

Novembre 2021 / numéro 8

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

RPA ET RI: COMMENT SE COMPARENT LA QUALITÉ DE VIE ET LA QUALITÉ DES SERVICES DE LEURS RÉSIDENTS ET USAGERS?

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

Introduction	1
Méthodologie	6
Mesure des variables	6
Résultats	8
Qualité de vie	8
Qualité des services	9
Discussion	17



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. Nous remercions également l'ensemble des participants à l'étude, pour le temps qu'ils nous ont consacré.

Introduction

DANS LE FASCICULE 5¹, nous avons brossé un portrait comparatif de résidences privées pour aînés (RPA) et de ressources intermédiaires (RI) de moins de 50 logements, puis comparé un échantillon de leurs résidents et usagers. Ce portrait repose sur des données collectées dans 73 milieux (40 RPA et 33 RI), choisis aléatoirement dans quatre régions du Québec : Bas-Saint-Laurent, Capitale-Nationale, Estrie et Montérégie. Nous avons d’abord mené une entrevue avec un répondant de chacun des milieux participants afin de décrire la clientèle, le personnel et les soins et services offerts. Nous avons ensuite rencontré 282 personnes qui vivaient dans ces milieux (158 en RPA et 124 en RI), pour évaluer leur état de santé, leur condition de vie et la réponse du milieu à leurs besoins spécifiques. Tiré du fascicule 5, le tableau 1 de la page suivante rappelle quelques-unes des caractéristiques des milieux de vie que nous avons visités et des résidents et usagers que nous avons évalués.



¹ https://recherche.enap.ca/Recherche/docs/La_recherche/Publications%20et%20projets%20de%20recherche/Fascicule_5.pdf

Caractéristiques des milieux de vie visités et des personnes évaluées^a

Milieux de vie		RPA (n = 40) ^b	RI (n = 33) ^b	Valeur p
Région	Bas-Saint-Laurent	27,1 %	13,5 %	0,269
	Capitale-Nationale	19,1 %	8,1 %	
	Estrie	14,4 %	9,5 %	
	Montérégie	39,3 %	68,9 %	
Taille	1 à 9 unités	39,6 %	36,5 %	0,743
	10 à 29 unités	45,7 %	39,2 %	
	30 à 49 unités	14,7 %	24,3 %	
Zone	Urbaine	46 %	46 %	0,980
	Semi-urbaine	15 %	14 %	
	Rurale	39 %	40 %	
Taux d'occupation (en %)		79,8	96,0	0,001
Indice de lourdeur de la clientèle ^c		2,7	3,4	0,001
Nombre d'employés réguliers (en ETP) par unité locative occupée		0,20	0,58	0,004
Taux de roulement du personnel		13 %	23 %	0,018
Personnel affecté (en %)	aux soins directs à la personne	34,8	55,6	0,001
	à l'entretien ménager	22,5	13,7	0,001
	à la préparation des repas	24,8	14,6	0,001
Personnes évaluées		RPA (n = 158) ^b	RI (n = 124) ^b	Valeur p
Genre (femme)		76 %	73 %	0,543
Âge (en années)		85,3	85,0	0,683
État civil (marié ou conjoint de fait)		13 %	23 %	0,130
Scolarité (7 ^e année ou moins)		57 %	50 %	0,292
Situation financière (pauvre ou très pauvre)		16 %	16 %	0,957
Indice de comorbidité ^d		4,5	5,7	0,030
Fonctionnement cognitif (score 3MS) ^e		69,8	56,4	0,010
Autonomie fonctionnelle (score SMAF) ^f		28,0	38,1	0,001
A choisi son milieu		67 %	37 %	0,001
Nombre d'années dans le milieu		3,9	3,1	0,107
Sentiment d'être chez soi ^g		4,0	3,9	0,110

^a Les données sont tirées du Fascicule 5, accessible à

https://recherche.enap.ca/Recherche/docs/La_recherche/Publications%20et%20projets%20de%20recherche/Fascicule_5.pdf.

^b La donnée rapportée est une moyenne pour les variables continues, et un pourcentage pour les variables catégoriques.

^c Cet indice résulte de l'équation suivante: (1 x le pourcentage de personnes ne nécessitant aucune aide) + (2 x le pourcentage de personnes nécessitant une aide occasionnelle) + (3 x le pourcentage de personnes nécessitant de l'aide régulière pour certaines activités) + (4 x 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.

^d Cet indice s'obtient de la somme pondérée du nombre de maladies dont souffre la personne, le poids reflétant l'impact auto-rapporté de la maladie sur ses activités quotidiennes.

^e 3MS: Echelle de statut mental modifiée. Teng EL, Chui HC. The Modified Mini-Mental State (3MS) Examination. Journal of Clinical Psychiatry, 48: 314-318, 1987. Score variant de 0 à 100. Plus le score est faible, plus grande est l'atteinte cognitive.

^f SMAF: Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle. Hébert R, Carrier R, Bilodeau A. The Functional Autonomy Measurement System: Description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. Age & Ageing 17: 293-302, 1988. Score variant de 0 à 87. Plus le score est élevé, plus grande est la perte d'autonomie.

^g Mesuré avec l'Experience of Home Scale de 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. Score variant de 1 à 5. Plus le score est élevé, plus la personne se sent chez elle. Donnée manquante pour 19 résidents d'une RPA et 32 usagers d'une RI, en raison d'une trop grande atteinte cognitive.

Tableau 1

Les entrevues que nous avons menées auprès d'un répondant de chacun des milieux participants nous indiquent d'abord que les besoins de la clientèle des RI sont supérieurs à ceux de la clientèle des RPA. Notre indice de lourdeur de la clientèle s'élève en moyenne à 3,4 sur 4 en RI, contre 2,7 en RPA ($p = 0,001$)². En cohérence avec ce résultat, le nombre d'employés réguliers, en équivalent temps plein (ETP) par unité locative occupée, est plus élevé dans les RI que dans les RPA (0,58 contre 0,20 ; $p = 0,004$). La proportion d'employés par catégorie d'emploi diffère également : 56 % des employés réguliers d'une RI sont affectés aux soins directs à la personne (préposés aux bénéficiaires/auxiliaires familiales), contre 35 % en RPA ($p = 0,001$). À l'inverse, la proportion du personnel affecté à l'entretien ménager (22 % contre 14 % ; $p = 0,001$) ou à la préparation des repas (25 % contre 15 % ; $p = 0,001$) est plus élevée en RPA qu'en RI.

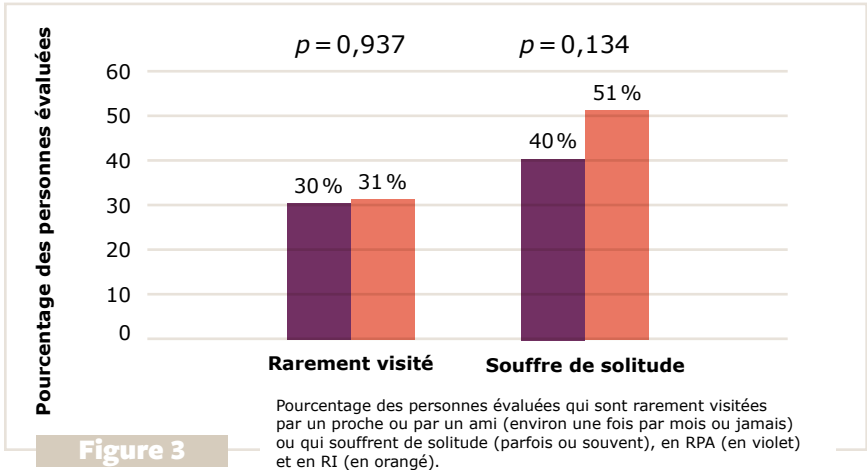
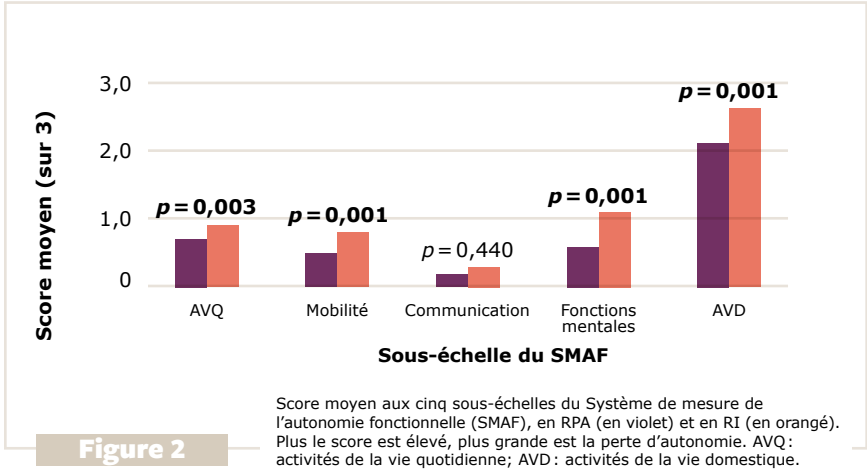
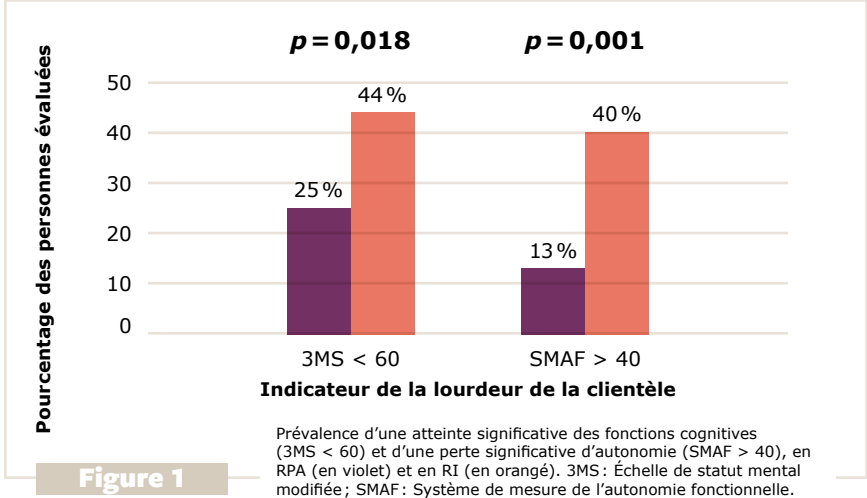
Nos évaluations de personnes qui vivent dans ces deux types de milieu corroborent les informations que nous ont livrées les répondants. Comme le montre la figure 1, la proportion des personnes évaluées qui présentaient une atteinte significative des fonctions cognitives ($3MS < 60$)³ ou une perte significative d'autonomie (SMAF > 40)⁴ est plus élevée en RI qu'en RPA. En outre, une différence existe entre les deux types de milieu pour toutes les sous-échelles du SMAF (cf. figure 2), exception faite de celle relative à la communication pour laquelle aucune différence n'est décelée. Autre donnée à signaler (cf. figure 3) : la proportion relativement élevée de personnes qui nous ont dit recevoir rarement la visite d'un proche ou d'un ami, ou souffrir de solitude, parfois ou souvent.

² Tout au long de ce fascicule, nous rapportons le résultat de tests statistiques qui servent à comparer les RPA et les RI sur une variable donnée. Ces tests génèrent une valeur p qui permet de juger si la différence observée peut être attribuée au hasard. Lorsque la valeur p est inférieure à 0,05, nous concluons généralement que les RPA et les RI diffèrent significativement, sur le plan statistique, pour la variable en question.

³ 3MS : Échelle de statut mental modifiée. Score variant de 0 à 100. Plus le score est faible, plus grande est l'atteinte cognitive.

⁴ SMAF : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle. Score variant de 0 à 87. Plus le score est élevé, plus grande est la perte d'autonomie.





«RPA et RI: l'une réussit-elle mieux que l'autre à répondre aux besoins des personnes qu'il accueille? Le présent fascicule tente d'y répondre en brossant un portrait comparatif de la qualité de vie des personnes qui vivent en RPA et en RI, et de la qualité des services qu'elles y reçoivent.»

Les constats précédents indiquent que des résidents de RPA et des usagers de RI présentent une perte d'autonomie significative, tant sur le plan fonctionnel que cognitif. Assurer la qualité de vie de ces personnes et leur fournir des services de qualité constituent donc un défi important. Les deux types de milieu étudiés (RPA et RI) parviennent-ils à relever ce défi? L'un réussit-il mieux que l'autre à répondre aux besoins des personnes qu'il accueille? À notre connaissance, aucun écrit scientifique ne fournit de réponse à ces questions. Le présent fascicule tente d'y répondre en brossant un portrait comparatif de la qualité de vie des personnes qui vivent en RPA et en RI, et de la qualité des services qu'elles y reçoivent.

À la section suivante, nous rappelons d'abord comment nous avons mesuré nos deux variables d'intérêt principal, soit la qualité de vie et la qualité des services. Nous comparons ensuite les RPA et les RI sur ces deux variables. Puis, sachant que celles-ci peuvent dépendre d'autres caractéristiques du milieu de vie ou de la personne évaluée, nous rapportons les résultats d'une série d'analyses complémentaires visant à clarifier l'influence du type de milieu (RPA ou RI) sur la qualité de vie et sur la qualité des services, après avoir tenu compte d'autres facteurs d'influence. L'ensemble de nos résultats fait enfin l'objet d'une brève discussion, dans laquelle nous résumons nos principaux constats, puis proposons des pistes d'étude futures.



Méthodologie

Les données présentées dans le présent fascicule proviennent d'instruments qui ont servi à mesurer nos deux variables principales. Ces instruments ayant été introduits dans la *Note méthodologique*⁵, nous nous contenterons ici de les rappeler brièvement.

Mesures de la qualité de vie et de la qualité des services

La **qualité de vie** a été évaluée au moyen du *Quality of Life Scales for Nursing Home Residents (QoLNR)* développé et validé aux États-Unis par Robert Kane et ses collaborateurs⁶. Axé sur des aspects psychologiques et sociaux, le QoLNR mesure 11 domaines distincts mais interreliés de la qualité de vie en milieu collectif : 1) confort, 2) compétence fonctionnelle, 3) intimité, 4) dignité, 5) activités significatives, 6) relations interpersonnelles, 7) autonomie décisionnelle, 8) expérience alimentaire, 9) bien-être spirituel, 10) sentiment de sécurité et 11) individualité. Chaque domaine est mesuré par le biais de trois à six items, cotés pour la plupart sur une échelle de Likert à quatre degrés allant de 0 (*rarement*) à 3 (*souvent*). Par exemple, « *Vous arrive-t-il d'avoir froid ici?* », ou encore, « *Le personnel prend-t-il vos préférences au sérieux?* ». La possibilité de répondre *plutôt oui* ou *plutôt non* est offerte aux personnes pour qui une échelle à quatre niveaux est trop difficile à utiliser. Il s'agit généralement de personnes aux fonctions cognitives diminuées. Aucun score n'est disponible pour les personnes avec atteinte cognitive grave, car il ne convient pas de faire remplir les différentes sous-échelles par un tiers⁷.

Avant leur traitement statistique, certaines cotes doivent être inversées afin qu'elles pointent toutes dans la même direction. La somme des cotes par domaine, divisée par le nombre d'items qu'il comprend, génère alors un score total variant de 0 à 3. Plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie. Ces scores sont calculés en autant que le résident ou l'utilisateur a été en mesure de coter un nombre minimal d'items appartenant au domaine⁸. La moyenne des items du domaine que le résident ou l'utilisateur a effectivement cotés est alors substituée aux items manquants avant d'en faire la somme pour établir le score total.

Ces 11 sous-échelles sont suivies d'une autre de même nature, qui fournit une évaluation globale de la qualité de vie. Celle-ci mesure chacun des 11 domaines précités au moyen d'un item unique, puis demande au résident ou à l'utilisateur s'il a une belle vie en général (*non, pas du tout* ou *oui, tout à fait*). Comme pour les autres sous-échelles, un score plus élevé à cette dernière sous-échelle témoigne d'une meilleure qualité de vie.

Nous disposons de trois mesures complémentaires de la **qualité des services**. La première est une évaluation globale fournie par le répondant d'un milieu donné. Sur une échelle de 1 (*excellente*) à 5 (*très faible*), le répondant était invité à répondre à la question suivante : « *Comment évaluez-vous la capacité de votre milieu à répondre aux besoins des personnes âgées de 75 ans ou plus?* ». À tous ceux qui choisissaient une cote autre qu'*excellente*, nous demandions quels changements permettraient à leur milieu de recevoir la cote maximale.



⁵ Accessible à https://recherche.enap.ca/Recherche/docs/La_recherche/Publications%20et%20projets%20de%20recherche/Note_methodologique.pdf.

⁶ Kane RA, Kling KC, Bershasky B *et al.* Quality of Life Measures for Nursing Home Residents. *Journal of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 58: M240-M248, 2003.

⁷ Kane RL, Kane RA, Bershasky B *et al.* Proxy sources for information on nursing home residents' quality of life. *Journal of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 60: S318-S325, 2005.

⁸ Tous les items doivent avoir été cotés lorsque le domaine en compte trois, au moins 75 % lorsqu'il en compte quatre, et au moins 66 % lorsqu'il en compte cinq ou plus.

Une deuxième mesure provient des résidents et des usagers que nous jugions cliniquement aptes à nous fournir une évaluation valide de la qualité des services qu'ils recevaient ou, dans le cas des personnes jugées inaptes, d'un membre de leur famille. Ces personnes fournissaient une évaluation globale (identique à celle demandée aux répondants des milieux participants) ainsi qu'une évaluation spécifique pour différentes dimensions de la qualité des services (par exemple, la nourriture, les soins de base et le degré de liberté dont dispose le résident ou l'utilisateur dans ses activités quotidiennes). Nous leur avons également demandé ce qu'elles appréciaient le plus et le moins dans le milieu de vie, et si elles le recommanderaient à un proche.

Enfin, des assistants de recherche préalablement formés ont aussi fourni une évaluation de la qualité des services reçus par chacun des résidents et des usagers qu'ils ont rencontrés. Leur évaluation repose sur l'Échelle de mesure de l'adéquation des services (ÉMAS)⁹, qu'ils remplissaient après avoir passé plusieurs heures dans le milieu, à observer les lieux et les interactions du personnel avec les résidents et usagers. Rappelons que l'ÉMAS comprend 54 items répartis en six sous-échelles qui touchent 1) l'environnement, 2) les soins physiques, 3) le maintien des soins de santé, 4) les relations interpersonnelles, 5) le respect des droits et 6) la gestion des biens. Chaque item est coté sur une échelle graduée de 1 (*meilleurs services possibles*) à 5 (*pires services possibles*). L'analyse de ces données génère un score par sous-échelle, ainsi qu'un score total. Ces scores correspondent à la somme des items (d'une sous-échelle donnée ou de l'ensemble de l'échelle) que l'assistant de recherche a été en mesure de coter, divisée par le nombre d'items cotés. Les scores ont été calculés seulement si au moins 75 % des items avaient été cotés.

Analyse statistique

Les analyses descriptives et comparatives ont été effectuées avec IBM SPSS *Complex Samples*, version 25, et avec la procédure *Survey* de Stata, version 16, lesquels permettent de tenir compte de notre plan d'échantillonnage. Comme nous l'avons rappelé dans la note 1, nous avons utilisé des tests statistiques pour comparer les RPA et les RI selon les différentes variables mesurées. La valeur p qui en résulte permet de juger si la différence observée est due au hasard. Lorsque celle-ci est inférieure à 0,05, nous concluons généralement que les RPA et les RI diffèrent significativement pour cette variable, sur le plan statistique.

Suivant les recommandations de Kleinbaum *et al.*¹⁰, nous avons procédé en trois étapes pour clarifier l'influence du type de milieu (RPA ou RI) – notre variable indépendante d'intérêt – sur chacune de nos deux variables dépendantes (la qualité de vie et la qualité des services), après avoir tenu compte d'autres facteurs d'influence (appelés des covariables). Nous avons d'abord repéré, parmi les caractéristiques des milieux de vie et des personnes évaluées, celles qui sont associées à la fois au type de milieu et à la variable dépendante, lorsque nous examinons ces caractéristiques séparément (analyses bivariées). Nous avons retenu pour l'étape suivante, toutes celles qui se sont avérées statistiquement significatives au seuil de 0,15. Ensuite, nous avons testé l'interaction de chacune des caractéristiques retenues avec le type de milieu, et conservé les interactions significatives au niveau 0,05. Enfin, pour la qualité de vie comme pour la qualité des services, nous avons ajouté le type de milieu aux caractéristiques et aux interactions jugées significatives (analyses multivariées), afin de déterminer si le fait de vivre dans une RPA ou une RI exerce une influence sur la qualité de vie ou sur la qualité des services, après avoir tenu compte (statistiquement) des autres facteurs d'influence.



⁹ Phillips LR, Morrison EF, Chae YM. The QUALCARE Scale: Developing an instrument to measure quality of home care. *International Journal of Nursing Studies* 27: 61-75, 1990. Score variant de 1 à 5. Plus le score est élevé, pire est la qualité des services.

¹⁰ Kleinbaum DG, Kupper LL, Nizam A, Rosenberg ES. *Applied Regression Analysis and Other Multivariable Methods*, 5^e édition, 2013.

Résultats

Portrait comparatif de la qualité de vie et de la qualité des services en RPA et en RI

Qualité de vie

Le tableau 2 rapporte les résultats de l'évaluation de la qualité de vie, effectuée par les résidents et les usagers dont les fonctions cognitives le permettaient. Considérant que la cote maximale est de 3, les moyennes rapportées témoignent d'une perception plutôt positive de la qualité de vie, sauf en ce

qui a trait aux activités significantes et aux relations interpersonnelles, pour lesquelles les moyennes ne dépassent pas 2. Ces cotes moyennes plus faibles relativement aux autres domaines s'observent en RPA comme en RI et ne diffèrent pas de façon significative entre les deux types de milieu de vie ($p = 0,180$ et $0,713$ respectivement). En revanche, les deux catégories de milieu se distinguent pour deux des 11 domaines évalués, soit la compétence fonctionnelle ($p = 0,005$) et l'expérience alimentaire ($p = 0,042$), ainsi qu'en regard de l'évaluation globale de la qualité de vie ($p = 0,003$). Dans les trois cas, l'évaluation fournie par les résidents des RPA est plus positive que celle des usagers des RI.

Évaluation de la qualité de vie, fournie par les résidents et usagers jugés aptes à fournir une telle évaluation^a

	RPA ($n = 158$) ^b	RI ($n = 124$) ^b	Valeur p
Évaluation spécifique			
1) Confort	2,21	2,17	0,604
2) Compétence fonctionnelle	2,73	2,54	0,005
3) Intimité	2,58	2,50	0,359
4) Dignité	2,88	2,80	0,094
5) Activités significantes	1,73	1,59	0,180
6) Relations interpersonnelles	2,00	1,96	0,713
7) Autonomie décisionnelle	2,23	2,24	0,972
8) Expérience alimentaire	2,61	2,41	0,042
9) Bien-être spirituel	2,37	2,26	0,291
10) Sentiment de sécurité	2,33	2,32	0,890
11) Individualité	2,31	2,44	0,186
Évaluation globale	2,32	2,13	0,003

^a Évaluation effectuée par le biais du QoLNH de Kane *et al.*, 2003. Score variant de 0 à 3. Plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie. La donnée rapportée est une moyenne.

^b Le nombre de personnes pour qui un score n'a pu être calculé en raison d'une trop grande quantité d'items manquants varie de 12 à 19 en RPA et de 25 à 37 en RI.

Tableau 2

La *compétence fonctionnelle* mesure la capacité de la personne à se déplacer dans son environnement et à atteindre les objets dont elle a besoin au quotidien. Les plus grandes difficultés des usagers des RI à cet égard, comparativement aux résidents des RPA, reflètent leur degré moindre d'autonomie, déjà révélé par le SMAF. L'*expérience alimentaire* mesure la satisfaction de la personne face à la qualité de la nourriture et aux heures des repas. Les insatisfactions à cet égard sont plus grandes en RI qu'en RPA. Enfin, la cote plus faible observée en RI qu'en RPA pour l'évaluation globale de la qualité de vie capte, en quelque sorte, les plus grandes insatisfactions des usagers des RI à l'égard de presque tous les domaines évalués, soit neuf domaines sur 11.

Qualité des services

Comme le montre le tableau 3, 71,3 % des répondants des RPA jugeaient *excellente* la qualité des services rendus dans leur milieu, contre 50,4 % en RI. Bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative ($p = 0,081$), elle laisse néanmoins entrevoir une

qualité de services supérieure en RPA qu'en RI, de l'avis des répondants eux-mêmes.

À ceux qui n'ont pas choisi la cote *excellente*, nous avons demandé quels changements permettraient à leur milieu de mériter ce qualificatif. Les thèmes ayant émergé de l'analyse de leurs réponses sont présentés au tableau 4. On observe une prépondérance de réponses touchant le personnel : nécessité d'en augmenter le nombre et les compétences, notamment en matière de gestion des troubles cognitifs et des problèmes de comportement. Pour d'autres répondants, la difficulté d'offrir à leur personnel des salaires compétitifs, comparativement aux établissements publics et aux résidences privées de plus grande taille, constituait un obstacle majeur à l'excellence. Fait à noter, seuls des répondants d'une RI ont expliqué leur cote sous-optimale par un manque de collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux. Ils étaient d'avis que des améliorations s'imposaient en regard de l'accueil et de la transition des usagers, de la rétribution qu'ils recevaient pour en prendre soin et des qualifications du personnel fourni par le CLSC pour répondre à des besoins particuliers de certains usagers.

Qualité des services dispensés, selon les répondants

Évaluation globale	RPA (n = 40)	RI (n = 33)	Valeur <i>p</i>
Excellente	71,3 %	50,4 %	0,081
Très bonne	28,0 %	47,2 %	
Bonne	0,7 %	2,4 %	
Faible ou très faible	0	0	

Tableau 3

Améliorations qui permettraient de donner une cote excellente au milieu, selon le répondant

Thème	RPA (n = 11 sur 40)	RI (n = 15 sur 33)
Une alimentation de meilleure qualité	1	
Plus d'activités et de loisir	6	2
Du personnel en plus grand nombre, plus compétent et mieux payé	5	8
Des rénovations de l'habitation	2	2
Une meilleure collaboration avec le réseau public		6

Tableau 4

Notre deuxième source d'information sur la qualité des services provient de résidents et d'usagers ou, pour ceux jugés inaptes, d'un de leurs proches. Résumées au tableau 5, leurs cotations corroborent en bonne partie celles des répondants. Si l'évaluation globale de la qualité des services ne s'avère pas discriminante sur le plan statistique ($p = 0,127$), on note néanmoins une tendance à une évaluation plus positive en RPA. En revanche, l'évaluation de dimensions spécifiques de la qualité des services révèle plusieurs différences statistiquement significatives entre les deux catégories de milieu. Celles-ci ont trait à la qualité de la nourriture, des

soins de base, des lieux physiques, des relations avec le personnel et du degré de liberté dont les résidents ou usagers disposent dans leurs activités quotidiennes. Les différences pointent toutes dans la même direction, soit vers une qualité supérieure en RPA qu'en RI. Malgré les insatisfactions exprimées, 80 % des usagers de RI et 89 % des résidents de RPA recommanderaient leur lieu de résidence à un proche (sans hésitation ou avec quelques réserves). Cette question, pour laquelle nous ne décelons pas de différence statistiquement significative entre les deux types de milieu de vie ($p = 0,246$), s'avère moins discriminante que celles qui l'ont précédé.

Qualité des services reçus, selon les résidents et les usagers jugés aptes à l'évaluer ou selon l'un de leurs proches

		RPA (n = 158) ^a	RI (n = 124) ^a	Valeur p
Évaluation globale				
Excellente		28 %	15 %	0,127
Très bonne		38 %	38 %	
Bonne		34 %	45 %	
Faible ou très faible		1 %	3 %	
Évaluation spécifique: Qualité...				
de la nourriture	Excellente	15 %	11 %	0,001
	Très bonne	49 %	17 %	
	Bonne	35 %	61 %	
	Faible ou très faible	1 %	12 %	
des soins de base	Excellente	21 %	19 %	0,028
	Très bonne	37 %	22 %	
	Bonne	41 %	52 %	
	Faible ou très faible	2 %	7 %	
des services de santé	Excellente	19 %	10 %	0,163
	Très bonne	34 %	24 %	
	Bonne	40 %	57 %	
	Faible ou très faible	6 %	10 %	
des lieux physiques	Excellente	23 %	13 %	0,034
	Très bonne	43 %	32 %	
	Bonne	32 %	48 %	
	Faible ou très faible	2 %	7 %	
des relations qu'entretient le personnel avec la personne évaluée	Excellente	27 %	25 %	0,006
	Très bonne	44 %	24 %	
	Bonne	27 %	46 %	
	Faible ou très faible	2 %	6 %	
des activités de loisir	Excellente	7 %	6 %	0,089
	Très bonne	17 %	29 %	
	Bonne	28 %	42 %	
	Faible	29 %	16 %	
	Très faible	19 %	7 %	
du degré de liberté dont dispose la personne évaluée dans ses activités quotidiennes	Excellente	17 %	19 %	0,011
	Très bonne	48 %	24 %	
	Bonne	31 %	48 %	
	Faible ou très faible	5 %	9 %	
Score composite obtenu de la somme des cotes attribuées aux sept dimensions précédentes ^b		2,35	2,59	0,017

^a Le nombre de données manquantes varie de 2 à 11 en RPA et de 4 à 6 en RI.

^b Score variant de 1 à 5. Plus le score est faible, meilleure est la qualité des services.

Tableau 5

Nous avons demandé aux résidents et aux usagers (ou, au besoin, à l'un de leurs proches) ce qu'ils appréciaient le plus et ce qu'ils appréciaient le moins du milieu de vie. L'analyse thématique de leurs réponses fait l'objet du tableau 6. En réponse à ce qu'ils appréciaient le plus, des personnes vraisemblablement insatisfaites ont répondu «rien», tandis que d'autres ont répondu «tout» (*c'est comme chez moi ici*). Les autres réponses touchent un ensemble d'aspects reconnus pour influencer la qualité de vie en milieu collectif, comme les relations interpersonnelles (avec les autres résidents ou usagers, le personnel ou l'exploitant), l'ambiance générale (souvent qualifiée de familiale) et les lieux physiques (propres, confortables, lumineux).

Pour ce qui est de ce qu'ils apprécient le moins, on note d'abord, dans la seconde moitié du tableau 6, le nombre considérable de personnes ayant répondu «rien» (*j'aime tout; rien à redire; tout est parfait*).

Le nombre relativement élevé de personnes qui ne savaient quoi répondre ou préféraient ne pas répondre (*je ne le dirai pas*) est aussi à signaler. Parmi les réponses plus spécifiques, on retrouve souvent le pendant négatif de ce que d'autres appréciaient le plus, par exemple, le manque d'activités (*quand c'est notre fête on est pas fêté, pas de carte, rien*), les lieux physiques (étroitesse, malpropreté, murs mal isolés), la nourriture (peu variée), les relations difficiles avec certains membres du personnel, le manque de liberté (*je me sens en prison; m'obliger à faire des choses que j'aime pas*) et les services (insuffisants, délai d'attente). Enfin, plusieurs ont fait état de la difficile cohabitation avec d'autres résidents ou usagers : *résidente qui crie toujours en face de ma chambre; potinage/méméragage/querelle entre résidents; beaucoup de bruit dans la salle à manger; venir fouiller dans ma chambre; présence d'autres résidents malades*¹¹.

Aspects les plus et les moins appréciés

Thème	RPA (n = 152 sur 158)	RI (n = 116 sur 124)
Ce qu'ils apprécient le plus		
Rien	6	10
Tout	20	16
Relations interpersonnelles	37	24
Ambiance	33	14
Activités	11	15
Lieux physiques	22	24
Intimité	4	
Liberté	6	5
Services/bons soins	14	8
Sécurité	12	7
Nourriture	17	8
Ne sait pas/Préfère ne pas répondre	10	6
Ce qu'ils apprécient le moins		
Rien (aime tout)	60	37
Tout (veut partir)	5	3
Activités	12	7
Lieux physiques	6	13
Nourriture	7	7
Cohabiter avec d'autres	20	11
Certains employés	5	2
Être loin des leurs		3
Règles, horaires contraignants	5	8
Services	4	4
Présence d'animaux	1	
Coûts	2	
Ne sait pas/Préfère ne pas répondre	29	19

Tableau 6

¹¹ À cet égard, M. Jacques Beaudoin nous a signalé l'existence d'un cadre de référence interministériel qui permet l'embauche d'intervenants pour soutenir les résidents dans leur vie collective. Le cadre de référence est accessible à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-845-01.pdf>.

Le tableau suivant présente l'évaluation de la qualité des services effectuée par notre personnel de recherche. Rappelons que celle-ci s'effectuait sur une échelle de 1 à 5, la valeur 1 témoignant de services d'excellente qualité. Globalement, les cotes moyennes sont assez bonnes, ne dépassant pas 1,7 sur l'échelle

de cotation. Elles sont semblables d'une catégorie de milieu à l'autre, exception faite de la sous-échelle relative au maintien des soins de santé ($p = 0,008$) pour laquelle l'évaluation est plus positive dans les RI que dans les RPA.

Qualité des services reçus, selon les assistants de recherche^a

	RPA (n = 158) ^b	RI (n = 124) ^b	Valeur p
Évaluation globale			
Score total	1,47	1,39	0,319
Évaluation par dimension			
Environnement	1,5	1,3	0,121
Soins physiques	1,6	1,5	0,231
Maintien des soins de santé	1,3	1,1	0,008
Relations interpersonnelles	1,7	1,7	0,664
Respect des droits	1,3	1,3	0,872
Gestion des biens	1,3	1,3	0,590

^a Évaluation effectuée au moyen de l'Échelle d'adéquation des services (ÉMAS), développée par Phillips *et al.*, 1990. Score variant de 1 à 5. Plus le score est élevé, pire est la qualité des services. La donnée rapportée est une moyenne.

^b Le nombre de personnes pour qui un score total n'a pu être calculé en raison d'une trop grande quantité d'items manquants varie de 1 à 32 en RPA et de 1 à 39 en RI.

Tableau 7

La sous-échelle de l'ÉMAS relative au maintien des soins de santé est constituée de quatre items qui concernent :

- les contacts qu'entretient le milieu avec les intervenants de la santé ;
- les soins dispensés lors de situations problématiques ou urgentes ;
- le suivi des ordonnances médicales et l'utilisation des aides techniques ;
- et les lésions ou symptômes non traités.

Comme nous l'avons vu, les usagers des RI ont davantage de besoins en matière de santé que les résidents des RPA. En outre, les soins de nature professionnelle proviennent exclusivement du réseau public. Selon nos assistants de recherche, la réponse aux besoins de santé des usagers des RI, peut-être en raison des liens contractuels qui unissent ces milieux collectifs au réseau public, était plus adéquate que celle des résidents des RPA¹². Signalons toutefois qu'en dépit de cet écart significatif sur le plan statistique, les deux cotes (1,3 et 1,1) indiquent une qualité de services élevée dans les deux types de milieu.



¹² Selon M. Jacques Beaudoin, certaines RPA sans but lucratif, qui peinent à répondre aux besoins de santé de résidents à faible revenu, choisissent de convertir une partie de leurs unités en RI. Elles bénéficient alors d'un financement complémentaire qui leur permet d'offrir les services requis.

Influence du type de milieu sur la qualité de vie et sur la qualité des services, après avoir tenu compte des autres facteurs d'influence

Qualité de vie

Pour ces analyses, nous avons utilisé comme variable dépendante l'évaluation globale de la qualité de vie contenue dans le QoLRN (cf. tableau 2). Rappelons que cette évaluation a été fournie par les résidents des RPA et les usagers des RI que nos assistants de recherche avaient jugé aptes à fournir une telle évaluation. Rappelons également que, pour cette variable dépendante, une différence significative a été décelée entre les deux types de milieu de vie : 2,32 en RPA contre 2,13 en RI, $p = 0,003$ (cf. tableau 2). Il s'agit donc d'une différence de 0,19 point en faveur des RPA, sur une échelle de 0 à 3.

Avant de conclure que la qualité de vie est meilleure en RPA qu'en RI, il est nécessaire de vérifier si l'écart observé entre les deux types de milieu ne serait pas attribuable à des covariables. Cela exige de repérer au préalable celles qui sont associées à la qualité de

vie. Les résultats des analyses bivariées conduites à cette fin sont rapportés au tableau 8. Selon ces résultats, combinés à ceux rapportés au tableau 1 ainsi qu'aux figures 1 et 3, six covariables sont liées à la fois au type de milieu et à la qualité de vie, lorsque le niveau de signification statistique est fixé à 0,15. Ces covariables sont : *souffre de solitude*, *indice de comorbidité*, *SMAF > 40*, *a choisi son milieu de vie actuel*, *nombre d'années dans le milieu* et *sentiment d'être chez soi*. Aucune interaction n'a été décelée entre ces covariables et le type de milieu. Cela signifie que l'effet du type de milieu sur la qualité de vie ne varie pas, par exemple, selon que la personne souffre ou non de solitude, présente ou non une perte d'autonomie significative ($SMAF > 40$), ou a ou non choisi son milieu de vie actuel. Une fois ces covariables prises en compte, l'effet du type de milieu sur la qualité de vie n'est plus significatif ($p = 0,105$). La moyenne ajustée pour les six covariables s'élève alors à 2,29 en RPA et à 2,22 en RI, un écart qui n'est plus que de 0,08 point en faveur des RPA, sur l'échelle de 0 à 3. En d'autres termes, l'écart initialement observé entre les RPA et les RI relativement à la qualité de vie s'explique par des différences entre leur clientèle respective. Nous reviendrons sur cette interprétation dans la discussion.

Résultats des analyses bivariées de l'association entre la qualité de vie^a, d'une part, et les caractéristiques du milieu de vie et de la personne évaluée, d'autre part ($n = 234$)

		Descriptif ^b	Valeur p
Caractéristiques du milieu de vie			
Région	Bas-St-Laurent	2,29	0,319
	Capitale Nationale	2,30	
	Estrie	2,37	
	Montérégie	2,25	
Taille	1 à 9 unités	2,25	0,690
	10 à 29 unités	2,31	
	30 à 49 unités	2,28	
Zone	Urbaine ou semi-urbaine	2,22	0,024
	Rurale	2,37	
Taux d'occupation		- 0,14	0,224
Nombre d'employés réguliers (en ETP) par unité locative occupée		- 0,07	0,375
Taux de roulement du personnel		0,09	0,161

^a La mesure de la qualité de vie provient de la dernière sous-échelle du QoLNR de Kane *et al.*, 2003. Score variant de 0 à 3. Plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie.

^b La valeur rapportée est une moyenne lorsque la variable est catégorique, et une corrélation lorsqu'elle est continue.

Résultats des analyses bivariées de l'association entre la qualité de vie^a, d'une part, et les caractéristiques du milieu de vie et de la personne évaluée, d'autre part (n = 234)

		Descriptif ^b	Valeur p
Caractéristiques de la personne évaluée			
Genre	Femme	2,32	0,044
	Homme	2,19	
Âge (en années)		- 0,02	0,678
État civil	Marié ou conjoint de fait	2,23	0,373
	Autre	2,30	
Scolarité	7 ^e année ou moins	2,27	0,463
	8 ^e année ou plus	2,31	
Situation financière	Pauvre ou très pauvre	2,23	0,470
	Revenus suffisants pour subvenir aux besoins essentiels	2,30	
Fréquence des visites	Au moins une fois par semaine	2,29	0,850
	Environ une fois par mois ou jamais	2,30	
Souffre de solitude	Souvent ou parfois	2,17	0,001
	Non	2,38	
Indice de comorbidité		- 0,37	0,001
SMAF > 40	Oui	2,05	0,001
	Non	2,32	
3MS < 60	Oui	2,24	0,332
	Non	2,31	
A choisi son milieu de vie actuel	Oui	2,37	0,001
	Non	2,16	
Nombre d'années dans le milieu		0,09	0,108
Sentiment d'être chez soi		0,57	0,001

^a La mesure de la qualité de vie provient de la dernière sous-échelle du QoLNR de Kane *et al.*, 2003. Score variant de 0 à 3. Plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie.

^b La valeur rapportée est une moyenne lorsque la variable est catégorique, et une corrélation lorsqu'elle est continue.

Tableau 8

Suite de la page précédente



Qualité des services

Pour cette dernière série d'analyses, nous avons choisi comme variable dépendante le score composite déduit des cotes que les résidents et les usagers, ou l'un de leurs proches, ont attribuées aux sept dimensions de la qualité des services qu'ils ont été invités à évaluer (cf. tableau 5). Ce score varie de 1 à 5; plus il est faible, meilleure est la qualité des services. En moyenne, les résidents des RPA ont jugé les services de meilleure qualité que les usagers des RI (2,35 contre 2,59; $p = 0,017$). Il s'agit donc d'un écart de 0,24 point sur l'échelle de 1 à 5. Cet écart est de 0,36 point en faveur des RPA chez les personnes qui ne présentent pas d'atteinte significative des fonctions cognitives ($3MS \geq 60$; $p = 0,011$) et de 0,11 point en faveur des RI chez les autres ($3MS < 60$; $p = 0,282$). Le constat que les écarts diffèrent selon qu'il s'agisse de personnes avec ou sans atteinte cognitive suggère la présence d'une interaction entre cette covariable et le type de milieu de vie.

Les résultats des analyses bivariées relatives à la qualité des services sont rapportés au tableau 9. Combinés

à ceux du tableau 1 et des figures 1 et 3, ces résultats permettent de repérer sept covariables qui sont liées à la fois au type de milieu et à la qualité des services, lorsque le niveau de signification statistique est fixé à 0,15: *nombre d'employés réguliers (en ETP) par unité locative occupée, souffre de solitude, indice de comorbidité, SMAF > 40, 3MS < 60, a choisi son milieu de vie actuel et sentiment d'être chez soi*. Sans surprise, une interaction a été détectée entre le degré d'atteinte cognitive et le type de milieu ($p = 0,009$). Cela confirme que l'effet du type de milieu sur la qualité des services diffère selon que la personne présente ou non une atteinte significative des fonctions cognitives. Chez les personnes sans atteinte, la moyenne ajustée pour ces sept covariables s'élève à 2,35 en RPA contre 2,60 en RI. Cet écart de 0,25 point en faveur des RPA est statistiquement significatif ($p = 0,003$). Les moyennes ajustées sont de 2,60 en RPA et de 2,37 en RI chez les personnes avec atteinte significative des fonctions cognitives, un écart de 0,23 point en faveur des RI qui atteint presque le seuil de signification statistique ($p = 0,067$).

Résultats des analyses bivariées de l'association entre la qualité des services^a, d'une part, et les caractéristiques du milieu de vie et de la personne évaluée, d'autre part ($n = 273$)

		Descriptif ^b	Valeur p
Caractéristiques du milieu de vie			
Région	Bas-St-Laurent	2,31	0,173
	Capitale Nationale	2,49	
	Estrie	2,27	
	Montérégie	2,45	
Taille	1 à 9 unités	2,35	0,874
	10 à 29 unités	2,41	
	30 à 49 unités	2,40	
Zone	Urbaine ou semi-urbaine	2,39	0,939
	Rurale	2,40	
Taux d'occupation		0,06	0,409
Nombre d'employés réguliers (en ETP) par unité locative occupée		0,15	0,032
Taux de roulement du personnel		0,04	0,647

^a Cote moyenne de qualité évaluée sur sept services (cf. tableau 5) par les résidents et usagers jugés aptes à fournir une évaluation. Score variant de 1 à 5. Plus le score est élevé, pire est la qualité des services reçus.

^b La valeur rapportée est une moyenne lorsque la variable est catégorique, et une corrélation lorsqu'elle est continue.

Résultats des analyses bivariées de l'association entre la qualité des services^a, d'une part, et les caractéristiques du milieu de vie et de la personne évaluée, d'autre part (n = 273)

		Descriptif ^b	Valeur p
Caractéristiques de la personne évaluée			
Genre	Femme	2,38	0,461
	Homme	2,44	
Âge (en années)		0,10	0,148
État civil	Marié ou conjoint de fait	2,38	0,789
	Autre	2,40	
Scolarité	7 ^e année ou moins	2,45	0,237
	8 ^e année ou plus	2,34	
Situation financière	Pauvre ou très pauvre	2,36	0,698
	Revenus suffisants pour subvenir aux besoins essentiels	2,40	
Fréquence des visites	Au moins une fois par semaine	2,37	0,354
	Environ une fois par mois ou jamais	2,45	
Souffre de solitude	Souvent ou parfois	2,53	0,002
	Non	2,30	
Indice de comorbidité		0,24	0,001
SMAF > 40	Oui	2,64	0,014
	Non	2,36	
3MS < 60	Oui	2,54	0,012
	Non	2,37	
A choisi son milieu de vie actuel	Oui	2,27	0,001
	Non	2,61	
Nombre d'années dans le milieu		-0,02	0,809
Sentiment d'être chez soi		-0,41	0,001

^a Cote moyenne de qualité évaluée sur sept services (cf. tableau 5) par les résidents et usagers jugés aptes à fournir une évaluation. Score variant de 1 à 5. Plus le score est élevé, pire est la qualité des services reçus.

^b La valeur rapportée est une moyenne lorsque la variable est catégorique, et une corrélation lorsqu'elle est continue.

Tableau 9

Suite de la page précédente



Discussion

Dans son rapport sur les effets dévastateurs de la COVID-19 chez les aînés qui vivent en milieu collectif¹³, le groupe de travail de la Société royale du Canada sur les soins de longue durée déplorait qu'aucune donnée ne soit systématiquement collectée au Canada sur la qualité de vie de ces personnes et sur la qualité des services qu'elles reçoivent. Les auteurs soulignaient l'urgence de mesurer ces variables d'importance capitale, avec des outils dont les propriétés métrologiques sont bien établies. Ils soulignaient en outre l'importance de ne pas écarter d'éventuelles collectes de données les personnes présentant des troubles cognitifs, de plus en plus nombreuses dans les milieux de vie collectifs et qui, trop souvent, n'ont pas voix au chapitre.

Bien que réalisée avant la pandémie, notre étude répond en quelque sorte à cet appel en fournissant, pour la première fois, un portrait d'aînés qui vivent dans deux types de milieu de vie collectif (RPA et RI), de leur qualité de vie et de la qualité des services qu'elles y reçoivent. Rappelons que notre étude est restreinte aux personnes de 75 ans ou plus. Citant un rapport de l'Organisation mondiale de la santé, la directrice de la recherche à l'Institut de recherche en politiques publiques rappelait que les besoins en soins de longue durée tendent à s'accroître avec l'âge de la personne et deviennent plus nettement marqués à partir de 75 ans¹⁴. Rappelons également que notre étude est restreinte aux personnes qui avaient de la difficulté à accomplir au moins deux activités de la vie quotidienne ou qui présentaient un problème cognitif¹⁵. Il s'agit là de sous-groupes de personnes dont il importe de se préoccuper, plusieurs d'entre elles étant susceptibles de se trouver en situation de vulnérabilité. Enfin, nous avons utilisé des outils de mesure validés, même auprès de personnes avec troubles cognitifs, évitant ainsi de devoir les exclure de l'étude.

«Notre étude fournit, pour la première fois, un portrait d'aînés qui vivent dans deux types de milieu de vie collectif (RPA et RI), de leur qualité de vie et de la qualité des services qu'elles y reçoivent.»



¹³ Estabrooks CA, Straus S, Flood CM et al. Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée. Société royale du Canada, juin 2020.

¹⁴ Bernier NF. Sommes-nous capables de gouverner la transition démographique? Texte d'opinion. Institut de recherche en politiques publiques, 18 octobre 2015. Accessible à <https://irpp.org/fr/op-ed/sommes-nous-capables-de-gouverner-la-transition-demographique/>.

¹⁵ Accessible à https://recherche.enap.ca/Recherche/docs/La_recherche/Publications%20et%20projets%20de%20recherche/Note_methodologique.pdf

Nous avons choisi de répartir nos résultats dans deux fascicules distincts. Dans le fascicule 5¹⁶, nous avons d'abord comparé des résidents de RPA de moins de 50 logements et des usagers de RI de moins de 50 places en regard de leurs caractéristiques socio-démographiques et cliniques, et de leurs conditions d'habitation, passées et actuelles. Nous avons alors constaté des profils sociodémographiques similaires, mais une clientèle plus lourde en RI qu'en RPA. Les usagers des RI présentaient en effet davantage de comorbidité, des fonctions cognitives plus altérées et une plus grande perte d'autonomie fonctionnelle, que les résidents des RPA (cf. tableau 1 et figures 1 et 2). Cela dit, une atteinte importante des fonctions cognitives et une grande perte d'autonomie s'observent aussi dans les RPA. Selon nos estimés, celles-ci caractérisent respectivement 25 % et 13 % des résidents de RPA, et 44 % et 40 % des usagers des RI (cf. figure 1). Les deux clientèles se recoupent donc considérablement.

Au chapitre des conditions d'habitation, nous avons constaté que les usagers des RI participent moins souvent au choix de leur milieu de vie que les résidents des RPA. C'est l'établissement public qui propose une RI à un usager potentiel. Celui qui refuse peut attendre longtemps avant qu'une autre RI lui soit proposée. Cela force certaines personnes à accepter la première RI proposée, parfois à contre-cœur. Or, une participation active au choix de son milieu de vie est un déterminant bien établi de sa qualité de vie dans ce milieu¹⁷. Enfin, nos entretiens ont révélé que plusieurs résidents de RPA et plusieurs usagers de RI se sentent seuls, bien qu'ils vivent en milieu collectif (cf. figure 3).

Situé dans le prolongement du fascicule 5, le présent fascicule porte sur la qualité de vie et la qualité des services en RPA et en RI. Notre objectif était de déterminer si l'une ou l'autre était meilleure en RPA ou en RI, en tenant compte des différences de clientèles que nous avons résumées aux paragraphes précédents.

«Le présent fascicule porte sur la qualité de vie et la qualité des services en RPA et en RI. Notre objectif était de déterminer si l'une ou l'autre était meilleure en RPA ou en RI, en tenant compte des différences de clientèles.»

Rappelons que nos données reposent principalement sur la perspective des résidents et des usagers eux-mêmes. Notre mesure de la qualité de vie provient exclusivement d'eux, restreinte par nécessité à ceux dont les fonctions cognitives leur permettaient de l'évaluer. Quant à la qualité des services, nous disposons de trois sources complémentaires d'information : l'une provient des répondants des 73 milieux que nous avons visités, une seconde des résidents et usagers que nous avons rencontrés, ou d'un de leurs proches, et une troisième de nos assistants de recherche.

¹⁶ https://recherche.enap.ca/Recherche/docs/La_recherche/Publications%20et%20projets%20de%20recherche/Fascicule_5.pdf

¹⁷ Street D, Burge S, Quadagno J, Barrett A. The salience of social relationships for resident well-being in assisted living. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 62 B (2): S129-S134, 2007.



Comme il est d'usage, nous avons commencé par comparer les RPA et les RI pour ces différentes variables, sans tenir compte, dans un premier temps, de ce qui distingue les deux clientèles. Cette première série d'analyses a révélé une qualité de vie supérieure en RPA qu'en RI, de l'avis des résidents et usagers eux-mêmes (cf. tableau 2). Toutefois, lorsque l'on tient compte de différences entre les clientèles des deux types de milieu, l'évaluation globale de la qualité de vie ne diffère plus entre les RPA et les RI. Cela s'explique par les nombreux autres facteurs qui influencent l'évaluation de la qualité de vie, comme le degré d'autonomie fonctionnelle ou cognitive, ou encore, le fait d'avoir ou non choisi son milieu de vie actuel (cf. tableau 8). Ces différents facteurs «désavantagent» les RI. Lorsque l'on en tient compte, la différence observée initialement disparaît. En d'autres termes, lorsque l'on compare l'ensemble des résidents des RPA et des usagers des RI qui rencontraient nos critères d'inclusion, la qualité de vie est globalement meilleure en RPA. Cependant, si l'on compare un résident et un usager au profil similaire (par exemple, deux personnes qui présentaient une grande perte d'autonomie ou qui n'avaient ni l'une ni l'autre choisi leur milieu de vie actuel), l'évaluation qu'ils font de leur qualité de vie ne diffère pas significativement sur le plan statistique.

Les résultats relatifs à notre deuxième variable d'intérêt – la qualité des services – sont plus complexes à interpréter que ceux qui ont trait à la qualité de vie. D'abord parce qu'à cet égard, nous disposons de trois types d'informateurs : les répondants des milieux visités, les résidents et usagers (ou leurs proches) et nos assistants de recherche. Comparativement aux répondants des RPA visitées, ceux des RI se sont montrés plus négatifs envers la capacité de leur milieu à répondre aux besoins de leur clientèle, bien que la différence n'atteigne pas le seuil de signification statistique préétabli (cf. tableau 3).

Des répondants de RI ont attribué leurs difficultés à un manque de personnel compétent, phénomène qu'ils ont en partie expliqué par leur incapacité à offrir des salaires compétitifs¹⁸.

D'autres ont souligné les relations parfois difficiles qu'ils entretiennent avec le réseau de la santé et des services sociaux. Nos partenaires nous ont confirmé que la collaboration entre l'exploitant d'une RI et son interlocuteur dans l'établissement public constitue un enjeu réel¹⁹. Le manque de stabilité de l'interlocuteur

«Lorsque l'on compare l'ensemble des résidents des RPA et des usagers des RI [...], la qualité de vie est globalement meilleure en RPA. Cependant, si l'on compare un résident et un usager au profil similaire, l'évaluation qu'ils font de leur qualité de vie ne diffère pas significativement.»



en décourage plusieurs. La bureaucratie de plus en plus lourde qui leur est imposée tendrait à rendre ces milieux de vie de plus en plus institutionnels. La satisfaction des exploitants envers le réseau public mériterait d'être investiguée davantage dans le futur.

¹⁸ Ce phénomène et sa cause présumée ont aussi été mentionnés par certains répondants des RPA.

¹⁹ Communication personnelle de Mme Johanne Pratte, 2 novembre 2021.

Quant à nos assistants de recherche, ils ont décelé peu de différences dans la capacité des deux types de milieu à dispenser des services de qualité à leurs résidents ou usagers. Ils ont toutefois jugé les RI plus performantes que les RPA à l'égard du maintien des soins de santé (cf. tableau 7), un résultat que nous avons attribué plus tôt au rôle que joue le réseau public dans la réponse aux besoins médicaux des usagers. L'échelle de mesure que nos assistants ont utilisée pour évaluer la qualité des services – l'ÉMAS – s'est donc révélée peu discriminante. Utilisée dans nos travaux antérieurs²⁰, cette échelle avait mis en évidence la faible qualité des soins dispensés à l'époque dans plusieurs RPA comparativement aux CHSLD. Ce constat avait contribué à la décision de l'État d'imposer la certification des RPA. Pour la présente étude, dans laquelle les aspects psychosociaux liés à la vie en milieu collectif surpassent en importance les aspects médicaux,

«Pour la présente étude, il convient de mettre l'accent sur le jugement que les principaux intéressés (les résidents, les usagers ou l'un de leurs proches) ont porté sur la qualité des services dispensés.»

il convient de mettre l'accent sur le jugement que les principaux intéressés (les résidents, les usagers ou l'un de leurs proches) ont porté sur la qualité des services dispensés.

Objet du tableau 5, ce jugement suggère fortement que les services en RPA sont de meilleure qualité qu'en RI en ce qui a trait, par exemple, à la nourriture, à l'autonomie décisionnelle, ou encore, aux relations avec le personnel. Ces constats sont corroborés par les réponses plus qualitatives obtenues des résidents, des usagers ou des proches lorsque questionnés sur ce qu'ils appréciaient le plus et le moins dans le milieu de vie (cf. tableau 6). Bien que des aspects positifs et négatifs aient été signalés par les deux groupes de participants, les constats faits sur les RI étaient globalement plus négatifs que ceux faits sur les RPA. Les domaines d'insatisfaction que les participants ont nommés sont reconnus comme étant d'importants déterminants de la qualité de vie²¹. Cela explique d'ailleurs la cohérence de nos résultats relatifs à la qualité de vie et à la qualité des services.

Comme pour la qualité de vie, de nombreux facteurs influencent la perception qu'a une personne de la qualité des services rendus. C'est ce que confirment les résultats rapportés au tableau 9. Si l'on ne s'étonne guère que le nombre d'employés y soit associé, on constate que la condition du résident ou de l'utilisateur (les maladies dont il souffre, son degré d'autonomie), la solitude qu'il ressent et son rôle dans la décision d'emménager là où il vit présentement, sont aussi liés à la perception plus ou moins positive de la qualité des services. Il s'agit là d'autant de facteurs dont il faut tenir compte dans l'analyse, pour déterminer si les RPA dispensent effectivement des services de meilleure qualité que les RI. À cet égard, l'interprétation des résultats se complique du fait de l'interaction que nous avons décelée entre le type de milieu et l'atteinte cognitive. La présence de cette interaction dicte de répondre à la question d'intérêt – la qualité des services est-elle meilleure en RPA qu'en RI? – séparément pour les personnes avec et sans atteinte marquée des fonctions cognitives.



²⁰ Bravo G, Dubois M-F, Charpentier M *et al.* Quality of care in unlicensed homes for the aged in the Eastern Townships of Quebec. *Canadian Medical Association Journal* 160:1441-1445, 1999. Bravo G, Dubois M-F, Demers L *et al.* Does regulating private long-term care facilities lead to better care? A study from Quebec, Canada. *International Journal for Quality in Health Care* 26:330-6, 2014. Bravo G, Demers L. Aînés en perte d'autonomie: Évolution de la qualité des services depuis 15 ans. *Spiritualité et Santé* 12:30-35, 2019.

²¹ Street D, Burge S, Quadagno J, Barrett A. The salience of social relationships for resident well-being in assisted living. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 62 B (2): S129-S134, 2007.

Nos analyses multivariées révèlent que la qualité des services est meilleure en RI qu'en RPA pour les personnes avec atteinte cognitive, bien qu'ici encore, la différence n'atteigne pas le seuil de signification statistique préétabli ($p = 0,067$). En revanche, la qualité des services est nettement meilleure en RPA qu'en RI pour les personnes sans atteinte cognitive ($p = 0,003$). Bref, si l'on compare un résident d'une RPA et un usager d'une RI qui présentent un même profil de covariables et qui, en particulier, se sont tous les deux vus attribuer un score 3MS ≥ 60 (témoignant d'une absence d'atteinte importante des fonctions cognitives), alors on peut s'attendre à ce que le résident d'une RPA ait une perception plus positive de la qualité de ses services que l'utilisateur d'une RI. La conclusion inverse est probable dans le cas d'un résident et d'un usager au profil de covariables similaire mais chez qui une atteinte importante des fonctions cognitives a été notée (3MS < 60).

«En conclusion, nos résultats suggèrent une qualité de vie similaire en RPA et en RI, et une meilleure qualité de services en RPA pour les personnes sans atteinte marquée des fonctions cognitives.»

En conclusion, nos résultats suggèrent une qualité de vie similaire en RPA et en RI, et une meilleure qualité de services en RPA, cette dernière étant toutefois restreinte aux personnes qui présentent un bon fonctionnement cognitif. Des études futures, conduites sur de plus grands échantillons, sont nécessaires pour confirmer ces résultats. Des études futures pourraient également étendre la collecte des données à d'autres acteurs clés dans le secteur des soins de longue durée. Nous pensons notamment aux proches des personnes qui vivent en milieu collectif et aux prestataires de services. Nombreuses sont les familles qui continuent de jouer un rôle important auprès de leur proche après qu'il a aménagé dans une RPA ou une RI. Leur sentiment d'être bienvenues dans le milieu, la place qu'on leur accorde dans la prise de décisions pour leur proche devenu inapte et leur satisfaction à l'égard du partage des tâches, sont autant d'aspects sous-étudiés qui mériteraient d'être investigués. La compréhension qu'ont les familles du rôle des RI et des CISSS/CIUSSS constitue un autre thème à documenter.

Quant aux prestataires de services en RPA et en RI, leurs conditions de travail et leur bien-être professionnel mériteraient également d'être comparés, considérant leur impact majeur sur la qualité de vie des résidents et des usagers et sur la qualité des services qu'ils reçoivent²². Il serait aussi intéressant d'inclure les CHSLD dans de futures études comparatives. La clientèle des RI présente de plus en plus de pertes cognitives, ce qui la rapproche de celle des CHSLD. Les approches novatrices mises en œuvre par certaines RI²³ pour faire face à cet alourdissement de leur clientèle mériteraient d'être documentées. Enfin, des études comparatives sur certaines caractéristiques physiques des lieux (localisation, accessibilité universelle, conception architecturale) et leur impact sur la qualité de vie des occupants seraient également pertinentes.

²² Boscart VM, Sidani S, Poss J *et al.* The associations between staffing hours and quality of care indicators in long-term care. *BMC Health Services Research* 18(1): 750, 2018. doi: 10.1186/s12913-018-3552-5.

²³ Communication personnelle de Mme Johanne Pratte, 2 novembre 2021.

En avril dernier, la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, Marguerite Blais, déposait la toute première *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée*²⁴, laquelle sera bientôt suivie d'un plan d'action ministériel. Cette Politique énonce la vision, les principes directeurs et les orientations générales qui s'appliqueront à tous les types d'hébergement de longue durée rattachés au réseau public, y compris les RI²⁵, ainsi qu'à toutes les clientèles adultes susceptibles d'y résider, dont les aînés.

Elle vise à assurer que les services et les soins qui y sont prodigués soient de qualité et correspondent aux besoins, aux préférences, aux valeurs et à la culture des personnes qui y habitent. Les données que nous avons collectées dans le cadre de notre étude pourront s'avérer fort utiles à l'évaluation future des effets de la Politique, du moins dans les RI de moins de 50 places, ainsi qu'à l'évaluation d'éventuelles réformes touchant plus spécifiquement les RPA.



²⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée - Des milieux de vie qui nous ressemblent, avril 2021. Accessible à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002994/>.

²⁵ La Politique ne couvre pas les RPA.