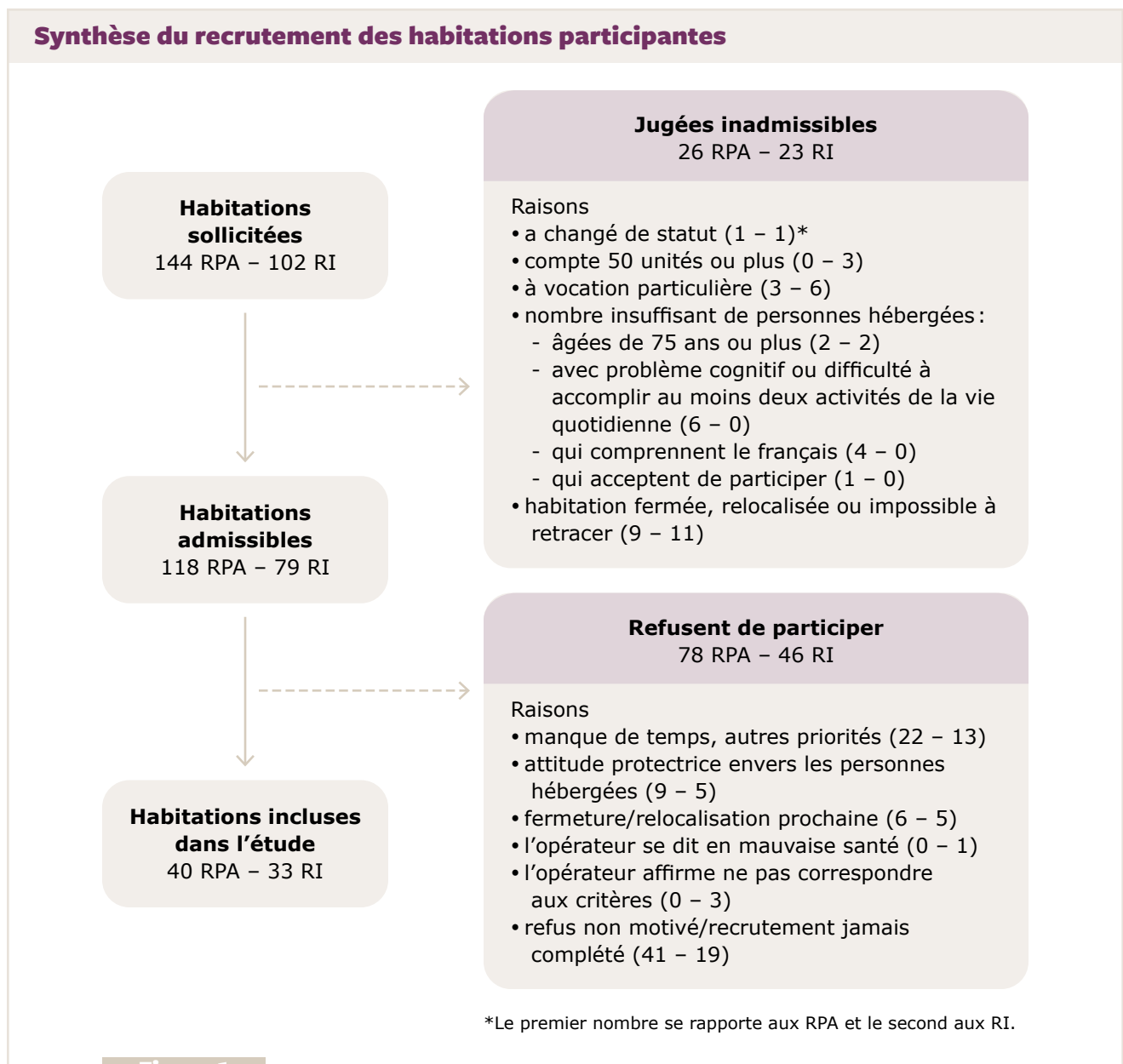


Figure 1

Le tableau 1 dresse un portrait comparatif des personnes auprès de qui nous avons recueilli nos données sur les milieux participants, selon qu'il s'agissait d'une RPA ou d'une RI. La majorité de nos répondants était des femmes dans la cinquantaine. Quarante-trois répondants étaient propriétaire ou copropriétaire de l'habitation, 22 en étaient le directeur, cinq se sont identifiés comme responsable ou coordonnateur (des soins infirmiers, principalement)

et trois relevaient du personnel administratif. En moyenne, nos répondants occupaient leur fonction actuelle depuis une dizaine d'années et cumulaient 16,3 années d'expérience de travail auprès d'aînés. Le quart des répondants détenait une formation en soins infirmiers. Les caractéristiques des répondants ne diffèrent pas en fonction du type d'habitation, sauf pour ce qui est de la scolarité, qui est plus élevée chez les répondants des RI.

### Comparaison des répondants des RPA et des RI\*

		RPA (n = 40)	RI (n = 33)	Valeur <b>p**</b>
Genre (femme)		78 %	63 %	0,158
Âge (en années)		53,5 ± 2,0	50,4 ± 1,6	0,235
Scolarité	8 <sup>e</sup> à 12 <sup>e</sup> année	51 %	11 %	<b>0,002</b>
	Cours professionnel	4 %	13 %	
	Études collégiales	17 %	45 %	
	Études universitaires	29 %	31 %	
Détient une formation en soins infirmiers		24 %	26 %	0,832
Nombre d'années en fonction		10,6 ± 1,2	9,2 ± 1,2	0,405
Nombre d'années de travail auprès d'aînés		16,2 ± 1,7	16,9 ± 1,3	0,755

\*Les pourcentages sont rapportés pour les variables catégoriques et la moyenne ± l'erreur-type pour les variables continues.

\*\*La différence observée entre les RPA et les RI est jugée statistiquement significative lorsque la valeur *p* est inférieure à 0,05 (en gras dans le tableau pour en faciliter le repérage).

Tableau 1

Une description détaillée des milieux de vie participants est fournie aux tableaux 2A à 2D. La plupart des organisations étaient à but lucratif et plus de 80 % étaient en activité depuis plus de 10 ans. Au moment de la collecte des données, le taux d'occupation était de près de 100 % dans les RI, tandis qu'il ne s'élevait

en moyenne qu'à 80 % dans les RPA. Le taux d'occupation était plus faible en RPA qu'en RI, autant en zone urbaine (78 % vs 99 %,  $p < 0,001$ ) qu'en zone rurale (78 % vs 92 %,  $p = 0,014$ ); l'écart était moindre et non significatif en zone semi-urbaine (87 % vs 95 %,  $p = 0,258$ ).



Réparties en moyenne sur deux étages, la majorité des unités était des chambres simples sans bain ni douche privé ou semi-privé. Tous les milieux s'étaient dotés d'un plan de sécurité incendie, mais 32 % seulement étaient équipés de gicleurs dans les aires communes. C'est aussi dans moins du tiers des milieux (30 %) que toutes les unités étaient munies de gicleurs. L'absence

de gicleurs, dans les aires communes et dans l'ensemble des unités, s'observe davantage dans les RPA que dans les RI. On note enfin que 16 % des RPA n'avaient pas muni l'ensemble de leurs logements d'un système d'appel à l'aide, alors que c'est une exigence de la certification<sup>23</sup>.

### Comparaison des caractéristiques générales des RPA et des RI\*

		RPA (n = 40)	RI (n = 33)	Valeur <i>p</i> **
Zone‡	Urbaine	46 %	46 %	0,980
	Semi-urbaine	15 %	14 %	
	Rurale	39 %	40 %	
Organisation à but lucratif		91 %	90 %	0,779
En activité depuis plus de 10 ans		81 %	84 %	0,676
Catégorie de clientèle (pour RPA seulement)	Autonome (exclusivement)	4 %		
	Semi-autonome (exclusivement)	28 %		
	Double catégorie	68 %		
<b>Lieux physiques</b>				
Nombre d'étages		2,2 ± 0,1	2,1 ± 0,1	0,543
Salle à manger commune		100 %	100 %	
Excluant la salle à manger commune, salle destinée aux activités...	de loisirs	74 %	88 %	0,112
	sportives (ex : piscine, gymnase)	0	9 %	<b>0,001</b>
	à caractère religieux	19 %	35 %	0,058
Nombre total d'unités (capacité maximale)		16,5 ± 0,8	20,6 ± 1,5	<b>0,017</b>
Nombre de chambres simples parmi ces unités		14,9 ± 0,8	17,5 ± 0,7	<b>0,017</b>
Taux d'occupation		79,8 ± 3,1	96,0 ± 1,4	<b>0,001</b>

\*Les pourcentages sont rapportés pour les variables catégoriques et la moyenne ± l'erreur-type pour les variables continues.

\*\*La différence observée entre les RPA et les RI est jugée statistiquement significative lorsque la valeur *p* est inférieure à 0,05 (en gras dans le tableau pour en faciliter le repérage).

‡Aucun critère n'a été fourni aux répondants pour les aider à distinguer les trois zones.

**Tableau 2A**

Suite à la page suivante

<sup>23</sup> Article 39 du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés, accessible à l'adresse : [http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cr/S-4.2, % 20r. % 200.01/20180324](http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cr/S-4.2,%20r.%200.01/20180324).

## Comparaison des caractéristiques générales des RPA et des RI (suite)

Toutes les unités sont munies...	d'une toilette privée ou semi-privée	66 %	50 %	<b>0,005</b>
	d'un bain ou d'une douche privée ou semi-privée	43 %	22 %	0,231
Unités adaptables (à accessibilité universelle)		37 %	54 %	0,677
<b>Éléments liés à la sécurité</b>				
Plan de sécurité incendie		100 %	100 %	
Système de gicleurs dans les aires communes		25 %	64 %	<b>0,001</b>
Toutes les unités sont munies...	de mitigeurs d'eau chaude	89 %	78 %	0,149
	d'un système d'appel à l'aide	84 %	85 %	0,911
	d'un avertisseur de fumée	100 %	100 %	
	de gicleurs	23 %	64 %	<b>0,003</b>

**Tableau 2A**

Suite de la page précédente



Objet du tableau 2B, les soins et services disponibles varient peu en fonction du type de milieu de vie. Presque toutes les RPA et les RI soutiennent les activités de la vie quotidienne et domestique, et offrent des soins invasifs et infirmiers. Selon nos répondants, 20 % des RPA n'offraient pas de service de surveillance 24/7<sup>24</sup> et 31 %, pas de service de loisirs.

Les deux types de milieu se distinguent toutefois en ce qui a trait à la source de financement des soins ou des services reçus. Ceux-ci sont généralement dispensés sans coût supplémentaire pour l'utilisateur dans les RI, tandis qu'ils sont souvent à la charge du résident dans les RPA, sauf pour les soins invasifs et infirmiers, lesquels sont assumés principalement par le réseau public.

### Comparaison des RPA et des RI en regard des soins et services offerts\*

	RPA (n = 40)	RI (n = 33)	Valeur <i>p</i> **
Service d'aide aux soins d'hygiène	99 %	100 %	0,244
Service de repas	100 %	100 %	
Service d'aide à l'alimentation	90 %	92 %	0,773
Service d'aide à l'habillement	97 %	100 %	0,375
Service d'aide à la mobilisation et aux transferts	84 %	93 %	0,180
Service de distribution des médicaments	96 %	100 %	0,430
Service d'entretien ménager	100 %	100 %	
Service de buanderie pour vêtements personnels	99 %	100 %	0,564
Service de buanderie pour literie	99 %	100 %	0,564
Service de surveillance 24/7	80 %	98 %	<b>0,001</b>
Service de loisirs	69 %	79 %	0,249
Service de transport	16 %	38 %	<b>0,025</b>
Soins invasifs	100 %	100 %	
Soins infirmiers	100 %	100 %	

\*Les pourcentages sont rapportés pour les variables catégoriques et la moyenne  $\pm$  l'erreur-type pour les variables continues.

\*\*La différence observée entre les RPA et les RI est jugée statistiquement significative lorsque la valeur *p* est inférieure à 0,05 (en gras dans le tableau pour en faciliter le repérage).

**Tableau 2B**

<sup>24</sup> Les résidences de catégorie autonome et de moins de 50 unités ont bénéficié d'une disposition transitoire, après la mise en vigueur du règlement de 2013, leur permettant de remplacer la présence d'un préposé 24/7 pour assurer la surveillance par la mise en place d'un système de surveillance permettant l'intervention sans délai d'une personne compétente en cas d'urgence, cette dernière n'étant pas obligatoirement présente dans la résidence. Cette disposition transitoire n'a pas été reconduite dans le règlement de 2018, mais elle demeure permise par tolérance administrative. Il doit donc y avoir une surveillance 24/7, directe ou indirecte, dans toutes les RPA.

Comme le montre le tableau 2C, relatif aux ressources humaines, le ratio du nombre d'employés réguliers (en équivalent temps-plein) par unité (qu'elle soit occupée ou non) est plus élevé dans les RI que dans les RPA. La composition du personnel diffère également entre les deux types de milieu. En RPA, 47 % du personnel est affecté à l'entretien ménager et à la préparation des repas, et 35 % aux soins directs aux résidents (préposés aux bénéficiaires/auxiliaires familiales). À l'inverse, en RI, la proportion de personnes chargées de répondre aux besoins de base des résidents est deux fois plus élevée que celle des personnes

affectées à l'entretien ménager et à la préparation des repas (56 % contre 28 %). Ces différences dans la composition du personnel laissent entrevoir des besoins différents chez les clientèles desservies par les deux catégories de milieu, ce qui sera confirmé plus loin dans ce fascicule. On note par ailleurs un taux de roulement du personnel près de deux fois plus élevé en RI qu'en RPA, une différence très près du seuil de signification statistique. En revanche, les ressources externes avec lesquelles l'habitation collabore régulièrement ne diffèrent pas entre les deux types de milieu de vie.

### Comparaison des ressources humaines des RPA et des RI\*

		RPA (n = 40)	RI (n = 33)	Valeur <i>p</i> **
Nombre d'employés réguliers (en ETP)		3,1 ± 0,4	8,1 ± 1,3	<b>0,001</b>
Sur le nombre total d'unités		0,16 ± 0,02	0,56 ± 0,12	<b>0,002</b>
Sur le nombre d'unités occupées		0,20 ± 0,02	0,58 ± 0,12	<b>0,004</b>
Répartition du personnel (en %)				
Personnel cadre et administratif		13,1 ± 1,0	11,0 ± 0,6	0,092
Infirmière		2,2 ± 0,9	1,7 ± 0,5	0,609
Infirmière auxiliaire		1,5 ± 0,7	3,2 ± 0,7	0,105
Préposée aux bénéficiaires / Auxiliaire familiale		34,8 ± 2,1	55,6 ± 2,4	<b>0,001</b>
Récréologue / Technicien en loisirs		0,6 ± 0,4	1,5 ± 0,4	0,178
Personnel affecté à l'entretien ménager		22,5 ± 1,2	13,7 ± 1,1	<b>0,001</b>
Personnel affecté à la préparation des repas		24,8 ± 1,1	14,6 ± 1,0	<b>0,001</b>
Taux de roulement du personnel au cours de la dernière année		0,39 ± 0,12	0,78 ± 0,17	0,073
Ressources externes avec lesquelles l'habitation collabore sur une base régulière	Services de soutien à domicile (CLSC, SAPA)	100 %	100 %	
	Centres de jour pour aînés	65 %	53 %	0,254
	Médecins	28 %	29 %	0,917
	Groupes communautaires	18 %	17 %	0,841
	Entreprises d'économie sociale en aide à domicile	2 %	4 %	0,702

\*Les pourcentages sont rapportés pour les variables catégoriques et la moyenne ± l'erreur-type pour les variables continues.

\*\*La différence observée entre les RPA et les RI est jugée statistiquement significative lorsque la valeur *p* est inférieure à 0,05 (en gras dans le tableau pour en faciliter le repérage).

Tableau 2C

Le tableau suivant brosse un portrait général de la clientèle qui vivait dans un milieu au moment de notre passage<sup>25</sup>. La vaste majorité des résidents était âgée de 75 ans ou plus. Leurs besoins étaient plus élevés en RI qu'en RPA, comme en témoigne notre indice de lourdeur de la clientèle. Les RPA étaient d'ailleurs proportionnellement moins nombreuses à accepter des personnes qui présentaient des troubles de comportement, requéraient une surveillance continue ou souffraient d'incontinence. Mises à part les situations de dépassement de l'offre de services, une quarantaine de répondants ont mentionné devoir réorienter un résident

qui devient agressif, se comporte de façon inappropriée (souvent sur le plan sexuel) ou qui présente un risque élevé de fugue, surtout la nuit. Par ailleurs, les deux tiers des RPA et la moitié des RI permettaient aux personnes en fin de vie d'y mourir, le plus souvent à condition de pouvoir compter sur l'aide de la famille et/ou du CLSC<sup>26</sup>. Enfin, le tiers des répondants a signalé un écart entre leur clientèle actuelle et celle qu'ils souhaiteraient accueillir. La vaste majorité expliquait cet écart par un alourdissement considérable de leur clientèle, même à l'admission, laquelle s'apparenterait de plus en plus à celle des CHSLD.

### Comparaison de la clientèle des RPA et des RI\*

		RPA (n = 40)	RI (n = 33)	Valeur <i>p</i> **
Pourcentage de personnes âgées de 75 ans ou plus		82,3 ± 3,3	79,7 ± 2,2	0,506
Indice de lourdeur de la clientèle‡		2,7 ± 0,1	3,4 ± 0,1	<b>0,001</b>
Peut admettre une personne qui...				
a besoin d'aide pour se laver, prendre un bain		99 %	100 %	0,244
a besoin d'aide pour s'alimenter		84 %	89 %	0,437
a besoin d'aide pour s'habiller		92 %	100 %	0,224
a besoin d'aide pour ses transferts		87 %	93 %	0,332
a des troubles de comportements légers		66 %	100 %	<b>0,011</b>
a des troubles de comportements modérés à graves		4 %	42 %	<b>0,001</b>
requiert une surveillance 24/7		56 %	95 %	<b>0,001</b>
a besoin d'aide relative à une incontinence urinaire		73 %	98 %	<b>0,001</b>
a besoin d'aide relative à une incontinence fécale		64 %	98 %	<b>0,001</b>
Possibilité pour une personne en fin de vie de mourir sur place	Non	34 %	47 %	0,348
	Oui, inconditionnellement	9 %	11 %	
	Oui, sous certaines conditions	57 %	42 %	
Écart entre la clientèle actuelle et celle souhaitée		33 %	37 %	0,736

\*Les pourcentages sont rapportés pour les variables catégoriques et la moyenne ± l'erreur-type pour les variables continues.

\*\*La différence observée entre les RPA et les RI est jugée statistiquement significative lorsque la valeur *p* est inférieure à 0,05 (en gras dans le tableau pour en faciliter le repérage).

‡Indice variant de 1 à 4 qui résulte de l'équation: (1 × le pourcentage de personnes ne nécessitant aucune aide) + (2 × le pourcentage de personnes nécessitant une aide occasionnelle) + (3 × le pourcentage de personnes nécessitant de l'aide régulière pour certaines activités) + (4 × le pourcentage de personnes nécessitant de l'aide régulière pour toutes leurs activités ou presque). Plus le score est élevé, plus lourde est la clientèle.

Tableau 2D

<sup>25</sup> Il s'agit ici de l'ensemble de la clientèle présente dans le milieu et non des résidents que nous avons évalués, lesquels font l'objet de la section suivante.

<sup>26</sup> Signalons que les résidents des RPA ont signé un bail de logement et jouissent de ce fait du droit au maintien dans le milieu, une disposition d'ordre public prévue au *Code civil du Québec*. En théorie, une RPA ne peut jamais, de sa propre initiative, forcer un résident à se relocaliser. Cela ne peut se faire que par une entente de gré à gré ou sur décision du Tribunal administratif du logement. Cela dit, l'exploitant de la RPA, en collaboration avec les intervenants du réseau, a généralement une grande influence sur le résident et sur la décision de ce dernier, ou de ses proches, de demeurer ou non dans son milieu de vie à l'approche de son décès.

## Portrait des résidents

Analogue à la figure 1, la figure 2 rend compte du processus ayant mené au recrutement des 282 résidents que nous avons évalués. Un quart seulement des personnes sollicitées n'ont pas été évaluées,

principalement en raison de leur inadmissibilité. Les taux de participation sont élevés parmi les personnes admissibles, dépassant 90 % dans les RPA comme dans les RI.

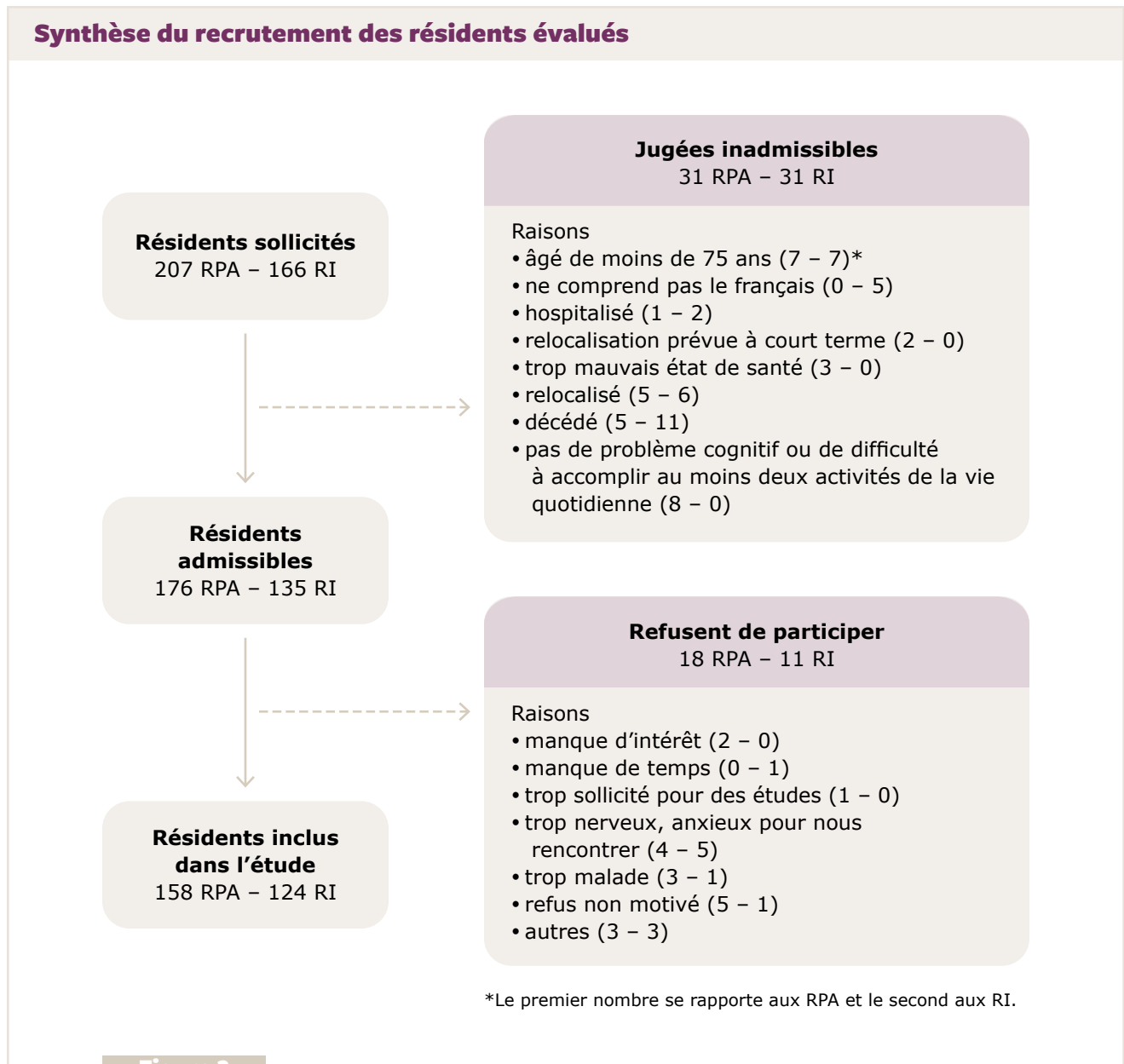


Figure 2





Les caractéristiques des résidents évalués sont comparées au tableau 3. Aucune différence ne distingue les deux groupes sur le plan sociodémographique. Les résidents sont en moyenne âgés de 85 ans, et près de 75 % d'entre eux sont des femmes. Plus de la moitié sont veuves ou veufs tandis que 16 % se considèrent pauvres ou très pauvres. Au cours du mois précédant

notre visite, 70 % des résidents avaient été visités par un proche ou un ami au moins une fois par semaine ; 6 % n'avaient reçu aucune visite. Bien qu'habitant un milieu collectif, 40 % des résidents d'une RPA, et la moitié de ceux d'une RI, nous ont dit souffrir de solitude, parfois ou souvent.

### Comparaison des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des résidents évalués\*

		RPA (n = 158)	RI (n = 124)	Valeur <i>p</i> **
<b>Démographiques</b>				
Genre (femme)		76 %	73 %	0,543
Âge (en années)		85,3 ± 0,5	85,0 ± 0,6	0,683
État civil	Veuf	62 %	54 %	0,271
	Marié ou conjoint de fait	13 %	23 %	
	Célibataire, divorcé ou séparé	25 %	24 %	
Scolarité	7 <sup>e</sup> année ou moins	57 %	50 %	0,240
	8 <sup>e</sup> à 12 <sup>e</sup> année	31 %	43 %	
	13 <sup>e</sup> année ou plus	12 %	8 %	
Situation financière	À l'aise financièrement	16 %	14 %	0,947
	Revenus suffisants pour subvenir aux besoins essentiels	68 %	69 %	
	Pauvre ou très pauvre	16 %	16 %	
<b>Soutien social</b>				
Fréquence de visite de la part d'un proche ou d'un ami dans le dernier mois	Presque tous les jours	16 %	21 %	0,873
	Environ 1 fois par semaine	54 %	49 %	
	Environ 1 fois par mois	24 %	25 %	
	Jamais	6 %	6 %	
Souffre de solitude	Oui, souvent	8 %	17 %	0,118
	Oui, parfois	32 %	34 %	
	Non	60 %	49 %	

\*Les pourcentages sont rapportés pour les variables catégoriques et la moyenne ± l'erreur-type pour les variables continues.

\*\*La différence observée entre les RPA et les RI est jugée statistiquement significative lorsque la valeur *p* est inférieure à 0,05 (en gras dans le tableau pour en faciliter le repérage).

## Comparaison des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des résidents évalués (suite)

<b>Cliniques</b>				
Auto-perception de l'état de santé	Excellente	7 %	4 %	0,306
	Très bonne	22 %	19 %	
	Bonne	35 %	48 %	
	Moyenne	26 %	18 %	
	Mauvaise	9 %	11 %	
Indice de comorbidité (sur 68)		4,5 ± 0,4	5,7 ± 0,4	<b>0,030</b>
<b>Autonomie fonctionnelle*</b>				
Score SMAF > 40		13 %	40 %	<b>0,001</b>
Score SMAF total (sur 87)		28,0 ± 1,1	38,1 ± 1,1	<b>0,001</b>
Score SMAF par sous-échelle (sur 3)	Activités de la vie quotidienne	0,7 ± 0,1	0,9 ± 0,1	<b>0,003</b>
	Mobilité	0,5 ± 0,0	0,8 ± 0,1	<b>0,001</b>
	Communication	0,2 ± 0,0	0,3 ± 0,0	0,440
	Fonctions mentales	0,6 ± 0,1	1,1 ± 0,1	<b>0,001</b>
Activités de la vie domestique		2,1 ± 0,1	2,6 ± 0,0	<b>0,001</b>
<b>Fonctionnement cognitif**</b>				
Sous régime de protection pour inaptitude		9 %	31 %	<b>0,004</b>
Score 3MS < 60		25 %	44 %	<b>0,018</b>
Score 3MS total (sur 100)		69,8 ± 1,8	56,4 ± 4,7	<b>0,010</b>

\*Mesurée avec le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)<sup>1</sup>. Plus le score SMAF est élevé, plus la perte d'autonomie est importante. Un score SMAF > 40 témoigne d'une perte significative d'autonomie.

\*\*Mesuré avec l'Échelle de statut mental modifiée (3MS)<sup>2</sup>. Plus le score 3MS est faible, plus grande est l'atteinte cognitive. Un score 3MS < 60 témoigne d'une atteinte significative des fonctions cognitives.

<sup>1</sup> Hébert R, Carrier R, Bilodeau A. The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age Ageing* 17: 293-302, 1988; Desrosiers J, Bravo G, Hébert R, Dubuc N. Reliability of the Functional Autonomy Measurement System (SMAF) revised for epidemiological study. *Age Ageing* 24: 402-406, 1995.

<sup>2</sup> Teng EL, Chui HC. The Modified Mini-Mental State (3MS) Examination. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48: 314-318, 1987; Hébert R, Bravo G, Girouard D. Validation de l'adaptation française du Modified Mini-Mental State (3MS). *Revue de Gériatrie* 17: 443-450, 1992.

**Tableau 3**

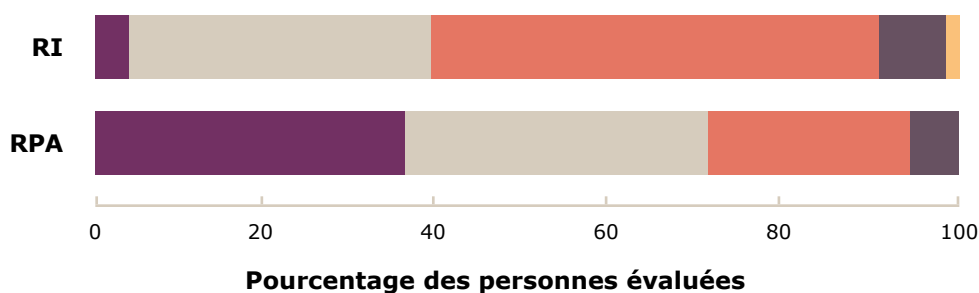
Suite de la page précédente

Sur le plan clinique, on observe en revanche des différences marquées entre les deux groupes de résidents. Si l'état de santé perçu ne diffère pas entre les groupes, l'indice de comorbidité est significativement plus élevé chez les résidents des RI<sup>27</sup>. Ces derniers sont aussi en plus lourde perte d'autonomie que ceux des RPA. En conséquence, la répartition des résidents dans les cinq regroupements de profils ISO-SMAF diffère également, comme le montre la figure 3. En RPA, les profils 1 à 3 (atteinte aux tâches domestiques seulement) et les profils 4, 6 et 9 (atteinte motrice prédominante) sont nettement plus fréquents, avec néanmoins un quart

des résidents classés dans les profils 5, 7, 8 et 10 (atteinte mentale prédominante). En RI, les profils 4 à 10 prédominent, regroupant 87 % des personnes évaluées. Les profils 11 et 12 (atteinte motrice prédominante, avec trouble de comportement) sont plus rares mais néanmoins représentés, en RPA comme en RI. En cohérence avec ces résultats, c'est en RI que l'on retrouve la plus forte proportion de personnes placées sous régime de protection pour cause d'inaptitude ou dont le score à l'Échelle de statut mental modifiée (3MS) est inférieur à 60, un indicateur d'une atteinte significative des fonctions cognitives.

### Répartition des personnes évaluées dans les cinq catégories de profils ISO-SMAF<sup>1</sup> selon le type d'habitation

Les répartitions diffèrent significativement entre les deux groupes ( $p < 0,001$ ).



- Atteinte aux tâches domestiques seulement (profils 1, 2 et 3)
- Atteinte motrice prédominante (profils 4, 6 et 9)
- Atteinte mentale prédominante (profils 5, 7, 8 et 10)
- Atteinte motrice prédominante, avec trouble de comportement (profils 11 et 12)
- Alité et dépendant aux activités de la vie quotidienne, avec trouble de communication (profils 13 et 14)

<sup>1</sup> Dubuc N, Hébert R, Desrosiers J, Buteau M, Trottier L. Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: The Iso-SMAF profiles. Archives of Gerontology and Geriatrics 42: 191-206, 2006.

Figure 3

<sup>27</sup> Cet indice s'obtient de la somme pondérée du nombre de maladies dont souffre la personne, le poids reflétant l'impact de la maladie sur ses activités quotidiennes.

Enfin, le tableau 4 résume l’historique d’habitation des personnes évaluées, leurs conditions actuelles de vie et leur sentiment d’être chez elles. Plusieurs raisons peuvent avoir amené une personne à quitter son milieu de vie antérieur. Parmi celles-ci, les plus souvent citées sont la perte d’autonomie ou la survenue d’une maladie, un besoin de sécurité et un sentiment d’isolement après la perte du conjoint ou d’un proche aidant.

Le tiers des résidents d’une RPA, et les deux tiers de ceux d’une RI, n’avaient pas eux-mêmes choisi leur milieu de vie actuel. La moitié des résidents d’une RPA et 75 % des usagers d’une RI ne connaissaient pas le milieu dans lequel ils ont aménagé. En moyenne, au moment de notre passage dans leur milieu de vie, les résidents y vivaient depuis 3,8 années. La vaste majorité vivait seule dans son unité et occupait une chambre simple.

### Comparaison de l’historique et des conditions actuelles d’habitation des résidents évalués\*

		RPA (n = 158)	RI (n = 124)	Valeur <i>p</i> **
Nombre de changements de lieu de résidence dans les 10 dernières années		1,3 ± 0,1	1,8 ± 0,1	<b>0,007</b>
Raison pour avoir quitté le lieu de résidence précédent‡	Pour briser l’isolement	22 %	15 %	0,252
	Perte d’autonomie/maladie	67 %	84 %	<b>0,007</b>
	Maison trop grande	9 %	8 %	0,811
	Pour l’aide domestique	20 %	12 %	0,090
	Besoin de sécurité	29 %	23 %	0,349
	Pour suivre un proche	7 %	5 %	0,567
	Pour de meilleurs soins/ un loyer plus abordable	3 %	9 %	0,058
	Fermeture de la résidence précédente	4 %	4 %	0,998
	Décision des proches	4 %	3 %	0,575
	Autres	2 %	4 %	0,405
A choisi son lieu de résidence actuel	Non	33 %	63 %	<b>0,002</b>
	Dans une certaine mesure	39 %	24 %	
	Oui	28 %	13 %	
Connaissait le lieu où il/elle réside actuellement	Pas du tout	50 %	75 %	<b>0,001</b>
	Un peu	31 %	20 %	
	Bien ou très bien	19 %	5 %	

\*Les pourcentages sont rapportés pour les variables catégoriques et la moyenne ± l’erreur-type pour les variables continues.

\*\*La différence observée entre les RPA et les RI est jugée statistiquement significative lorsque la valeur *p* est inférieure à 0,05 (en gras dans le tableau pour en faciliter le repérage).

‡Plus d’une réponse possible.

**Tableau 4**

Suite à la page suivante

## Comparaison de l'historique et des conditions actuelles d'habitation des résidents évalués (suite)

Nombre d'années dans le lieu de résidence actuel		3,9 ± 0,4	3,1 ± 0,3	0,107
Vit seul dans son unité		94 %	100 %	0,290
Occupe une chambre simple		88 %	99 %	<b>0,001</b>
A bénéficié des services ou programmes suivants au cours de la dernière année	Services d'aide domestique	18 %	3 %	<b>0,001</b>
	Services de soutien à domicile d'un CLSC	31 %	22 %	0,240
	Crédit de solidarité	41 %	25 %	<b>0,032</b>
	Autres crédits	24 %	1 %	<b>0,001</b>
Si la personne devait quitter son milieu de vie actuel, elle irait vivre...	Chez un proche ou un ami	2 %	< 1 %	0,130
	Dans un autre milieu de vie collectif	24 %	26 %	
	D'autres décideront pour elle	5 %	1 %	
	Autres	4 %	7 %	
	Ne sait pas	16 %	26 %	
	Ne veut pas quitter	49 %	39 %	
Sentiment de se sentir chez soi (score de 1 à 5)*		4,0 ± 0,0	3,9 ± 0,1	0,110

\*Mesuré avec l'Experience of Home Scale de Molony et collaborateurs<sup>1</sup>, dont une version en français a été produite par un traducteur professionnel. Plus le score est élevé, plus grand est le sentiment de se sentir chez soi. Il ne convient pas de faire remplir cette échelle par un tiers. Par conséquent, aucun score n'est disponible pour 50 personnes jugées inaptes à remplir l'échelle par elles-mêmes.

<sup>1</sup> Molony SL, Dillon McDonald D, Palmisano-Mills C. Psychometric testing of an instrument to measure the experience of home. *Research in Nursing and Health* 30: 518-530, 2007.

**Tableau 4**

Suite de la page précédente

Vers la fin de l'entrevue, nous demandions aux résidents : « Si votre état de santé se détériorait au point de devoir quitter votre lieu de résidence actuel, où iriez-vous? ». Comme on le voit au tableau 4, 65 % d'entre eux ne savaient quoi répondre ou ne voulaient simplement pas envisager cette éventualité ; 25 % déménageraient dans un autre milieu de vie collectif

qui leur offrirait les services dont ils auraient besoin<sup>28</sup>. Ces constats suggèrent que plusieurs des personnes que nous avons évaluées étaient assez satisfaites de leur milieu de vie actuel ou de vivre en milieu collectif. C'est aussi ce qu'indique l'Échelle du sentiment de se sentir chez soi dont le score moyen, en RPA comme en RI, se situe près de 4 sur une échelle allant de 1 à 5.

<sup>28</sup> Nous n'avons pas demandé aux résidents de préciser le type de milieu (RPA, RI ou CHSLD). Considérant la mauvaise presse dont faisaient l'objet les CHSLD, il nous apparaissait peu probable que nombre d'entre eux ait souhaité y déménager.

## Discussion

Dans cette dernière section, nous signalerons d'abord les forces et limites de notre étude, lesquelles doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats. Nous rappellerons ensuite nos principaux constats, et soulignerons leurs répercussions possibles sur la qualité des services dispensés dans les milieux étudiés et sur la qualité de vie des personnes qu'ils accueillent.

### Forces et limites de l'étude

À notre connaissance, le présent fascicule brosse, pour la toute première fois, un portrait comparatif d'un sous-ensemble de RPA et de RI, et d'une partie de la clientèle qu'elles desservent. Un nombre considérable de responsables d'habitation sollicités a refusé de participer à notre étude. Faut de données publiques disponibles, nous ne sommes pas en mesure de déterminer si les habitations participantes sont représentatives de l'ensemble des RPA et des RI de moins de 50 unités. D'autre part, toutes les données sur les milieux de vie sont auto-rapportées et aucune vérification n'a été faite lorsque cela aurait été possible. Par exemple, 71 % des répondants d'une RI nous ont dit être membres de l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ). Or, dès qu'une RI signe une entente avec un CISSS ou un CIUSSS, elle est d'emblée membre de cette association. Nous ne pouvons expliquer cette incohérence. Autre exemple : les résidents ont été questionnés sur ce qu'il leur en coûtait par mois pour vivre dans leur milieu et, outre le loyer, quels services supplémentaires ils obtenaient pour ce montant (décrits dans une annexe au bail, par exemple). L'analyse de ces données a soulevé des doutes quant à leur validité, puisque le coût mensuel moyen en RI dépassait la contribution maximale. Nous avons donc choisi d'ignorer les données relatives au coût mensuel.

En revanche, rappelons que la vaste majorité des résidents que nous avons sollicités ont effectivement été évalués. Combiné à l'utilisation par notre personnel de recherche d'une batterie d'instruments de mesure aux propriétés métrologiques bien établies, ce taux élevé de participation donne confiance dans le portrait comparatif que nous avons dressé des résidents.

**L'utilisation d'une batterie d'instruments de mesure aux propriétés métrologiques bien établies et le taux élevé de participation à notre étude donnent confiance dans le portrait comparatif des résidents.**



## Retour sur les principaux constats

Les responsables des RPA et des RI participantes présentent des caractéristiques similaires, sauf en ce qui a trait à la scolarité, plus faible dans les RPA. Cette différence, combinée à des ratios inférieurs d'employés réguliers dans ce type d'habitation, pourrait compromettre leur capacité à répondre adéquatement aux besoins de leurs résidents. En revanche, bien

**Même si les résidents d'une RPA sont en moyenne aussi âgés que les usagers d'une RI, ils sont généralement plus autonomes.**

qu'aussi âgés en moyenne que les usagers d'une RI, les résidents d'une RPA sont généralement plus autonomes (cf. Tableau 2D, Tableau 3 et Figure 3). Cela s'explique en partie par le choix fait par plusieurs exploitants de RPA de ne pas admettre les personnes dont les besoins sont importants, notamment lorsque leurs fonctions cognitives sont atteintes (cf. Tableau 2B).

Nous n'avons pas collecté de données sur les qualifications du personnel qui donne des services au quotidien, notamment les préposés aux bénéficiaires (PAB). Alors que les articles 28 et 29 du règlement sur la

certification des RPA précisent le diplôme et les formations que les PAB des RPA doivent détenir<sup>29</sup>, il n'y a aucune exigence de ce type pour les préposés des RI. Pourtant, comme le confirment nos données, les usagers des RI présentent de plus grandes vulnérabilités que les résidents des RPA. Les études qui seront conduites en RPA et en RI à l'avenir devraient mesurer les qualifications du personnel en place et les comparer entre les deux catégories de milieu. De telles données permettraient de déterminer si les exigences en matière de qualification, là où elles existent, contribuent au mieux-être des résidents. Elles serviraient également d'assises à toute exigence en cette matière imposée aux RI dans le futur. Entretemps, il sera intéressant de voir, dans un prochain fascicule, dans quelle mesure les différences que nous avons observées entre les RPA et les RI, qui pointent parfois dans des directions opposées, se répercutent sur la qualité des services que reçoivent les personnes qui y habitent.

Sur le plan social, notons l'isolement et le sentiment de solitude que ressentent plusieurs des personnes que nous avons évaluées (cf. Tableau 3). À cela s'ajoute le fait qu'un tiers des résidents d'une RPA, et les deux tiers des usagers d'une RI, n'ont pas eux-mêmes choisi leur lieu actuel de résidence (cf. Tableau 4)<sup>30</sup>. La différence entre les deux catégories de milieu ne surprend guère, dans la mesure où les RPA offrent leurs logements sur le marché, tandis que les RI accueillent les personnes que leur envoie un établissement. Néanmoins, ces données témoignent du faible pouvoir d'agir des aînés, notamment en milieu rural où les options sont limitées si l'on souhaite demeurer à proximité de l'endroit où on résidait jusque-là. Si certaines personnes âgées se sont faites imposer le choix d'une RPA ou d'une RI, cela pourrait affecter négativement leur qualité de vie. En revanche, plusieurs des résidents que nous avons rencontrés ne souhaitaient pas quitter leur milieu de vie actuel. D'autres nous ont dit qu'ils chercheraient une autre habitation collective si l'évolution de leur état de santé les y forçait. Ayant déjà quitté leur domicile, les personnes rencontrées semblaient conscientes qu'un retour à domicile était improbable. Ces constats témoignent d'une perception plutôt positive de la qualité de vie, que la personne ait ou non choisi son lieu actuel de résidence. Nous verrons dans un prochain fascicule l'influence qu'exercent réellement ces divers éléments sur la qualité de vie des résidents.

<sup>29</sup> [http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cr/S-4.2, % 20r. % 200.01/20180324](http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cr/S-4.2,%20r.%200.01/20180324)

<sup>30</sup> La donnée sur le choix du milieu de vie provient d'un item unique, tiré de l'Échelle de Molony et collaborateurs (Molony SL, Dillon McDonald D, Palmisano-Mills C. Psychometric testing of an instrument to measure the experience of home. *Research in Nursing and Health* 30: 518-530, 2007). Cet item ne demande pas qui a choisi à la place du résident (un proche? un intervenant du CLSC?).