

**ÉTAT DE SITUATION
SUR LES MILIEUX DE VIE SUBSTITUTS
POUR LES AÎNÉS
EN PERTE D'AUTONOMIE**

Février 2007

Le contenu de cette publication a été adopté à l'unanimité par les membres du Conseil des aînés lors de la séance plénière du 23 novembre 2006.

Les membres du Conseil étaient Georges Lalande, président, Jacques Demers, vice-président, Maurice Auger, Madeleine Bélanger, Sonia Bouladian, Claude Durand, René-Jean Fournier, Margaret C. Kiely, Maude Malval Gilles.

Recherche et rédaction

Johanne Villeneuve Agente de recherche et de planification socio-économique

Remerciements

Le Conseil tient à remercier les nombreux collaborateurs du réseau de la santé et des services sociaux provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux, des agences de santé et de services sociaux ainsi que des centres de santé et de services sociaux qui nous ont fourni des informations de tout ordre. Le Conseil remercie également les personnes-ressources consultées auprès de différents organismes tels que la Société d'habitation du Québec, la Régie du bâtiment, l'Association des établissements privés conventionnés, l'Association des résidences et CHSLD privés du Québec, le Réseau québécois des OSBL-H, l'Association des ressources intermédiaires du Québec, le Mouvement coopératif en habitation, la FADOQ – Mouvement des aînés du Québec, les propriétaires et les gestionnaires de projets novateurs ainsi que les résidents et résidentes qui nous ont accueillis lors de visites.

Conseil des aînés
900, boulevard René-Lévesque Est
8^e étage, bureau 810
Québec (Québec)
G1R 2B5

Téléphone : 418 643-0071
Sans frais : 1 877 657-2463
Télécopieur : 418 643-1916
Courriel : aines@conseil-des-aines.qc.ca
Site Internet : www.conseil-des-aines.qc.ca

Dépôt légal : 2007
Bibliothèque nationale du Québec, 2007
Bibliothèque nationale du Canada, 2007
ISBN 978-2-550-49110-1 (version imprimée)
ISBN 978-2-550-49111-8 (version pdf)
Gouvernement du Québec, 2007

La publication totale ou partielle de la présente publication est autorisée à la condition d'en mentionner la source.

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

ASSS	Agence de santé et de services sociaux
ARCPQ	Association des résidences et CHSLD privés du Québec
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CH	Centre hospitalier
CHSP	Centre hospitalier de soins prolongés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
COOP	Coopérative
COOP-H	Coopérative d'habitation
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
HLM	Habitation à loyer modique
OMH	Office municipal d'habitation
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSBL	Organisme sans but lucratif
OSBL-H	Organisme sans but lucratif d'habitation
MAS	Ministère des Affaires sociales
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RI	Ressource intermédiaire
RQOH	Réseau québécois des OSBL d'habitation
RTF	Résidence de type familial
SHQ	Société d'habitation du Québec

FAITS SAILLANTS

- En réponse à un besoin croissant de places d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie, plusieurs types de milieux de vie substitués se sont développés au Québec depuis les 25 dernières années et leur croissance s'est accrue depuis l'an 2000.
- En 2005-2006, on répertorie quelque 130 929 places ou unités d'habitation en milieux de vie substitués pour les personnes âgées en perte d'autonomie :
 - Plus de la moitié (55 %) de ces places ou unités d'habitation se trouvent dans des résidences privées à but lucratif (72 006 places);
 - Un peu plus du quart (28,9%) sont dans un établissement détenant un permis d'exploitation de type CHSLD (publics 29 668 places ou 22,7 %, privés conventionnés 5 589 places ou 4,3 % et non conventionnés 2 467 places ou 1,9 %);
 - Un peu plus de 10% se trouvent dans une habitation gérée par un organisme privé à but non lucratif (OSBL-H 8 819 places ou 6,7 %, COOP-H 124 places ou 0,1 % et communautés religieuses 4 432 places ou 3,4 %);
 - Près de 5 % se trouvent dans une ressource de type non institutionnel (RI 2 538 places ou 1,9 % et RTF 3 913 places ou 3,0 %);
 - Environ 0,7 % sont dans un HLM avec services pour aînés (960 places);
 - À peine 0,3 % sont parmi les projets novateurs (413 places).
- Depuis 1991, certains types de milieux de vie substitués sont l'objet d'une croissance constante du nombre de places ou d'unités d'habitation (résidences privées à but lucratif et OSBL-H) tandis que d'autres affichent une diminution constante du nombre de places disponibles (CHSLD publics, privés conventionnés et privés non conventionnés) :
 - Au début des années 1990, les places en CHSLD constituaient la majorité du parc d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie et elles n'en représentent aujourd'hui que 28,9 % tandis que le secteur des résidences privées avec services pour aînés, à but lucratif ou non, représente à lui seul 66,2 % de toutes les places disponibles en 2005-2006.
- Malgré le développement d'une variété plus grande de types de milieux de vie substitués, la grande majorité se distingue, en fait, surtout par leur mode de financement :
 - Les CHSLD publics et privés conventionnés sont entièrement financés par l'enveloppe budgétaire du MSSS et par la contribution des usagers;
 - Les ressources de type non institutionnel sont financées en partie par le MSSS sur la base d'ententes forfaitaires et par la contribution de l'utilisateur;

- Les OSBL-H, les COOP-H et les HLM sont financés en partie par le gouvernement grâce aux subventions qu'ils reçoivent d'un ministère ou d'un organisme gouvernemental et les usagers assument l'autre partie des frais en fonction de leur revenu;
 - Les CHSLD privés non conventionnés, les résidences privées à but lucratif et les communautés religieuses ne reçoivent aucun financement gouvernemental sauf dans le cas d'ententes de services ou d'achats de places convenus avec le réseau de la santé et des services sociaux : c'est le résident qui assume la totalité des frais et ce secteur représente à lui seul 60,3 % des places disponibles.
- Il existe une grande diversité en ce qui concerne l'accès, les coûts pour l'utilisateur ainsi que les services offerts et couverts selon le profil de besoins des personnes, voire pour un même profil de besoins :
- Les critères d'accessibilité varient considérablement d'un milieu à l'autre et plusieurs types de milieux présentent même des exclusions selon les revenus, la problématique et le profil de besoins de la personne;
 - Les coûts mensuels pour l'utilisateur se répartissent dans une large gamme de prix : autour de 500 \$ en HLM jusqu'à 5 000 \$ en résidence privée à but lucratif. Les prix varient selon le milieu de vie, la couverture de services et la capacité de payer de l'utilisateur;
 - Pour un même profil de clientèle, on observe des iniquités dans la couverture de services selon que la personne se trouve dans un milieu de vie par rapport à un autre et, même, par rapport aux personnes vivant dans leur domicile personnel.
- Avec le développement accru de nouvelles formes de milieux de vie substitués et la diminution du nombre de places d'hébergement public, on observe un glissement de la responsabilité des coûts de services : les personnes âgées en perte d'autonomie assument une part de plus en plus grandissante des coûts pour les services qu'elles requièrent.
- L'évolution du profil de la clientèle en CHSLD semble déjà avoir des impacts sur les soins de longue durée :
- Entre 1991 et 2006, le profil de la clientèle hébergée en CHSLD s'est alourdi;
 - La plus grande proportion de la clientèle admise en CHSLD est atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'affections connexes (de 75 % à 80 %);
 - Du fait qu'il y a de moins en moins de lits disponibles, le nombre total d'utilisateurs admis en CHSLD est en constante diminution;
 - Les personnes admises en CHSLD sont de plus en plus âgées et présentent un profil de perte d'autonomie de plus en plus sévère à l'admission;
 - De plus, comme elles sont en lourde perte d'autonomie lors de leur admission, elles y séjournent moins longtemps;

- **Même si le nombre total de places en CHSLD diminue, on y admet de plus en plus de personnes très âgées et en perte d'autonomie sévère à l'admission et leur durée de séjour diminue constamment.**

- **Quoique l'on observe une augmentation significative du nombre total de places ou d'unités d'habitation dans des milieux de vie substitués autres que les CHSLD, le nombre de places et les formes de milieux ayant la capacité de répondre adéquatement aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie semblent insuffisants puisqu'on y trouve toujours des listes d'attente et des délais d'attente pour de l'hébergement et des soins de longue durée dans l'ensemble du Québec.**

- **Quoiqu'elles constituent une piste intéressante, les nouvelles formules alternatives à l'hébergement sont encore peu développées et les projets novateurs en cours d'implantation, de par leurs limites, ne peuvent actuellement répondre qu'à une infime partie des besoins. Le rapport d'évaluation du MSSS attendu en 2008 apportera sûrement des réponses plus précises.**

- **Bien qu'il y ait une multitude de milieux de vie substitués, plusieurs besoins restent encore sans réponse et les services de même que les milieux de vie substitués sont insuffisamment adaptés à la clientèle visée. Les défis à venir sont de taille pour faire face au vieillissement de la population québécoise :**
 - **À partir de 2006, le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus doublera en moins de 25 ans alors que le nombre de personnes de 85 ans ou plus doublera en moins de 20 ans et quintuplera en 45 ans;**

 - **Considérant que la plupart des problèmes de santé susceptibles d'entraîner une perte d'autonomie surviennent à partir de 85 ans, la forte progression à venir de la proportion des personnes de ce groupe d'âge ne sera pas sans conséquences sur la demande de services d'hébergement et de soins de longue durée, notamment pour les personnes atteintes de démence qui requièrent, le plus souvent, un hébergement dans un milieu de vie substitué.**

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
NOTE PRÉLIMINAIRE.....	2
DÉFINITION DU MILIEU DE VIE SUBSTITUT	2
CHAPITRE 1	
LES MILIEUX DE VIE SUBSTITUTS POUR LES ÂÎNÉS EN PERTE D'AUTONOMIE	3
1.1 LES LOGEMENTS SOCIAUX ET LES HABITATIONS COMMUNAUTAIRES	3
1.1.1 <i>Les habitations à loyer modique avec services pour aînés (HLM)</i>	<i>3</i>
1.1.2 <i>Les organismes sans but lucratif d'habitation avec services pour aînés (OSBL-H).....</i>	<i>6</i>
1.1.3 <i>Les coopératives d'habitation avec services pour aînés (COOP-H)</i>	<i>9</i>
1.2 LES RÉSIDENCES PRIVÉES AVEC SERVICES POUR PERSONNES ÂGÉES	9
1.3 LES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT DE TYPE NON INSTITUTIONNEL (RTF ET RI)	14
1.3.1 <i>Les ressources de type familial (RTF)</i>	<i>15</i>
1.3.2 <i>Les ressources intermédiaires (RI).....</i>	<i>17</i>
1.4 LES PROJETS NOVATEURS	19
1.5 LES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD).....	25
1.5.1 <i>Les CHSLD privés non conventionnés</i>	<i>27</i>
1.5.2 <i>Les CHSLD privés conventionnés.....</i>	<i>28</i>
1.5.3 <i>Les CHSLD publics.....</i>	<i>29</i>
1.5.4 <i>Le parc de lits des CHSLD (publics, privés conventionnés et non conventionnés)</i>	<i>29</i>
1.6 LES ACHATS DE PLACES ET LES ENTENTES DE SERVICES	34
1.7 LES PLACES DE SOINS DE LONGUE DURÉE DANS LES INSTALLATIONS DE COURTE DURÉE	35
1.8 LES PLACES EN SOINS DE COURTE DURÉE OCCUPÉES POUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE.....	36

CHAPITRE 2

LE PORTRAIT DE L'ENSEMBLE DES PLACES DISPONIBLES POUR LES AÎNÉS EN PERTE D'AUTONOMIE39

2.1	LA RÉPARTITION DES AÎNÉS QUÉBÉCOIS SELON LEUR MODE DE RÉSIDENCE.....	39
2.2	LA RÉPARTITION DES PLACES EN MILIEUX DE VIE SUBSTITUTS.....	40
2.3	DES SERVICES ET DES COÛTS VARIABLES SELON LE MILIEU DE VIE SUBSTITUT.....	41

CHAPITRE 3

L'ÉVOLUTION DU PROFIL DE LA CLIENTÈLE HÉBERGÉE ET AYANT DES BESOINS DE SOINS DE LONGUE DURÉE45

3.1	L'ACCÈS AUX CHSLD ET L'ÂGE À L'ADMISSION.....	45
3.1.1	<i>Le nombre de personnes admises en CHSLD.....</i>	<i>45</i>
3.1.2	<i>L'âge des personnes admises en CHSLD.....</i>	<i>46</i>
3.1.3	<i>Le nombre d'usagers présents au cours d'une année.....</i>	<i>46</i>
3.1.4	<i>La durée de séjour des personnes hébergées.....</i>	<i>48</i>
3.2	LES BESOINS LIÉS À LA PERTE D'AUTONOMIE.....	48

CHAPITRE 4

LES BESOINS FUTURS DE PLACES EN MILIEUX DE VIE SUBSTITUTS POUR LES AÎNÉS EN PERTE D'AUTONOMIE.....51

4.1	LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION QUÉBÉCOISE.....	51
4.2	L'AUGMENTATION DU NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES AVEC DES INCAPACITÉS.....	53

CONCLUSION55

BIBLIOGRAPHIE.....57

Introduction

Dans le cadre de l'exercice de son mandat, le Conseil des aînés du Québec réalise des travaux portant sur la réalité des aînés. Préoccupé par la condition des aînés les plus vulnérables, le Conseil publiait en octobre 2000 un *Avis sur l'hébergement en milieux de vie substituts pour les aînés en perte d'autonomie*.

Le document présentait un portrait exhaustif des différents milieux de vie substituts, de la clientèle cible et de la problématique. Dès lors, le Conseil faisait état de l'urgence d'agir pour faire face au vieillissement accéléré de la population québécoise. Le Conseil émit des recommandations en vue d'assurer l'accès à des milieux de vie substituts adaptés aux besoins d'aînés fragilisés. Il importait alors que ces milieux offrent non seulement des services de qualité, mais qu'ils soient aussi en nombre suffisant, en termes de services requis et de places disponibles.

Or, après quelque six années, de nombreux éléments concomitants ont contribué à modifier le visage du secteur de l'hébergement. La croissance rapide du réseau des résidences privées avec services pour aînés, joutée au déploiement ou à la consolidation, par les secteurs public et communautaire, de nouvelles formules résidentielles qui offrent des services aux aînés en perte d'autonomie en sont des exemples patents. Le développement accru du nombre et des types de milieux de vie substituts a largement concouru à l'évolution de ce secteur de services.

Parallèlement à ces changements, les plus récentes actions¹ gouvernementales en matière de soins et de services de longue durée ont confirmé l'orientation visant à maintenir le plus longtemps possible dans leur domicile, les aînés en perte d'autonomie. D'ailleurs, la diminution constante du nombre de lits dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée publics est toujours observable et reflète bien cette tendance.

Toutes ces transformations ne sont pas sans conséquences sur l'évolution des milieux de vie substituts. Le Conseil croit donc que les multiples changements survenus depuis l'an 2000 suffisent à refaire le point et imposent même un nouveau regard sur la situation. Une nouvelle analyse permettra également de dégager certains résultats du suivi des recommandations formulées par le Conseil dans son précédent avis (2000a).

Le présent document trace donc un portrait de la situation actuelle au regard de l'accès et de la disponibilité des places dans les différents milieux de vie substituts qui accueillent des aînés en perte d'autonomie. Les données recueillies auprès des différents acteurs de ce secteur d'activité sont présentées selon les types de milieux de vie répertoriés. Une analyse de l'évolution des places disponibles permet de déceler les écarts dans le temps et de cerner la situation présente. Enfin, les perspectives d'avenir sont envisagées à partir de la tendance observée, des besoins futurs anticipés et des orientations gouvernementales adoptées récemment.

¹ L'adoption par le ministère de la Santé et des Services sociaux de la Politique de soutien à domicile *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*, publiée en 2003 et du *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité*, lancé à l'automne 2005, confirme bien l'orientation qui privilégie le soutien à domicile et qui repositionne le rôle des CHSLD en réservant ces places à une clientèle qui en a le plus besoin sur le plan clinique.

Note préliminaire

Définition du milieu de vie substitut

Dans le cadre de ce document, le concept de « milieu de vie substitut », défini dans l'*Avis sur l'hébergement en milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie* (Conseil des aînés, 2000a), a été repris, à savoir :

« Lieu constituant l'adresse permanente d'une personne qui lui donne accès en plus du gîte, au couvert et, généralement, à des services d'aide et d'assistance et même à des soins de santé ».

Depuis 2000, le développement de divers types de milieux de vie substitués s'est poursuivi. Certains ont vu leur nombre croître de façon importante tandis que d'autres ont vu le jour, notamment les projets novateurs. Afin d'inclure l'ensemble des milieux de vie substitués, les ressources répertoriées dans cet état de situation ont été regroupées selon cinq principales catégories en vue d'en faciliter la présentation, à savoir :

Les logements sociaux et les habitations communautaires

- Les habitations à loyer modique avec services pour aînés (HLM publics et privés);
- Les organismes sans but lucratif d'habitation avec services pour aînés (OSBL-H);
- Les coopératives d'habitation avec services pour aînés (COOP-H).

Les résidences privées avec services pour personnes âgées

Les ressources d'hébergement de type non institutionnel

- Les ressources de type familial (RTF);
- Les ressources intermédiaires (RI).

Les projets novateurs

Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

- Les centres d'hébergement et de soins de longue durée privés non conventionnés;
- Les centres d'hébergement et de soins de longue durée privés conventionnés;
- Les centres d'hébergement et de soins de longue durée publics.

S'ajoutent à ces ressources les places d'hébergement visés par des achats de places, les ententes de services faites par les établissements publics ainsi que les places occupées en soins de courte durée pour des soins de longue durée. Par ailleurs, plusieurs de ces catégories telles que les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les projets novateurs, les ressources d'hébergement de type non institutionnel, les achats de places et les ententes de services se distinguent surtout entre elles par leur mode de financement plutôt que par les types de services qui y sont offerts.

CHAPITRE 1

Les milieux de vie substituts pour les aînés en perte d'autonomie

L'état de situation a été réalisé à partir des données recueillies auprès des instances nationale et régionales responsables des différents types de milieux de vie substituts, en l'occurrence le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les agences de la santé et des services sociaux (ASSS). De plus, différents organismes et associations publics, privés et communautaires ont été consultés afin de compléter et de valider les données.

Les données recueillies comportent toutefois des limites quant à leur fidélité et à leur validité. Des variables telles que la compilation, le traitement, la structure, la date de référence et la diversité des sources influencent la qualité des données et introduisent une certaine marge d'erreur. Bien qu'incomplet, l'état de situation trace un portrait le plus exhaustif et exact possible de l'hébergement en milieux de vie substituts.

1.1 Les logements sociaux et les habitations communautaires

Cette catégorie comprend le parc de logements sociaux et les habitations communautaires. Le parc de logements sociaux est constitué principalement par les habitations à loyer modique (HLM). Quant aux habitations communautaires, elles regroupent les entreprises d'économie sociale en habitation, les logements gérés par des organismes sans but lucratif d'habitation² (OSBL-H), les coopératives d'habitation et les coopératives de solidarité. Ce type de logements ou d'habitations permet généralement à des ménages à faible revenu d'habiter un logement à prix abordable.

1.1.1 Les habitations à loyer modique avec services pour aînés (HLM)

Il existe trois types de HLM ayant des formes juridiques distinctes, soit : les logements publics constitués par les habitations à loyer modique (HLM); les organismes sans but lucratif d'habitation (OSBL-H) et les coopératives d'habitation (COOP-H). Pour chacun de ces secteurs, en plus du logement, des services sont souvent offerts aux personnes âgées qui y résident.

Le parc de logements sociaux a été mis en place en 1967 dans le cadre du programme d'habitations à loyer modique (HLM) et il est administré par la Société d'habitation du Québec (SHQ). Il s'agit de logements subventionnés par l'État destinés aux personnes à faible revenu, sélectionnées en fonction de leur revenu et de l'état du logement qu'elles occupent.

² Les organismes sans but lucratif (OSBL) sont aussi appelés des organismes à but non lucratif (OBNL). Il s'agit du même type d'organisme. Le sigle OSBL, le plus souvent utilisé, a été retenu dans ce document.

La Société d'habitation du Québec (SHQ) participe également au financement des HLM par le versement de subventions visant à combler le déficit d'exploitation des immeubles. Par ailleurs, la gestion des immeubles est confiée à différents mandataires, selon le type de HLM, soit les offices municipaux d'habitation (OMH) pour les HLM publics et les organismes sans but lucratif pour les HLM privés sans but lucratif.

Le coût du loyer équivaut à 25 % des revenus totaux du ménage pour l'année civile précédant la signature du bail du logement. Ce montant inclut les frais de chauffage et d'eau chaude. Le loyer mensuel de base minimum ne peut être inférieur à 185 \$ et le prix moyen s'élève à 277 \$. S'ajoute au loyer de base une contribution du locataire pour les coûts d'électricité, le stationnement, le câble et l'utilisation d'un climatiseur. Ces frais sont variables et ne peuvent excéder 70 \$ par mois³.

Les plus récentes données⁴ de la SHQ indiquent qu'en 2005, 73 113 ménages à faible revenu bénéficient d'une habitation à loyer modique. Quelque 37 494 de ces ménages sont constitués de personnes âgées de 65 ans ou plus, dont 1 784 de personnes âgées en perte d'autonomie. Ainsi, 51 % des ménages résidant dans un HLM sont constitués de personnes âgées et 2,4 % de tous les ménages résidant en HLM sont composés d'au moins une personne âgée en perte d'autonomie (tableau 1).

Tableau 1 Ménages bénéficiant d'une habitation à loyer modique selon le type de HLM au 31 décembre 2005

Volet	Familles	Personnes âgées	Personnes âgées en perte d'autonomie	Personnes seules	Total
OMH	26 613	35 205	455	611	62 884
COOP-OSBL	2 223	459	1 329	2 223	6 234
Autochtones hors réserves	1 810	46	-	71	1 927
Inuits	2 058	-	-	10	2 068
Total	32 704	35 710	1 784	2 915	73 113

Source : Société d'habitation du Québec, site Internet, www.habitation.gouv.qc.ca

Comme il s'agit de ménages et non de places disponibles ou occupées, le nombre de personnes âgées autonomes ou en perte d'autonomie ne peut être précisé. De même, on ne peut connaître le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie bénéficiant de services autres que le logement.

Par ailleurs, du fait des faibles validité et fidélité des données du Registre des résidences privées avec services pour personnes âgées du MSSS, le nombre de personnes âgées qui vivent dans un HLM avec services ne peut être davantage précisé. Selon le dernier registre du MSSS (2006), il y aurait 22 HLM destinés aux aînés, comportant 960 unités d'habitation.

³ Marie-Noëlle Ducharme, Cahier du LAREPPS n° 06-05, *Les habitations à loyer modique publiques destinées aux aînés. Portrait sectoriel*, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS), École de travail social, Université du Québec à Montréal, 89 p., 2006a.

⁴ Il s'agit des données les plus récentes disponibles sur le site Internet de la SHQ. La SHQ ne possède pas de données plus précises au sujet des personnes âgées de 65 ans ou plus et de celles en perte d'autonomie qui résident dans un HLM.

Depuis 1994, aucun HLM public n'a été construit. D'autres types de programmes d'aide financière au logement ont plutôt été maintenus ou développés, notamment le programme de supplément au loyer. Ce programme permet de soutenir financièrement les ménages selon des conditions semblables à celles du programme d'habitation à loyer modique. Il permet à des ménages à faible revenu d'habiter un logement sur le marché locatif privé ou encore appartenant à des coopératives d'habitation et à des organismes sans but lucratif, en ne défrayant que 25 % du coût du loyer.

Ce programme a donc permis, depuis 1994, d'augmenter de 19 266 le nombre d'unités d'habitation du parc de logements sociaux, qui s'ajoutent aux 73 113 unités de type HLM. En 2005, l'ensemble du parc de logements sociaux comprend donc plus de 90 000 unités. Cependant, les données relatives aux unités d'habitation subventionnées par le programme de supplément au loyer qui offrent des services aux personnes âgées en perte d'autonomie ne sont pas disponibles.

Initialement, le programme de HLM s'adressait à une clientèle autonome et visait l'aide aux personnes pauvres et mal logées. Avec le temps, la clientèle qui réside en HLM a vieilli et une proportion grandissante de celle-ci présente une perte d'autonomie. Depuis 1985, principalement sous l'égide d'initiatives locales, certains gestionnaires d'OMH ont favorisé le développement de services pour permettre aux personnes en perte d'autonomie de continuer à demeurer dans leur logement. L'évolution des besoins et les différentes orientations gouvernementales, notamment les politiques de soutien à domicile du MAS (1979a) et du MSSS (2003b), ont amené la SHQ à développer une vocation sociale et communautaire afin de favoriser le maintien des personnes âgées dans leur domicile. Ainsi d'autres services complémentaires à l'habitation se sont développés, le plus souvent en partenariat avec les ressources communautaires et publiques relevant de différents ministères, notamment le MSSS.

Selon Ducharme (2006a)⁵, ces services ont trait à l'accueil, au soutien aux locataires, à l'organisation communautaire, à la gestion de conflits, à l'intervention psychosociale et en situation de crise, à l'accompagnement et à la référence, aux loisirs, aux services médicaux ainsi qu'à l'aide alimentaire et domestique. Selon le cas, des frais pour ces services peuvent être ajoutés au coût du loyer de base, le montant total pouvant alors atteindre 500 \$ par mois lorsque les repas sont inclus.

L'étude de Ducharme (2006a) apporte des précisions sur le profil des locataires résidant dans les HLM destinés aux aînés. Bien que l'accès à un logement dans un HLM dédié destiné aux personnes âgées soit réservé aux personnes de 65 ans ou plus, des assouplissements sont possibles en vertu de la réglementation. Ainsi, les personnes âgées de 65 ans ou moins peuvent être admissibles selon l'offre et la demande. L'âge requis ne peut toutefois être inférieur à 50 ans. Par ailleurs, comme les vocations et les catégories de HLM ne sont pas étanches, on trouve des personnes âgées de 50 ans ou plus dans des HLM destinés aux familles ou à d'autres clientèles.

Selon cette même étude, il apparaît que le profil des résidents de HLM pour aînés s'est peu transformé depuis 1991. Qu'il s'agisse de l'âge, du genre ou du statut, les

⁵ Marie-Noëlle Ducharme, Cahier du LAREPPS n° 06-05, *Les habitations à loyer modique publiques destinées aux aînés. Portrait sectoriel*, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS), École de travail social, Université du Québec à Montréal, 89 p., 2006a.

proportions de ces paramètres sont demeurées relativement semblables. En 2005, l'assouplissement de l'âge requis fait en sorte qu'il y a plus de personnes âgées de 60 ans ou moins mais l'âge moyen pour les 60 ans ou plus se situe autour de 72 ans. Les personnes âgées de 70 à 74 ans forment encore le groupe le plus important. Les personnes âgées de 75 ans ou plus représentent 43 % des locataires et on trouve peu de personnes très âgées. En effet, les personnes âgées de 85 ans ou plus forment la catégorie d'âge où l'on dénombre le moins d'individus. Leur proportion est demeurée stable dans le temps depuis 1991 : de 7 % elle est passée à 8,8 % en 2005. En fait, les personnes qui entrent dans un HLM y demeurent très longtemps et lorsqu'elles quittent leur logement, c'est souvent à la suite d'une perte d'autonomie sévère (hospitalisation, hébergement) ou en raison du décès. On peut donc facilement comprendre que les personnes de 85 ans ou plus ne représentent qu'une faible proportion des locataires de HLM qui reste relativement stable dans le temps.

Comme en 1991, on trouve dans les HLM une plus grande proportion de femmes. De 73 % en 1991, elle a légèrement augmenté en 2004 en passant à 78 %. La proportion de locataires qui vivent seuls s'est maintenue à près de 85 %. Le revenu des locataires est demeuré faible et correspond la plupart du temps au montant de la pension de vieillesse et du supplément de revenu garanti pour les personnes admissibles, soit environ un peu plus de 12 000 \$ par année.

Ducharme (2006a) indique que la liste d'attente en HLM s'élève actuellement à 40 000 personnes et 16 000 d'entre elles seraient des personnes âgées. Du fait qu'une fois admises, elles y demeurent longtemps, elles auront éventuellement besoin de services avec l'apparition d'une perte d'autonomie. Avec le vieillissement de la population et l'orientation du MSSS de maintenir le plus longtemps possible à domicile les aînés en perte d'autonomie, les gestionnaires des HLM auront à faire face à des défis encore plus importants dans l'avenir.

Comme on peut le constater, peu de données sont disponibles au sujet des personnes âgées en perte d'autonomie qui résident dans un HLM et qui reçoivent des services. La publication attendue à l'automne 2006, *Cadre national sur le soutien communautaire en logements sociaux*, réalisée par la SHQ en collaboration avec le MSSS, sera certainement des plus pertinentes afin d'encadrer le développement de ce type de services et de mieux connaître ce secteur. Cependant, l'accès à des données valides apparaît tout aussi essentiel pour connaître ce réseau, la clientèle qui y réside et pour en suivre l'évolution.

1.1.2 Les organismes sans but lucratif d'habitation avec services pour aînés (OSBL-H)

Un organisme sans but lucratif d'habitation (OSBL-H) est une corporation privée au sens de la *Loi sur les compagnies du Québec (partie 3 LRQ, chapitre C-38)*, constituée avec des lettres patentes. Il regroupe des gens de la communauté locale qui en assument la gestion (résidents, acteurs communautaires et sociaux, représentants du commerce local, intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, etc.). Il s'agit donc d'une propriété privée, de nature collective, mais sans but lucratif, ce qui la différencie des résidences privées à but lucratif et des logements sociaux (HLM) ou propriétés de l'État. Les OSBL-H se distinguent également des coopératives d'habitation ou de

solidarité par le fait que les locataires ne sont pas tenus de participer à la gestion ou à l'entretien de l'habitation et qu'ils n'ont pas l'obligation d'être membres ni de participer à l'assemblée générale.

Pour répondre à leur mission en habitation et pour offrir des logements accessibles à des personnes ayant des revenus faibles ou modestes, les OSBL-H utilisent différents programmes gouvernementaux disponibles pour réaliser des unités d'habitation. Selon les modalités des programmes, l'aide financière peut permettre d'offrir des loyers équivalant à 25 % des revenus des locataires.

Depuis le début des années 70, les organismes sans but lucratif prennent une place de plus en plus importante dans le secteur de l'habitation. Dès les premières années, la majorité des projets s'adressaient aux personnes âgées. Selon l'enquête du Réseau québécois des OSBL d'habitation (RQOH), les OSBL-H gèrent aujourd'hui 31 500 unités de logement, ce qui représente une part significative du parc de logements sociaux et communautaires du Québec (tableau 2). Ces logements sont destinés essentiellement aux personnes ayant des difficultés particulières à se loger : personnes âgées – dont celles en légère perte d'autonomie –, itinérants, personnes seules, mères de familles monoparentales, etc. Ils sont maintenant bien implantés sur l'ensemble du territoire québécois et sont répartis dans 309 municipalités. Plus de la moitié (53 %) se trouvent dans les grandes villes.

Tableau 2 OSBL d'habitation au Québec, 2006

Clientèle	OSBL-H		Unités de logement	
	Nombre	%	Nombre	%
49 ans et moins	428	53,3	15 500	49,2
Aînés (50 ans ou plus)	375	46,7	16 000	50,8
Total	803		31 500	

Source : Marie-Noëlle Ducharme, *Le soutien communautaire en habitation. Enquête auprès des OSBL d'habitation en 2006*. Présentation des résultats préliminaires de l'enquête effectuée par le Réseau québécois des OSBL d'habitation lors du Colloque *Parce que l'avenir nous habite* tenu le 8 novembre 2006, 2006b. Le rapport final sera disponible au cours de l'année 2007.

Dans l'enquête du RQOH on dénombre en 2006, toutes vocations confondues, 803 OSBL-H. Des 31 500 unités de logement, plus de 16 000 seraient destinées aux aînés. On constate donc que près de 47 % du parc d'OSBL-H et plus de 50 % de l'ensemble des unités de logement s'adressent aux personnes âgées (tableau 2). Bien que l'âge minimum soit le plus souvent fixé à 60 ans, l'âge d'admission dans les OSBL-H pour personnes âgées varie de 50 à 65 ans⁶. L'enquête révèle que plus de la moitié (56 %) des unités destinées aux aînés sont occupées par des personnes âgées de 76 ans et plus, et 83 % des résidants ont un revenu annuel inférieur à 20 000 \$.

⁶ Marie-Noëlle Ducharme, Cahiers du LAREPPS n° 04-05, *Le tiers secteur de l'économie sociale dans le domaine de l'habitation destinée aux personnes âgées. Portrait sectoriel*, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS), École de travail social, Université du Québec à Montréal, 80 p., 2004.

Les OSBL-H offrent souvent aux locataires vulnérables ou qui ont des besoins particuliers des services sociaux et du soutien communautaire⁷. Dans ce cas, les charges additionnelles pour certains services sont normalement inscrites dans l'annexe au bail, ce qui augmente les frais pour des locataires déjà démunis. L'enquête du RQOH révèle que plus des deux tiers (68 %) de l'ensemble des OSBL-H offrirait du soutien communautaire et on observe une proportion quasi équivalente (69 %) de ce type d'aide dans les OSBL-H destinés aux aînés. Le tiers de tous les OSBL-H offrirait également d'autres services liés à la santé et aux services sociaux (aide domestique 35 %, soins aux personnes 30 %, suivis individuels 29 %, services infirmiers 28 %, aide aux médicaments 26 %). Il s'agit le plus souvent d'OSBL-H pour personnes âgées.

À la lumière des données de Ducharme (2006b), il apparaît que le tiers des OSBL-H n'offrent aucun service, un autre tiers n'offre que des services minimaux et un dernier tiers offre une gamme plus étendue de services. Considérant qu'un peu plus des deux tiers (69 %) des OSBL-H pour aînés offrirait au minimum des services de soutien communautaire et que le tiers de organismes qui offrent des services du secteur de la santé sont des OSBL-H pour personnes âgées, on peut alors estimer à 268 le nombre d'habitations pouvant être considérées comme des milieux de vie substitués. En appliquant ces mêmes proportions au nombre d'unités de logement destinées aux personnes âgées, on dénombrierait près de 11 040 logements. Comme il s'agit d'unités de logement pouvant être occupées par plus d'une personne, le nombre de personnes âgées qui reçoivent des services pourrait en fait être plus important.

Les données du MSSS (2006c), pour leur part, indiquent que 209 ressources de type OSBL avec services pour aînés sont inscrites au Registre des résidences privées avec services pour personnes âgées au 31 mars 2006. Ces ressources comprennent 8 819 places ou unités d'habitation. Selon les différentes sources de données consultées, le nombre d'unités de logement de type OSBL-H offrant des services à des personnes âgées se situerait entre 8 000 et un peu plus de 11 000. Bien que ces chiffres soient peu précis, on peut constater que le secteur des OSBL-H avec services pour aînés dessert un nombre tout de même considérable de personnes âgées, nombre appelé à augmenter considérablement dans l'avenir.

D'ailleurs, l'enquête du RQOH laisse voir des signaux préoccupants quant à la capacité de réponse aux besoins d'une clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement. La précarité financière typique à ce type d'organismes, leur sous-financement souvent chronique et les difficultés de recrutement et de rétention du personnel constituent les principaux problèmes qu'éprouvent actuellement les organismes. Face à l'avenir, la demande croissante de places et de services à offrir à une clientèle de plus en plus vieillissante, qui, elle-même, présente une capacité financière limitée, constitue un enjeu de taille pour ce secteur d'activité.

⁷ Le soutien communautaire en habitation est défini comme un ensemble d'interventions reliées au logement et à l'habitat, destinées aux résidents dans le but d'assurer à ces derniers des conditions accrues de pouvoir sur leur vie et leur habitat. Les interventions de soutien communautaire ont généralement trait à la sélection des locataires, à l'accueil, à la référence et à l'accompagnement vers d'autres ressources, à la sécurité, à la gestion des conflits et des situations de crise, à la défense des droits, au maintien de la tranquillité des lieux, au service alimentaire ainsi qu'à l'animation, au soutien à la vie associative et communautaire et aux partenariats avec le milieu.

1.1.3 Les coopératives d'habitation avec services pour aînés (COOP-H)

Une coopérative d'habitation est une entreprise à propriété collective comme un OSBL-H à la différence que la COOP est la propriété de ses membres. Les membres sont collectivement propriétaires de l'immeuble et locataires individuels de leur logement et sont soumis, par contrat, à l'obligation de contribuer à la gestion et à l'entretien de l'immeuble.

Au 31 décembre 2005, le réseau⁸ des COOP-H était constitué de 1 171 coopératives comportant 25 593 unités de logement pour les gens de tous âges. Ce type d'habitation représente 19 % de l'ensemble des logements sociaux et communautaires du Québec. La plupart des coopératives sont situées dans les milieux urbains. On dénombre une moyenne de 22 logements par COOP-H. La grande majorité d'entre elles ont bénéficié d'un ou de plusieurs programmes d'aide financière et près de quatre ménages sur dix bénéficient d'une aide financière au loyer de type « HLM » ou autre.

Peu de données sont disponibles lorsque l'on tente de répertorier les COOP-H offrant des services aux aînés. Une étude⁹ estimait à 60 le nombre de COOP-H, avec ou sans services, exclusivement destinées aux aînés. Celles-ci comportaient 1 200 unités de logement en l'an 2000.

Le Registre des résidences privées avec services du MSSS (2006c), de son côté, répertorie 7 COOP-H avec services pour les personnes âgées comportant 124 unités d'habitation au 31 mars 2006. Contrairement au réseau des OSBL-H, ce secteur s'est peu développé pour les personnes âgées. Les exigences de participation associées à ce mode d'habitation peuvent limiter l'intérêt des personnes âgées en perte d'autonomie à y adhérer. En effet, les incapacités et les limitations associées à la perte d'autonomie chez les personnes âgées peuvent réduire considérablement la capacité de cette clientèle à assumer ses obligations, telle la participation à la gestion et à l'entretien de l'immeuble.

1.2 Les résidences privées avec services pour personnes âgées

Une résidence privée avec services pour personnes âgées est un milieu de vie qui offre des services à sa clientèle. Ces services varient d'une ressource à l'autre. Les coûts sont donc variables selon le type de résidences et les services reçus. Les résidences subventionnées (HLM, OSBL-H, COOP-H) sont accessibles aux personnes ou aux ménages à plus faible revenu tandis que l'accès aux résidences privées à but lucratif est régi par le libre marché. Dans ce cas, les prix oscillent entre 800 \$ et 5 000 \$ par mois¹⁰. Les services offerts peuvent inclure le gîte et le couvert (obligatoire ou à la carte) et d'autres types de services tels que des services de sécurité et de surveillance (présence

⁸ Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, *Les coopératives d'habitation au Québec*, 64 p., 2005.

⁹ François Renaud (2000), tiré de Marie-Noëlle Ducharme, Cahiers du LAREPPS n° 04-05, *Le tiers secteur de l'économie sociale dans le domaine de l'habitation destinée aux personnes âgées. Portrait sectoriel*, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS), École de travail social, Université du Québec à Montréal, 80 p., 2004.

¹⁰ Selon l'information fournie par l'Association des résidences et des CHSLD privés du Québec (ARCPQ).

d'un gardien jour et nuit, système de sécurité à l'entrée, sonnette d'alarme dans les chambres), des services médicaux (présence d'une infirmière sur place, visite de l'infirmière, visite du médecin), des services d'aide et d'assistance aux activités de la vie quotidienne (AVQ) (lever, habillage, repas) et aux activités de la vie domestique (AVD) (entretien ménager, animation, accompagnement).

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (art. 346.0.1) définit maintenant juridiquement le statut d'une résidence privée avec services pour personnes âgées, à savoir :

« Une résidence pour personnes âgées est un immeuble d'habitation collective où sont offerts, contre le paiement d'un loyer, des chambres ou des logements destinés à des personnes âgées et une gamme plus ou moins étendue de services, principalement reliés à la sécurité et à l'aide à la vie domestique ou à la vie sociale, à l'exception d'une installation maintenue par un établissement et d'un immeuble ou d'un local d'habitation où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire ou d'une ressource de type familial ».

Au moment de la rédaction de l'*Avis sur l'hébergement en milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie* (Conseil des aînés, 2000a), il n'existait aucun répertoire officiel des résidences privées avec services pour personnes âgées. Depuis ce temps, le MSSS a confié le mandat¹¹ aux régies régionales¹² de constituer et de mettre à jour annuellement un tel registre¹³ sur leur territoire et d'effectuer une visite annuelle de ces résidences. Le MSSS a, pour sa part, le mandat de coordonner la réalisation d'un registre national. Celui-ci a été constitué et publié pour la première fois en 2003.

Les résidences inscrites au registre sont réparties en cinq catégories d'habitation, soit :

- les résidences privées à but lucratif;
- les résidences privées sans but lucratif (OSBL);
- les coopératives d'habitation avec services (conçues et occupées par les personnes âgées);
- les habitations à loyer modique avec services (HLM, destinées aux personnes âgées);
- les résidences gérées par des communautés religieuses (religieux retraités ou personnes âgées laïques).

En principe, le registre devrait donc inclure les types d'habitation qui ont été décrits dans les sections précédentes de ce document, soit les HLM, les OSBL-H et les COOP-H qui offrent des services à des personnes âgées. Or, une première analyse des données

¹¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, p. 39, 2001b.

¹² Il s'agit du vocable des instances régionales en vigueur en 2001. Depuis, celles-ci correspondent aux agences de la santé et des services sociaux.

¹³ Selon le MSSS, le registre contient exclusivement les résidences privées avec services pour personnes âgées ou les unités d'habitation sans lien institutionnel avec le réseau d'établissements de santé et de services sociaux qui correspondent à la définition prévue à l'article 346.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il exclut donc les CHSLD publics et privés (conventionnés ou non), les ressources intermédiaires (RI), les ressources de type familial (RTF), les lits de soins de longue durée visés par des ententes de services avec les établissements du réseau, et les projets novateurs.

laisse voir des différences significatives entre les données provenant du registre et celles provenant d'autres sources (SHQ, RQOH et associations diverses). Selon le responsable du registre au MSSS, les données présente des limites importantes sur le plan de la validité et de la fidélité. L'utilisation des données actuelles vise donc davantage à dégager une tendance plutôt qu'à réaliser un portrait exhaustif du secteur.

Avec la certification¹⁴ obligatoire des résidences privées avec services pour aînés, dont le début d'implantation est prévu le 1^{er} février 2007, le registre du MSSS devra nécessairement refléter avec exactitude la réalité. À cet effet, le MSSS poursuit actuellement une opération visant à améliorer la validité et la fidélité des données tant sur les plans des critères de sélection et de la saisie des données, du traitement, que sur ceux de la vérification et éventuellement des critères sociosanitaires à respecter par les résidences.

Il peut être utile de rappeler que jusqu'à ce que la certification des résidences soit réalisée, ces ressources sont dans la même situation qu'au moment de l'*Avis sur l'hébergement en milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie* (Conseil des aînés, 2000a). Ainsi, peu importe leur taille, les résidences demeurent privées et ne possèdent aucun permis du ministère de la Santé et des Services sociaux. Elles sont soumises aux règlements municipaux touchant les ressources de chambres et pension, au Code du bâtiment pour les résidences d'une certaine taille et aux normes de salubrité. Les représentants du réseau de la santé et des services sociaux n'interviennent généralement qu'en cas de plaintes formelles. Toutefois, avec les modifications apportées lors de l'adoption du projet de loi n° 83, *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, les agences peuvent désormais procéder à des interventions en vertu des dispositions des articles 489 et 489.1¹⁵, ce qui constitue un changement important depuis l'an 2000.

Au 31 mars 2006, selon le registre du MSSS, on dénombrait 2 439 résidences privées avec services pour aînés, lesquelles comprenaient un total de 86 341 unités d'habitation ou de places disponibles. Quelque 2 120 ou 87 % des résidences répertoriées sont des résidences privées à but lucratif. Elles constituent à elles seules un peu plus de 83 % de toutes les unités d'habitation disponibles. Les autres catégories représentent respectivement 9 % pour les OSBL-H, moins de 1 % pour les COOP-H et les HLM, et 3 % pour les résidences gérées par des communautés religieuses (tableau 3).

¹⁴ La certification obligatoire des résidences privées avec services pour personnes âgées a été enchâssée dans le projet de loi n° 83, *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, en novembre 2005.

¹⁵ Article 489 : « Une personne autorisée par écrit par le ministère, à faire une inspection peut, à tout moment raisonnable, pénétrer dans tout lieu où elle a raison de croire que des opérations ou des activités pour lesquelles un permis est exigé en vertu de la présente loi sont exercées, de même que dans toute installation maintenue par un établissement afin de constater si la présente loi et les règlements sont respectés ».

Article 489.1 : « Le ministre peut déléguer, à chaque régie régionale, les pouvoirs qu'il exerce en application de la présente section ».

Tableau 3 Nombre de résidences privées avec services pour aînés et nombre d'unités d'habitation au 31 mars 2006

Catégories	Nombre de résidences	Nombre de places
Résidences privés à but lucratif	2 120	72 006
Organismes d'habitation sans but lucratif (OSBL-H)	209	8 819
Coopératives d'habitation (COOP-H)	7	124
Habitations à loyer modique (HLM)	22	960
Résidences des communautés religieuses	81	4 432
Total	2 439	86 341

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Registre des résidences privées INFO-RRASPA. Bulletin d'information présentant certaines statistiques extraites du Registre des Résidences privées avec Services pour Personnes Âgées*, mai 2006, 2006c.

Le taux d'occupation des unités d'habitation, indépendamment de la catégorie, atteignait 98,6 % au 31 mars 2006, soit 85 117 places occupées sur 86 341 places (tableau 4). Parmi ces places, 79 716 étaient occupées par des personnes âgées de 65 ans ou plus. Cela correspond à un taux d'hébergement pour cette clientèle de 7,4 %¹⁶, soit plus que le double du taux d'hébergement observé en CHSLD (publics, privés et privés non conventionnés) pour ce groupe d'âge en 2005, lequel se situait à 3,6 % pour 37 724 personnes hébergées¹⁷ (tableau 9, voir section 1.5.4).

Tableau 4 Nombre de résidents dans les résidences privées avec services pour personnes âgées en fonction de l'âge, 2004 et 2006

Groupe d'âge	2004	2006	Différence
	Nombre de résidents	Nombre de résidents	Nombre de résidents
64 ans ou moins	4 644	3 950	-694
65 à 74 ans	13 399	14 459	+1 060
75 à 84 ans	35 502	38 801	+3 299
85 ans ou plus	24 515	26 456	+1 941
Âge indéterminé	1 008	1 451	+443
Tous âges	79 068	85 117	+6 049

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Registre des résidences privées INFO-RRASPA. Bulletins d'information présentant certaines statistiques extraites du Registre des Résidences privées avec Services pour Personnes Âgées*, avril 2004 et mai 2006, 2004c, 2006c.

Au 31 mars 2006, la clientèle qui réside dans les résidences privées avec services est composée de 4,6 % de personnes âgées de 64 ans ou moins et de 93,7 % de

¹⁶ Basé sur la proportion entre le nombre de résidents âgés de 65 ans ou plus et le nombre total de personnes âgées de 65 ans ou plus au 1^{er} juillet 2006, soit 1 075 346 selon les données parues le 6 novembre 2006 sur le site Internet de l'Institut de la statistique du Québec, www.stat.gouv.qc.ca.

¹⁷ Le taux d'hébergement pour l'année 2005 a été utilisé car les données pour 2006 ne sont pas encore toutes disponibles. Le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus au 1^{er} juillet 2005 était de 1 045 661.

personnes âgées de 65 ans ou plus¹⁸. Les 65 à 74 ans constituent 17 % des résidents, les 75 à 84 ans comptent pour 45,6 % et les 85 ans ou plus pour 31,1 % (tableau 4). Près de 77 % des personnes qui vivent en résidences privées ont donc 75 ans ou plus ce qui correspond à 65 257 personnes.

Peu de données sont disponibles quant à l'évolution du parc des résidences privées avec services pour personnes âgées puisque le registre n'existe que depuis quelques années. Cependant, un inventaire réalisé en 1994, à la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux, permet de donner un aperçu de la croissance de ce secteur depuis les douze dernières années (tableau 5).

Tableau 5 Évolution du parc de résidences privées avec services pour personnes âgées entre 1994, 2004 et 2006

	1994	2004	2006
Nombre de résidences	2 000	2 519	2 439
Nombres de places¹	72 000	79 911	86 341
Nombre d'usagers	57 600	79 068	85 117
Taux d'occupation	80 %	98,9 %	98,6 %
+ de 65 ans	52 992 92 %	73 416 92,9 %	79 709 93,6 %
+ de 75 ans	37 440 65 %	60 017 75,9 %	65 257 76,7 %

1. Le nombre de places correspond au nombre d'unités d'habitation (appartements ou chambres).

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Les résidences privées pour personnes âgées non titulaires d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan d'action*, 1994.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Registre des résidences privées INFO-RRASPA. Bulletins d'information présentant certaines statistiques extraites du Registre des Résidences privées avec Services pour Personnes Âgées*, avril 2004 et mai 2006, 2004c, 2006c.

Dans l'ensemble, de 1994 à 2006, la croissance est visible à tous les points de vue. Le nombre de résidences et le nombre de places ont crû de quelque 22 %. C'est par rapport au nombre d'usagers que la différence est la plus significative avec un bond de 27 517 résidents de plus, soit 48 % d'augmentation. C'est chez le groupe des 75 ans ou plus que l'on observe la plus forte augmentation. Le nombre de personnes est passé de 37 440 à 65 257 entre 1994 et 2006. Il s'agit d'une augmentation de 74,3 %.

Sur une plus courte période, soit entre 2004 et 2006, la croissance s'est poursuivie. Durant cette période, le nombre de résidences inscrites au registre a diminué mais le nombre de places a augmenté (tableau 5). Ces données laissent voir une modification dans la taille des résidences. En effet, le nombre total d'unités d'habitation augmente mais le nombre total de résidences décroît. C'est donc dire que les résidences de grande taille sont en croissance tandis que les résidences de petite taille diminuent.

Entre 2004 et 2006, on observe également une augmentation continue du nombre de résidents âgés de 65 ans ou plus et de 75 ans ou plus. Ces groupes d'âge ont

¹⁸ En 2006, selon le Registre des Résidences privées avec Services pour Personnes Âgées, il y avait 1,7 % des personnes dont l'âge était indéterminé dans les données.

augmenté respectivement de 8,6 % et de 8,7 %. La clientèle vivant en résidence privée avec services est donc de plus en plus âgée. L'augmentation visible du taux d'occupation des places est également préoccupante. On peut voir que ce secteur suffit tout juste à répondre à la demande avec un taux qui atteint 98,6 % en 2006. Cette tendance peut être lourde de conséquences au cours des prochaines années puisque la demande se fera de plus en plus grande dans l'avenir.

L'augmentation du nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus est compréhensible du fait que les gens qui demeurent dans les résidences y vieillissent aussi. Une augmentation similaire est aussi observée chez le groupe des 75 ans ou plus. Considérant que les besoins de services de santé et de services sociaux augmentent significativement à partir de 75 ans, on peut penser que la clientèle des résidences privées présentera des besoins croissants en cette matière, sans compter qu'elle sera de plus en plus nombreuse du fait du vieillissement démographique.

L'encadrement du secteur des résidences privées avec services pour personnes âgées est devenu essentiel afin de s'assurer que les services fournis aux résidents y sont adéquats. L'enchâssement dans le projet de loi no 83, *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, en novembre 2005, de l'obligation de certification des résidences privées pour personnes âgées avec services est certainement une bonne chose en soi. Cependant, avec la certification obligatoire, le MSSS crée différentes catégories de milieux de vie substitués. Ainsi, on trouve les établissements possédant un permis tels que les CHSLD (publics, privés conventionnés et non conventionnés), les établissements n'ayant pas de permis en tant que tel mais reconnus par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* comme les ressources non institutionnelles (ressources intermédiaires et ressources de type familial) et les établissements possédant une certification (résidences privées avec services). Bien qu'il y ait des critères d'accès différents, il arrive que l'on trouve dans ces différents milieux des personnes âgées en perte d'autonomie qui présentent le même profil de besoins. Le fait d'avoir des exigences différentes (permis et certification) pour une même clientèle laisse pour le moins perplexe, et ce, d'autant plus que l'expansion du secteur des résidences privées pour personnes âgées avec services poursuivra, sans nul doute, sa lancée.

Enfin, avec le développement rapide au cours des dernières années des OSBL-H, des COOP-H, des HLM avec services et des résidences privées à but lucratif avec services pour les personnes âgées, il devient impératif que les instances responsables s'assurent de mettre en place et de tenir à jour des données valides. Il y a lieu de bien connaître ce secteur d'activité appelé à croître encore significativement dans l'avenir du fait des orientations gouvernementales axées sur le maintien à domicile et du développement de formules alternatives à l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie.

1.3 Les ressources d'hébergement de type non institutionnel (RTF et RI)

L'appellation « ressources d'hébergement de type non institutionnel » fait référence au caractère non institutionnel de ces milieux d'hébergement qui se sont développés avec le mouvement de désinstitutionnalisation des années 70. Il s'agit de milieux de vie résidentiels adaptés aux personnes qu'ils hébergent afin de leur permettre de demeurer

dans la communauté. Ils offrent, en plus du gîte et du couvert, des services de soutien et d'assistance.

Il existe deux types de ressources reconnues par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, soit la ressource de type familial et la ressource de type intermédiaire. Elles se distinguent par le profil de la clientèle qu'elles peuvent accueillir. Les ressources reçoivent une rétribution en fonction du niveau de services requis par la condition de l'utilisateur. Elles sont aussi rattachées à un établissement public par un lien contractuel autre que celui de type employeur-employé¹⁹. Pour être admise dans ces ressources, la personne doit adresser une demande au centre de santé et de services sociaux (CSSS) de son territoire en utilisant les mécanismes d'accès²⁰ prévus sur les plans local et régional.

1.3.1 Les ressources de type familial (RTF)

Les ressources de type familial sont composées des familles d'accueil pour enfants et des résidences d'accueil pour adultes et pour personnes âgées. Ces dernières s'adressent aux personnes qui ne peuvent pas vivre de façon autonome dans leur domicile personnel et qui nécessitent un encadrement léger. L'article 312 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux indique qui peut être reconnu comme résidence d'accueil pour adultes et pour personnes âgées, soit :

« une ou deux personnes qui accueillent chez elles au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel ».

La ressource de type familial est tenue d'offrir le gîte et le couvert; les articles de base nécessaires à l'hygiène personnelle, l'entretien de la literie, de la lingerie et des vêtements, de même que les médicaments non prescrits. Le résident est responsable des frais pour ses articles de soins personnels (vêtements; sorties, loisirs, téléphone, etc.) ainsi que de la contribution prévue au régime public d'assurance médicaments²¹.

Par ailleurs, l'utilisateur doit assurer les coûts reliés au gîte et au couvert. La contribution de l'utilisateur est déterminée par le MSSS et est indexée au 1^{er} janvier de chaque année. Au 1^{er} janvier 2006, la contribution des personnes âgées de 65 ans ou plus hébergées dans une ressource de type familial correspondait à :

¹⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La pratique professionnelle et la ressource de type familial. Guide d'orientation*, 89 p., 2003a, et *Ressources intermédiaires. Cadre de référence*, 80 p., 2001c.

²⁰ Un comité régional d'admission évalue la demande de placement dans une ressource de type non institutionnel afin de sélectionner la ressource qui peut répondre le mieux aux besoins de l'utilisateur. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La pratique professionnelle et la ressource de type familial*, 89 p., 2003a. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Ressources intermédiaires. Cadre de référence*, 80 p., 2001c.

²¹ Informations recueillies auprès de Hélène Nobert, Service des activités communautaires, Direction des personnes handicapées et des activités communautaires, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006.

« un montant égal à la pension de sécurité de la vieillesse (487,54 \$) et au supplément de revenu garanti maximal (597,53 \$), moins l'allocation de dépenses personnelles (175,00 \$), sans toutefois dépasser le montant mensuel de la rétribution quotidienne de base (variable selon la catégorie) payable à la ressource par l'établissement²² ».

La contribution mensuelle maximale actuellement en vigueur s'élève donc à 910,07 \$ et le montant minimal à 756,60 \$ (basé sur une rétribution quotidienne de base de 25,22 \$ sur 30 jours).

Tableau 6 Nombre de places et proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus en ressources de type familial au 31 mars 2003 et 2006¹

	2003	2006	Différence	Variation
			Nombre	%
Nombre de ressources reconnues	3 554	4 112	+558	15,7
Nombre de places reconnues	13 717	15 951	+2 234	16,3
Nombre total d'usagers placés	12 255	12 450	+ 195	1,6
Taux d'occupation	89,3 %	78,1 %	-11,2 %	-11,2
Nombre d'usagers de 65 ans ou plus	2 317	2 538	+221	9,5
Proportion d'usagers de 65 ans ou plus	18,9 %	20,4 %	+1,5 %	1,5

1. Il s'agit des résidences d'accueil pour adultes et pour personnes âgées, soit les ressources pour les personnes âgées de 18 ans ou plus.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial (SIRTF)*, 2003d, 2006d.

Selon les données du MSSS²³, au 31 mars 2006, on dénombre 4 112 ressources de type familial reconnues qui offrent 15 951 places. Ces places sont occupées par 12 450 usagers. Parmi ceux-ci, 2 538 sont des personnes âgées de 65 ans ou plus, soit 20,4 % de la clientèle. Chez les aînés, le groupe des 65 à 74 ans est le plus nombreux, avec 1 342 personnes. Chez les 75 à 84 ans on compte 779 personnes et chez les 85 ans ou plus, 417. Le taux d'occupation de l'ensemble des places avoisine les 78 % (tableau 6).

L'analyse des données disponibles²⁴ indique qu'entre 2003 et 2006, le nombre de ressources et le nombre de places reconnues ont augmenté respectivement de 15,7 % et 16,3 %, mais le nombre d'usagers placés n'a augmenté que de 1,6 %. Le taux d'occupation, quant à lui, a baissé de plus de 10 %, passant de 89,3 % à 78,1 % en trois ans. Le nombre d'usagers de 65 ans ou plus est à la hausse de 221 personnes, soit une augmentation de 9,5 %. Évidemment, tout comme dans les résidences privées, les personnes qui résident dans ces milieux y vieillissent aussi. D'ailleurs, une certaine proportion des personnes actuellement âgées de 65 ans ou plus ont été admises dans

²² Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Normes et pratiques de gestion. Tome II. Circulaire 2005-029 (03.01.42.24)*, 2005a.

²³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial (SIRTF)*, 2003d, 2006d.

²⁴ Les données du fichier SIRTF n'étant disponibles que depuis quelques années, les comparaisons ne peuvent être antérieures à 2003. De plus, comme le système était en phase d'implantation en 2003, les données doivent seulement servir à dégager une tendance puisqu'elles comportent plusieurs limites sur les plans de la validité et de la fidélité.

ces ressources pour des problématiques non liées au vieillissement telles que des problèmes de santé mentale, de déficience physique ou intellectuelle. Avec le vieillissement de la population, on peut penser que les besoins de services pour cette clientèle s'accroîtront dans l'avenir.

1.3.2 Les ressources intermédiaires (RI)

Les ressources intermédiaires constituent un second type de milieu d'hébergement dit « non institutionnel » dont la croissance a été marquée au cours des années 1980. Ce type de ressources s'adresse à des personnes en perte d'autonomie et qui ont besoin d'un encadrement plus grand que celui offert en ressource de type familial, mais moins important que celui offert en CHSLD. Elles sont définies dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (article 302) comme étant :

« Toute ressource rattachée à un établissement public qui, afin de maintenir ou d'intégrer un usager inscrit à ses services, lui procure, par l'entremise de cette ressource, un milieu de vie adapté à ses besoins et lui dispense des services de soutien ou d'assistance requis par sa condition »²⁵.

Les coûts des services sont assumés à la fois par l'établissement public qui a conclu un contrat avec la ressource intermédiaire et la personne qui reçoit les services. Les services sont fournis par la ressource elle-même, par les organismes de services de la communauté, ou par l'établissement de rattachement, selon l'entente établie par contrat. L'établissement fournit les services de santé et les services sociaux et la ressource intermédiaire est tenue de fournir certains services pour lesquels elle reçoit une rétribution quotidienne basée sur le degré de soutien et d'assistance requis par la condition de l'usager. Il s'agit principalement d'assurer le gîte et le couvert, les services de base (entretien ménager, entretien de la literie et des vêtements) et les services requis dans le plan d'intervention de l'usager.

Les documents du MSSS apportent peu de précision sur la couverture de services offerts en ressources intermédiaires. Les personnes âgées admises en RI ont accès gratuitement à certains services couverts en CHSLD, comme les produits d'aide à l'élimination ou culottes d'incontinence²⁶. Pour d'autres services tels que les verres correcteurs, les prothèses dentaires, les aides à la communication, les chaussures orthopédiques, etc., ou d'autres types d'aides techniques comme les barres d'appui, ils ne sont pas nécessairement couverts par l'établissement rattaché à la ressource intermédiaire. L'individu vivant en ressource intermédiaire est considéré comme une personne hébergée sans pour autant avoir accès à tous les services couverts en

²⁵ La loi sur les services de santé et les services sociaux précise que l'immeuble ou le local d'habitation où sont offerts les services d'une RI, n'est pas réputé être une installation maintenue par l'établissement public auquel la ressource est rattachée, sauf pour l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1) où il est alors considéré comme lieu d'hébergement d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation.

²⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Normes et pratiques de gestion. Tome II. Circulaire sur les besoins spéciaux (1995-010)*, 1995. Selon cette circulaire, la ressource d'hébergement ne peut facturer à ses usagers les articles en papier, dont les couches, conformément au plan de services individualisé établi pour l'usager. Faute de circulaire de remplacement depuis 1995, le MSSS a confirmé que ces dispositions s'appliquent toujours.

hébergement. Par ailleurs, la clientèle ne peut se tourner vers les programmes publics d'aides techniques et de fournitures²⁷ de la Régie de l'assurance maladie du Québec, qui s'adressent aux personnes vivant à domicile et qui excluent précisément les personnes hébergées, y compris celles en ressources intermédiaires. De plus, les personnes âgées de 65 ans ou plus vivant en ressources intermédiaires doivent s'inscrire au régime public d'assurance médicaments tout comme les personnes vivant dans leur domicile, sans pourtant avoir accès aux services de soutien à domicile²⁸. En termes de couverture de services, leur statut fluctue : tantôt elles bénéficient de certains services couverts en CHSLD mais, pour d'autres types d'aide, elles sont exclues sans nécessairement être couvertes par d'autres programmes. On observe donc des contradictions et de l'iniquité dans la couverture de services selon le milieu de vie.

Outre ces différents coûts, l'usager participe aux frais de son hébergement en versant une contribution²⁹ à l'établissement public. Le montant de la contribution est déterminé par le MSSS et est indexé au 1^{er} janvier de chaque année. Pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, le montant maximal correspond à la pension de sécurité de la vieillesse (487,54 \$) et au supplément de revenu garanti maximal (597,53 \$), moins l'allocation de dépenses personnelles (180,00 \$). Il ne peut excéder le montant de la rétribution accordée à la ressource (variable selon les services requis par l'usager) ou le montant maximal quotidien autorisé en 2006, soit 33,70 \$. Le montant que peut défrayer un usager peut donc varier entre 905,07 \$ et 1 011 \$ par mois (basé sur une période de 30 jours). Pour les usagers dont la durée d'hébergement est de deux ans ou plus, une réduction de la contribution peut être accordée en tenant compte des liquidités, des biens et des revenus de la personne.

Les données³⁰ du MSSS indiquent qu'il y avait, au 31 mars 2006, 1 722 ressources intermédiaires reconnues qui comprenaient 10 982 places. Ces places étaient occupées par 10 514 usagers dont 3 913 personnes âgées de 65 ans ou plus, ce qui représente 37,2 % de la clientèle (tableau 7). En 2006, le taux d'occupation atteignait 95,7 %. Parmi les aînés, les personnes âgées de 75 à 84 ans constituent le groupe le plus nombreux avec 1 458 personnes, soit 37,3 %. Le groupe de personnes de 85 ans ou plus en représente 32,2 %, avec 1 259 personnes, et les 65 à 74 ans, 30,6 %, avec quelque 1 196 personnes.

Lorsque l'on compare les données³¹ entre 2003 et 2006, on constate que le nombre de ressources et le nombre de places reconnues ont augmenté dans des proportions

²⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme sur les aides à la vie quotidienne et à la vie domestique*, 2003c. L'article 4.2.2, p. 9, dans ce guide indique que les personnes couvertes en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et qui sont admises dans un centre d'hébergement public (incluant les RI) ne peuvent bénéficier de ce programme.

²⁸ Dans la *Politique de soutien à domicile*, les résidents de RI ou de RTF ne sont pas explicitement inclus dans la clientèle de soutien à domicile. Le document *Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile* (p.5 et 6), 2004b, laisse toutefois entendre que les besoins des résidents en soutien à domicile doivent être couverts par le CLSC, à condition que cette couverture n'entraîne pas le désistement de la ressource (par rapport à des services pour lesquels elle aurait été rémunérée).

²⁹ Régie de l'assurance maladie du Québec, *La contribution financière des adultes de 18 ans et plus confiés à une ressource intermédiaire*, Circulaire D-9110-0, novembre, 2 p., Québec, 2004.

³⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial (SIRTF)*, mars, 2006d.

³¹ Les données étant issues du même fichier (SIRTF) que celles utilisées pour les ressources de type familial, les mêmes limites s'appliquent relativement aux comparaisons, lesquelles ne peuvent être antérieures à 2003.

respectives de 13,5 % et de 14,1 %. Le nombre d'usagers a augmenté de 17,8 %. Le taux d'occupation est passé de 92,8 % à 95,7 %, soit une augmentation de 2,9 %. Le nombre d'usagers de 65 ans ou plus est nettement à la hausse avec une augmentation de 1 069 personnes, soit 37,6 %, mais leur proportion par rapport à l'ensemble des usagers n'a augmenté que de 5,3 % (tableau 7).

Tableau 7 Nombre de places et proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus en ressources intermédiaires, au 31 mars 2003 et 2006¹

	2003	2006	Différence	Variation
			Nombre	%
Nombre de ressources reconnues	1 517	1 722	+205	13,5
Nombre de places reconnues	9 625	10 982	+1 357	14,1
Nombre total d'usagers	8 928	10 514	+1 586	17,8
Taux d'occupation	92,8 %	95,7 %	+2,9 %	2,9
Nombre d'usagers de 65 ans ou plus	2 844	3 913	+1 069	37,6
Proportion d'usagers de 65 ans ou plus	31,9 %	37,2 %	+5,3 %	5,3

1. Il s'agit des ressources intermédiaires pour les personnes âgées de 18 ans ou plus.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial (SIRTF)*, 2003d, 2006d.

Le vieillissement de la clientèle peut encore ici constituer un facteur explicatif, mais l'augmentation évidente du nombre et de la proportion de personnes de 65 ans ou plus laisse à penser, toutes proportions gardées avec d'autres types de ressources d'hébergement, que ce type de ressources s'est significativement développé depuis l'an 2000. En 1990, on dénombrait 1 845 personnes âgées de 65 ans ou plus dans ce type de ressources nommées, à ce moment-là, des « pavillons d'hébergement³² » tandis qu'en 2006 on en dénombre plus du double, soit 3 913. À l'origine les ressources intermédiaires devaient recevoir des personnes en légère perte d'autonomie³³ alors qu'elles accueillent maintenant une clientèle qui présente une perte d'autonomie de plus en plus sévère.

1.4 Les projets novateurs

Face au défi du vieillissement de la population et de ses conséquences sur la demande de services d'hébergement et de soins de longue durée, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis sur pied, en 2003, le programme de subventions « *Pour un nouveau partenariat au service des aînés. Projets novateurs* ». Ce programme consiste à développer de nouvelles formules résidentielles alternatives à l'hébergement de type institutionnel (CHSLD), dans lesquelles les personnes peuvent recevoir les services sociosanitaires requis par leur condition³⁴. L'accès à un éventail plus étendu de types

³² Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Les pavillons une ressource à connaître, à consolider*, p. 19, 1990.

³³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Les pavillons une ressource à connaître, à consolider*, p. 11, 1990.

³⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme de subventions Pour un nouveau partenariat au service des aînés. Projets novateurs, document explicatif - annexe 2, 2004- 2005, 2005b*.

d'habitation où sont offerts, selon les besoins, des services de santé et des services sociaux, permet le maintien, le plus longtemps possible, des personnes dans leur communauté. Cela permet de reléguer en dernier choix le recours à l'hébergement de type institutionnel (CHSLD) et de réserver ce type de ressources à ceux qui en ont le plus besoin sur le plan clinique.

La clientèle visée concerne principalement les personnes âgées en perte d'autonomie. D'autres types de clientèle sont aussi ciblés comme les personnes ayant des traumatismes cranio-cérébraux et les jeunes adultes handicapés qui requièrent un haut niveau de soutien sur une base continue et qui ont des besoins auxquels le milieu institutionnel actuel ne peut répondre adéquatement.

Du fait qu'ils s'adressent à des personnes présentant un profil³⁵ de lourde perte d'autonomie qui aurait normalement nécessité un hébergement de type institutionnel (CHSLD), les projets doivent satisfaire aux critères d'admissibilité³⁶. À valeur égale, les projets provenant de régions où le nombre relatif de places d'hébergement était moindre, étaient privilégiés.

Les projets ont été élaborés en collaboration avec différents partenaires des réseaux public, privé et communautaire. Pour chaque projet, une subvention est accordée à l'établissement public du territoire concerné afin qu'il assure la dispensation des soins et des services sociosanitaires requis par la clientèle.

La gestion de services connexes (gestion des immeubles, de l'alimentation, de la buanderie, etc.) est confiée à une tierce partie parmi les différents partenaires (offices municipaux d'habitation, ressources privées, organismes communautaires ou coopératives de services à domicile).

Ces différents partenaires sont responsables du financement et de l'entretien des infrastructures et doivent fournir, gérer et administrer le gîte et le couvert ainsi que les services connexes. Selon l'information recueillie auprès du MSSS, ces services connexes font référence à la buanderie, à l'entretien ménager, aux loisirs, à la distribution et à la conservation des médicaments, à la présence d'un gardien et d'un système de surveillance ainsi qu'au transport d'accompagnement.

Les frais de gîte et de couvert ainsi que les services connexes sont à la charge de l'usager. Ceux-ci se situent entre 500 \$³⁷ et 1 527 \$ par mois. L'écart est dû à l'accès ou non à des programmes d'aide financière (HLM) et aux frais reliés au couvert et autres services connexes qui varient d'un type de milieu à l'autre. En 2004-2005³⁸, le coût moyen s'élève à 998,37 \$ et la plupart des projets (19/31) ont des coûts variant entre

³⁵ Selon le document explicatif pour la présentation des projets – Annexe 2, *Pour un nouveau partenariat au service des aînés. Projets novateurs document explicatif 2004-2005*, 2005b – du MSSS, la clientèle visée est définie comme toute personne ayant des atteintes concomitantes sur les plans physiologique, psychologique, social et/ou fonctionnel, ayant un impact direct sur son niveau d'autonomie, et qui requiert des ressources professionnelles spécialisées et un milieu de vie structuré en fonction de ses besoins.

³⁶ Les critères d'admissibilité ont été établis par le MSSS et concernent la clientèle, l'aménagement du milieu de vie, l'organisation des services, la qualité, le financement et la réglementation en vigueur.

³⁷ Dans le cas des projets novateurs en HLM, le coût moyen du loyer s'élève à environ 250 \$/mois auquel s'ajoute approximativement 250 \$/mois pour le coût des autres services, soit un coût total de 500 \$/mois.

³⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Sommaire des informations concernant les projets novateurs*, 2004-2005, 2005c.

900 \$ et 1 200 \$, soit des coûts comparables à la contribution des usagers hébergés en CHSLD (de 949,20 \$ à 1 527,60 \$).

Les services sont variables d'un projet à l'autre et certains sont couverts dans le prix du loyer. Les services d'assistance et d'aide à la vie quotidienne (AVQ) sont assurés par la ressource ou par l'établissement public. Dans quelques projets, le prix inclut les culottes d'incontinence et les médicaments. Dans les projets où les médicaments ne sont pas couverts, les usagers sont inscrits au Régime public d'assurance médicaments et doivent donc défrayer le coût de la contribution exigible, selon leur situation.

On peut voir que les services offerts et couverts sont variables. Dans certains cas, ils peuvent s'apparenter à ceux fournis gratuitement en CHSLD, comme les culottes d'incontinence, les médicaments et les aides techniques, alors que dans d'autres cas, l'utilisateur doit défrayer des coûts supplémentaires pour ces mêmes services puisque les personnes âgées en perte d'autonomie ne sont toujours pas admissibles au programme public de fournitures et d'aides techniques³⁹.

Il s'agit pourtant d'une clientèle dont le profil aurait nécessité un hébergement en CHSLD. En effet, la clientèle retenue dans les projets nécessitait environ 3 heures de soins quotidiens. On dessert donc la même clientèle qu'en CHSLD sans pour autant lui assurer la même couverture de services. Dans les projets novateurs, la clientèle reçoit les services dont elle a besoin, mais cela lui coûte parfois plus cher que si elle avait été hébergée en CHSLD, en raison des coûts supplémentaires pour les services non couverts.

Le programme a été implanté en trois phases. En juillet 2004, une première phase de 12 projets a été réalisée pour un coût de 4,2 M\$. Le nombre de personnes rejointes s'élevait à 205. La deuxième phase a débuté en février 2005, avec une subvention de 3 M\$. Elle comprenait 10 projets visant à desservir 127 personnes. Enfin, la troisième phase a commencé à l'été 2005 avec un octroi de 4,2 M\$. Dans cette dernière phase, 9 projets sont prévus pour rejoindre 177 personnes. Au total, une somme de près de 11,5 M\$ a été accordée dans quinze⁴⁰ régions pour la réalisation de 31 projets pouvant accueillir 509 personnes, incluant les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Le montant de la subvention varie d'un projet à l'autre selon le nombre de places et d'autres paramètres (besoins de la région, type de services offerts, type de bâtiment, etc.). Le coût annuel par place varie donc entre 2 000 \$ et 52 033 \$ et le coût moyen par place s'élève à 22 665 \$. Un peu plus du tiers des projets (11) présentent un coût moyen par place se situant entre 30 000 \$ et 37 992 \$, soit un peu plus que le coût moyen, sans la contribution des usagers, dans une ressource intermédiaire (11 903 \$) et un peu moins que celui dans un CHSLD (43 452 \$)⁴¹.

³⁹ Les programmes publics d'équipements, de fournitures et d'aides techniques sont actuellement accessibles aux personnes handicapées; les personnes âgées en perte d'autonomie n'y sont pas admissibles. Le plan d'action ministériel *Un défi de solidarité, les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010*, 2005f prévoit que l'accès aux services d'aides techniques, de fournitures et d'équipements doit être indépendant du lieu de résidence, mais les travaux d'harmonisation de ces programmes ne sont pas encore commencés et l'accès à ces programmes est toujours réservé uniquement aux personnes handicapées.

⁴⁰ La région du Nord-du-Québec n'a pas présenté de projet.

⁴¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Tableau comparatif soutien à domicile, projets novateurs, RI et CHSLD*, Québec, 3 p., 2004d.

Tableau 8

Types de projets novateurs et clientèles visées
selon la région sociosanitaire, 2004-2005

Régions	Nombre de projets	Types de projets	Clientèles	
			18 ans ou +	65 ans ou +
01	2	OSBL 6 chambres	6	6
		Privé 11 chambres	11	11
02	1	OSBL 30 chambres, studios et appartements	30	30
03	3	OSBL 30 chambres [*]	30	30
		Privé 49 studios et appartements	49	49
		Privé 32 studios	32	32
04	3	HLM/SHQ 18 appartements	18	18
		Privé 15 chambres	15	15
		Privé 10 appartements ¹	10	0
05	1	Privé 12 chambres et appartements	12	12
06	2	OSBL 10 studios et appartements ²	10	0
		OSBL/SHQ 20 studios et appartements	20	20
07	1	Privé 10 studios	10	10
08	2	OSBL/SHQ 15 chambres	15	15
		OSBL/SHQ 16 chambres ³	16	8
09	1	OSBL/SHQ 14 appartements	14	14
10	0	-	-	-
11	1	OSBL/SHQ 6 studios	6	6
12	3	OSBL/SHQ 16 chambres	16	16
		COOP 17 chambres	17	17
		Privé 10 chambres et studios	10	10
13	2	OSBL/SHQ 50 appartements ⁴	50	30
		OSBL 10 chambres [*]	10	10
14	2	OSBL/SHQ 10 appartements ²	10	0
		OSBL/SHQ 10 appartements ²	10	0
15	1	Privé 10 chambres	10	10
16	4	OSBL/SHQ 10 appartements	10	10
		HLM 9 appartements	9	9
		OSBL 9 studios et appartements	9	9
		OSBL/SHQ 16 appartements	16	16
17	1	OSBL 12 studios ⁵	12	n.a.
18	1	OSBL 16 chambres ⁵	16	n.a.
Total	31		509	413

* Ne sera pas réalisé (région 03); non commencés (régions 8 et 13).

1. Pour des personnes présentant des séquelles d'un traumatisme crânio-cérébral.

2. Pour de jeunes adultes.

3. Huit places pour de jeunes adultes.

4. Vingt places pour de jeunes adultes.

5. Les places sont de type multientèle.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Sommaire des informations concernant les projets novateurs, 2004-2005, 2005c.*

Selon les données recueillies, certains projets s'adressent à d'autres clientèles que les aînés. Le nombre de places destinées exclusivement aux personnes âgées en perte d'autonomie s'élève alors à 413 sur 509, soit 81 % des places (tableau 8).

On constate que la majorité (19/31) des projets se trouve dans des OSBL. Ce type de ressources constitue 61 % des projets. Les ressources privées à but lucratif (9/31) comptent pour 29 %, les HLM (2/31) pour 6 %, et les COOP (1/31) pour 3 % (tableau 8).

Lorsque l'on examine le type de places (413/509) destinées à la clientèle aînée⁴², on peut voir que 33 % des places se trouvent dans des milieux offrant uniquement des chambres. Cependant, la majorité (67 %) des projets offre une mixité de modes de résidence (chambres, studios ou appartements). Dans 19 % de ces cas, il s'agit d'un mélange de chambres, de studios et d'appartements, un autre 35 % est composé uniquement d'appartements, 19 % des projets comprennent des appartements et des studios et 17 % sont constitués exclusivement de studios. Le type de mode de résidence est donc très varié d'un projet à l'autre.

La plupart des projets sont actuellement en cours d'implantation. Parmi les projets destinés aux personnes âgées, trois projets comportant un total de 48 places ne sont pas encore réalisés : deux projets ne sont pas encore commencés et un ne sera pas réalisé, en raison d'un désistement. Dans ce dernier cas, des démarches sont en cours pour sélectionner un autre projet.

Une évaluation des projets sera effectuée par le MSSS afin de déterminer les facteurs favorisant ou non la mise en place des projets subventionnés et de mesurer leur efficacité, leur efficience et leur pertinence. Un rapport d'étape est attendu en mai 2007 et sera suivi d'un rapport final, en mars 2008.

Afin de mieux connaître l'opérationnalisation de ces projets, le Conseil des aînés en a visité plusieurs au cours de l'automne 2006. Pour chaque visite, les rencontres avec la clientèle et les différents partenaires ont permis de constater certaines limites à ces projets. Plusieurs projets novateurs semblent comporter des restrictions au regard de la clientèle desservie et du type de services requis. Certains projets n'admettent pas les personnes qui présentent des déficits cognitifs et exigent la relocalisation des personnes déjà admises quand de tels problèmes apparaissent chez elles. Les résidents doivent aussi être réorientés lorsque leur état nécessite des soins sous-cutanés qui ne peuvent être offerts sur place. Ainsi, les objectifs visés au départ semblent partiellement atteints. Pour être de véritables solutions alternatives à l'hébergement, ces nouvelles formules doivent non seulement offrir une réponse adaptée aux besoins des résidents mais aussi être en mesure de s'adapter à l'évolution de leurs besoins pour leur permettre d'y demeurer jusqu'en fin de vie. De plus, et contrairement aux CHSLD, les critères d'admissibilité ne permettent pas d'accueillir toute personne âgée en perte d'autonomie, et ce, peu importe sa problématique, ni d'adapter la dispensation des soins et des services requis jusqu'à la fin de la vie.

Les rencontres ont également laissé voir des limites du point de vue financier. Une bonne partie des projets est constituée d'OSBL et de HLM. Ces organismes s'adressent la plupart du temps à une clientèle bénéficiant de ressources financières limitées pour ne pas dire une clientèle pauvre. Les HLM sont un bon exemple où la clientèle doit répondre à des critères financiers pour avoir accès à ce type de milieu et, souvent, les OSBL ont aussi des critères d'accès basés sur le revenu. Or, les projets novateurs ne doivent pas viser uniquement une clientèle à faible revenu mais toute personne présentant une perte d'autonomie liée au vieillissement, et ce, peu importe son revenu.

⁴² Excluant les régions 17 et 18 dont les projets sont multiâges et multiproblématiques.

La problématique financière s'étend également aux résidences privées à but lucratif. Dans leur cas, des ententes ont été conclues entre le promoteur privé et l'établissement public afin d'offrir un loyer comparable aux autres types de milieux de vie substitués. Des prix « plafond » ont donc été établis. Dans certains cas, ces ententes offrent un coût du loyer qui est même inférieur à la contribution exigée pour une personne hébergée dans une chambre privée en CHSLD (1 527,60 \$). Jusqu'à maintenant et selon certains promoteurs, les coûts fixés ne permettent pas la viabilité à long terme. Cette limite financière est non négligeable du fait qu'il s'agit de résidences à but lucratif qui doivent dégager un bénéfice pour demeurer en affaires. Il ne faut pas oublier que la majorité des résidences privées pour personnes âgées sont à but lucratif. Le partenariat avec le privé dans le développement de formules alternatives à l'hébergement peut sûrement être possible, dans la mesure où les conditions gagnantes sont réunies et où tant la clientèle que les différents partenaires y trouvent leur compte.

Il sera nécessaire d'exercer un suivi rigoureux du développement des projets novateurs afin que les nouvelles formules résidentielles alternatives à l'hébergement répondent adéquatement aux besoins des personnes qui y vivent et s'ajustent à l'évolution de ces besoins. Initialement, les projets novateurs se voulaient une des réponses au défi du vieillissement de la population et devaient par conséquent s'adresser uniquement aux aînés en perte d'autonomie qui auraient été dirigés vers un CHSLD, donc une clientèle en perte d'autonomie sévère. La population cible a toutefois été élargie à des adultes de 64 ans ou moins présentant des incapacités non liées au vieillissement.

Les nouvelles formules alternatives à l'hébergement doivent non seulement répondre adéquatement aux besoins de la clientèle mais les bâtiments dans lesquels résident ces personnes doivent être sécuritaires. Considérant que les projets novateurs hébergent des personnes âgées en perte d'autonomie, cette question prend toute son importance. Le Code de construction du Québec précise d'ailleurs les normes⁴³ de sécurité qu'un bâtiment doit respecter lorsqu'il héberge ce type de clientèle. Généralement, il s'agit d'un bâtiment d'usage du groupe B, division 2, ou ce qu'on entend le plus souvent par le vocable « la norme B2 », en CHSLD.

En l'an 2000, des allègements à la réglementation pour les bâtiments du groupe B, division 2, ont été apportés par l'ajout d'un article concernant les résidences supervisées⁴⁴. Ainsi des exigences moins élevées quant aux normes de construction et aux équipements en matière de sécurité s'appliquent maintenant aux bâtiments qui

⁴³ Lorsqu'un bâtiment héberge des personnes en perte d'autonomie qui reçoivent des soins médicaux ou des soins d'aide, tels un hôpital, une infirmerie ou une maison de repos, un CHSLD, il doit répondre à certaines normes (normes de construction et d'équipements tels que des gicleurs automatiques, des portes coupe-feu, etc.) relativement à la sécurité incendie, et ces normes varient selon l'usage du bâtiment, sa taille et le nombre de personnes qu'il abrite.

⁴⁴ Code de construction du Québec : A-1.1.3.2 : « Une résidence supervisée est un établissement de soins ou de détention du groupe B, division 2, autre qu'un hôpital, une infirmerie ou une maison de repos, lequel abrite des personnes qui reçoivent ou à qui on offre des soins médicaux uniquement de transition ou des soins d'aide. On entend par soins médicaux de transition, les soins qui peuvent être dispensés à l'extérieur d'un hôpital et qui ne nécessitent pas la supervision ou le contrôle immédiat du médecin. Les soins d'aide correspondent aux soins personnels comme l'hygiène, l'alimentation, l'entretien, l'utilisation des biens d'usage personnel, la supervision de la médication et la gestion de crise ou de l'évacuation du bâtiment. Les bâtiments comprennent les centres d'hébergement, les centres de convalescence privés, les résidences d'accueil, les foyers, les manoirs et les résidences pour personnes âgées ».

correspondent à la définition de résidences supervisées, qui hébergent au plus 30 personnes et dont la hauteur est d'au plus 3 étages.

Dans le cas des projets novateurs, des critères de sélection étaient spécifiés. Les projets devaient se conformer à « toutes les exigences ou prescriptions légales et réglementaires applicables dans la province de Québec, de même qu'à tous les règlements, arrêtés, décrets ou ordonnances des municipalités concernées ». Ainsi, les normes prévues au Code de construction du Québec (normes pour un usage de groupe B, division 2, ou celles prévues pour les résidences supervisées) devaient être respectées. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a indiqué que des mesures compensatoires approuvées par la Régie du bâtiment ont été prises pour les projets qui ne répondaient pas à l'ensemble des exigences.

Il y a lieu de noter que la Régie du bâtiment n'effectue aucun suivi à la suite de l'approbation de conformité d'un bâtiment aux normes prévues dans le Code de construction. Outre cette faiblesse, d'autres facteurs peuvent affecter la sécurité des personnes dans un bâtiment. Un bâtiment peut respecter les normes sans que la sécurité soit systématiquement assurée. Ainsi, un bâtiment peut satisfaire aux normes pour le nombre de sorties de secours exigées, mais ces sorties peuvent être inaccessibles en raison de l'accumulation de neige ou de l'encombrement par des objets quelconques. La mise en place d'un code de sécurité devient alors tout aussi importante que la conformité à des normes. La Régie du bâtiment a élaboré un tel code mais il n'est pas encore en vigueur à cause des problèmes d'application qu'il implique.

La conformité à des normes de construction et à un code de sécurité sont des conditions *sine qua non* pour assurer la sécurité des personnes vulnérables. Le développement de projets alternatifs à l'hébergement pour des personnes en lourde perte d'autonomie, dans des milieux très variés, comme les projets novateurs, doit assurer aux personnes le même degré de sécurité que si elles étaient hébergées en CHSLD.

1.5 Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sont des milieux de vie substitués qui accueillent des adultes en perte d'autonomie. Selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux (article 83), leur mission consiste à :

« ...offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage ».

Ces milieux d'hébergement sont dits de type institutionnel en raison des infrastructures dont ils disposent et du type de services cliniques qu'ils peuvent offrir. Il existe trois types⁴⁵ de CHSLD qui se distinguent selon leur statut public ou privé, et selon leur mode

⁴⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Bulletin d'information générale du Service du développement de l'information. Définition des termes*, novembre, 23 p. 2004a.

de financement : le CHSLD public, le CHSLD privé conventionné et le CHSLD privé non conventionné. Ils doivent tous détenir un permis d'exploitation du ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'agence de la santé et des services sociaux transmet, après approbation de conformité au règlement⁴⁶, la demande au ministre de la Santé et des Services sociaux qui délivre le permis. Le ministre, de sa propre initiative ou à la demande d'une agence de la santé et des services sociaux, peut modifier, suspendre, révoquer ou retirer un permis lorsque le titulaire d'un permis enfreint la Loi sur la santé et les services sociaux et ses règlements. Le MSSS n'effectue pas de suivi comme tel à la suite de la délivrance d'un permis. Cette responsabilité relève des agences de la santé et des services sociaux.

L'admission en CHSLD **publics et privés conventionnés** est régie par les comités régionaux d'orientation et d'admission (COA), parfois même locaux, à partir d'une évaluation spécifique des besoins de services requis par la personne qui doit être hébergée.

Pour ces types de CHSLD, le résident doit défrayer les coûts pour le gîte et le couvert⁴⁷ selon le type de chambre qu'il occupe. En 2006, les contributions mensuelles maximales s'établissent à 1 527,60 \$ pour une chambre individuelle, à 1 277,10 \$ pour une chambre à deux lits et à 949,20 \$ pour une chambre à trois lits ou plus.

Les services offerts peuvent varier en tout ou en partie d'un établissement à l'autre. Ainsi, certains établissements peuvent ne pas offrir de services de réadaptation ou de loisirs, faute de personnel disponible ou de budget suffisant, ou les offrir de façon partielle.

Cependant, les CHSLD publics et privés conventionnés doivent fournir sans frais les services⁴⁸ suivants : les articles et les services nécessaires à l'hygiène personnelle dont les culottes d'incontinence, le lavage et l'entretien normal de la lingerie personnelle et des vêtements de l'usager et tout équipement utilisé à des fins thérapeutiques comme les médicaments.

L'établissement peut aussi défrayer une partie des coûts reliés à des besoins spéciaux, notamment des appareils suppléant à une déficience physique (prothèses dentaires, lunettes, etc.).

En ce qui concerne les CHSLD **privés non conventionnés**, les coûts et les services diffèrent de ceux qui s'appliquent dans les CHSLD publics et privés conventionnés. Les CHSLD privés non conventionnés sont des établissements privés à but lucratif. Bien qu'ils détiennent un permis d'exploitation du MSSS pour de l'hébergement et des soins de longue durée, ils ne reçoivent pas de financement du MSSS. Les coûts

⁴⁶ Loi sur la santé et les services sociaux, chapitre II, section I, articles 437 à 453 et règlements correspondants. La demande doit répondre à un ensemble de conditions en termes de services offerts, de ressources humaines qualifiées et de permis reliés aux différentes réglementations en vigueur (construction du bâtiment, sécurité incendie, alimentation, agrément).

⁴⁷ Ces frais sont définis dans la contribution financière des adultes hébergés. Il s'agit d'un programme administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les informations sont tirées de la circulaire D-9100-0, *La contribution financière des adultes hébergés* en vigueur au 1^{er} janvier 2006.

⁴⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Normes et pratiques de gestion. Tome II. Circulaire sur les besoins spéciaux* (1995-010), Québec, 1995.

d'hébergement et les services sont fixés par les règles du marché et sont entièrement défrayés par les résidents.

En fait, seul le permis du MSSS distingue ces CHSLD des résidences privées avec services pour personnes âgées. Les détenteurs d'un tel permis sont cependant soumis à certaines réglementations comme celles relatives à la sécurité incendie et à l'obligation d'agrément. Pour être admis dans un CHSLD privé non conventionné, il n'est pas nécessaire de passer par le processus d'admission des comités régionaux d'orientation et d'admission. Par contre, ces comités peuvent orienter une personne vers ces milieux dans le cadre d'un programme d'achats de places ou d'ententes de services effectuées avec le réseau public. Dans ce cas, le CHSLD privé non conventionné reçoit un montant forfaitaire quotidien de l'établissement public.

Selon les informations recueillies auprès de l'Association des résidences et CHSLD privés du Québec (ARCPQ), le résident hébergé dans un CHSLD privé non conventionné peut défrayer entre 1 400 \$ et 5 000 \$ par mois. Ces coûts comprennent le gîte, le couvert et selon le cas, les autres services (soins infirmiers et autres services professionnels, services d'assistance, fournitures, buanderie, etc.) qui sont, la plupart du temps, à la carte ou en forfait selon le nombre d'heures-soins requis. La personne doit également assumer les frais pour sa contribution au régime public d'assurance médicaments ainsi que pour toutes ses dépenses personnelles.

Le portrait des places pour ces trois types de CHSLD est d'abord présenté séparément. Par la suite, une synthèse de l'ensemble des CHSLD (tableau 9) ainsi que l'évolution des places dans le temps sont présentées. Les données proviennent des bases de données du MSSS et ont été validées auprès des agences de la santé et des services sociaux.

1.5.1 Les CHSLD privés non conventionnés

Comme ce type d'établissement détient un permis du MSSS, certaines données statistiques sont disponibles quant au nombre d'établissements et au nombre de lits autorisés au permis. Selon les données du MSSS⁴⁹ 45 établissements de type CHSLD privés non conventionnés sont répertoriés au 31 mars 2005. Ces établissements regroupaient alors 48 installations⁵⁰. Ces CHSLD comptaient alors 2 504 lits⁵¹ autorisés au permis (tableau 9). Cependant, le nombre de lits autorisés au permis ne permet pas de tracer un portrait juste du nombre véritable de lits d'hébergement disponibles pour accueillir la clientèle. C'est pourquoi il est préférable d'examiner le nombre de lits

⁴⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Tableau sur les lits autorisés au permis d'exploitation au 31 mars 1990 à 2006*, produit par le Service du développement de l'information à partir des données extraites du fichier des établissements (Système M02), 2006e.

⁵⁰ L'établissement correspond à l'instance responsable vis-à-vis du MSSS tandis que l'installation correspond à un lieu physique où sont dispensés des soins de santé et des services sociaux, soit le bâtiment dans lequel se trouvent les lits. Un bon nombre d'établissements ne comptent qu'une seule installation, mais dans certains cas, des établissements peuvent avoir des lits dans plusieurs installations ou lieux physiques différents.

⁵¹ Ce nombre comprend les lits d'hébergement de soins de longue durée de tous types (physiques, psychiatriques, permanents et temporaires), et inclut les achats de places et les ententes de services.

dressés qui, lui, correspond au nombre de lits réels, dotés en personnel et prêts à recevoir un usager.

Contrairement aux CHSLD publics et privés conventionnés, les CHSLD privés non conventionnés n'ont pas l'obligation de transmettre leur rapport statistique et leur rapport financier au MSSS. Ainsi, le MSSS ne possède pas de données statistiques sur le nombre de lits dressés et occupés dans ces CHSLD. La seule façon d'obtenir cette information serait de faire une collecte de données auprès des 45 établissements en question.

Malgré cela, une estimation peut être faite à partir du nombre de lits autorisés au permis afin de donner un ordre de grandeur du nombre de lits dressés. Considérant le fait qu'il s'agit d'établissements privés, il y a tout lieu de croire que ceux-ci maintiennent un taux d'occupation relativement élevé, question de rentabilité. Ainsi, on peut légitimement penser que le nombre de places dressées peut correspondre sensiblement au nombre de lits autorisés au permis, soit 2 504 lits. Selon l'ARCPQ, le taux d'occupation se situe à 99 %. Le nombre de places occupées pourrait donc se situer à 2 479.

L'ARCPQ indique également que près de 99,5 % des lits sont occupés par des personnes de 65 ans ou plus et l'âge moyen de la clientèle serait de 83 ans. Le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus résidant dans les CHSLD privés non conventionnés serait alors de 2 467.

1.5.2 Les CHSLD privés conventionnés

Le CHSLD privé conventionné est à but partiellement lucratif et son financement est de type conventionné. Le mode de financement conventionné peut prendre différentes formes : conventionné général, à taux forfaitaire, à pourcentage, spécifique, forfaitaire spécifique. Ce type d'établissement appartient à un ou à plusieurs particuliers qui reçoivent des subsides du gouvernement pour donner les services requis aux résidents qu'ils accueillent selon le type de convention établi avec le MSSS.

Les données du MSSS⁵² laissent voir qu'au 31 mars 2005, il y avait 62 établissements de ce type, comptant en tout 74 installations. Parmi les 7 410 lits autorisés au permis, on dénombrait 6 570 lits dressés dont 6 366 étaient occupés (tableau 9).

En 2005⁵³, 12,2 % des usagers présents avaient 64 ans ou moins. Des 6 366 places occupées on peut alors estimer à 5 589 le nombre de places disponibles pour les personnes âgées de 65 ans ou plus.

⁵² Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Tableau sur les lits autorisés au permis d'exploitation au 31 mars 1990 à 2006* (données extraites du fichier des établissements, Système M02), et *Tableau sur les lits dressés au 31 mars 1991 à 2005* (données extraites de la base de données dérivée STATEVO, 2006) Service du développement de l'information, Direction générale adjointe aux ententes de gestion, 2006e, 2005d.

⁵³ La proportion des 64 ans ou moins a été calculée à partir du nombre d'usagers présents de ce groupe d'âge dans une année par rapport au nombre total d'usagers présents au cours de l'année. Les données sont tirées du *Tableau sur les usagers admis et présents en hébergement de soins de longue durée de 1991 à 2005*, produit par le Service du développement de l'information à partir des rapports statistiques

1.5.3 Les CHSLD publics

Le CHSLD public est à but non lucratif et fonctionne avec un mode de financement à budget. Le financement provient de l'enveloppe budgétaire du MSSS. Ce dernier alloue les budgets qui ont été fixés historiquement selon le nombre de places autorisées au permis d'exploitation pour chacun des établissements.

Au 31 mars 2005, les données du MSSS indiquent qu'il y avait 120 établissements comprenant 370 installations⁵⁴ avec une mission CHSLD. Le nombre de lits autorisés au permis était de 37 390, mais le nombre de lits dressés était de 34 872. Parmi ceux-ci, 33 791 étaient occupés (tableau 9).

Pour estimer le nombre de places occupées par les personnes âgées de 65 ans ou plus, soit le nombre de places réellement disponibles pour cette clientèle, il faut retirer celles occupées par les 64 ans ou moins (12,2 % ou 4 123 places). Le nombre de places occupées par les 65 ans ou plus serait donc de 29 668. Ce nombre comprend toutefois 590 places qui sont réservées uniquement aux vétérans. Le nombre de places véritablement accessibles à l'ensemble des personnes âgées de 65 ans ou plus serait donc de 29 078.

1.5.4 Le parc de lits des CHSLD (publics, privés conventionnés et non conventionnés)

En regroupant les précédentes données des différents types de CHSLD, il est possible de mieux cerner le portrait global de l'ensemble du parc de lits des CHSLD (publics, privés conventionnés et privés non conventionnés) qui existe au Québec (tableau 9).

Ainsi, sur les 47 304 lits autorisés au permis en 2005, près de 93 % (43 946) sont dotés en personnel et prêts à recevoir un usager. Sur ces 47 304 lits, 9 036 se trouvaient dans une installation répondant aussi à une mission de soins généraux et spécialisés (CHSGS), soit ce qu'on entend habituellement par « centre hospitalier ».

Des 43 946 lits dressés, seulement 37 724 étaient occupés par des personnes âgées de 65 ans ou plus. C'est donc 85,8 % des lits dressés et 79,7 % des lits autorisés au permis qui sont en fait disponibles pour la clientèle âgée.

annuels des établissements CH et CHSLD (Formulaires AS-477 et AS-479, ou AS-478, selon les années, Système C07, MSSS, (2005e).

⁵⁴ Le nombre d'installations correspond au nombre de bâtiments. Certains de ces bâtiments peuvent avoir plus d'une mission. On peut donc trouver dans une même installation, de l'hébergement et des soins de longue durée et des services hospitaliers, comme dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

Tableau 9

**Lits autorisés au permis, dressés et occupés
et taux d'hébergement des 65 ans ou plus en 2005¹**

Types de lits		1991	1995	2000	2005
Lits au permis	Tous types	54 927	51 468	48 637	47 304
	Publics	43 882	41 830	38 936	37 390
	Privés conventionnés	7 131	7 087	7 315	7 410
	Privés non conventionnés	3 914	2 551	2 386	2 504
Lits dressés	Tous types	49 698	48 051	44 899	43 946
	Publics	39 083	38 805	35 889	34 872
	Privés conventionnés	6 701	6 695	6 624	6 570
	Privés non conventionnés ²	3 914	2 551	2 386	2 504
Lits occupés tous âges ³	Tous types	48 056	46 296	42 919	42 636
	Publics	37 715	37 330	34 238	33 791
	Privés conventionnés	6 466	6 441	6 319	6 366
	Privés non conventionnés	3 875	2 525	2 362	2 479
Lits occupés 65 ans ou + ⁴	Tous types	42 646	40 943	37 959	37 724
	Publics	33 113	32 776	30 061	29 668 ⁵
	Privés conventionnés	5 677	5 655	5 548	5 589
	Privés non conventionnés	3 856	2 512	2 350	2 467
Taux d'hébergement des 65 ans ou +	Tous types	5,5 %	4,8 %	4,0 %	3,6 %

1. Il s'agit des lits d'hébergement de soins de longue durée de tous types (physiques, psychiatriques, permanents et temporaires), et inclut les achats de places et les ententes de services. Les données excluent les régions 17 et 18.
2. Le nombre de lits dressés pour les établissements privés non conventionnés n'est pas disponible. Comme il s'agit d'établissements privés à but lucratif, le nombre de lits dressés a été considéré comme étant le nombre de lits disponibles sur le marché privé, soit 100 % des lits autorisés au permis.
3. Le nombre de lits occupés des CHSLD publics et privés conventionnés est basé sur le taux d'occupation observé pour chacune des années, lequel est calculé en divisant le nombre de jours-présences réels par le nombre de jours-présences théoriques (nombre de lits dressés x 365 jours). Pour les CHSLD privés non conventionnés, un taux d'occupation de 99 %, évalué par l'ARCPQ, a été utilisé.
4. Les lits occupés par les 65 ans ou plus en CHSLD publics et privés conventionnés ont été estimés en soustrayant la proportion d'usagers de 64 ans ou moins observée en 2005, du nombre de lits occupés tous âges, soit 12,2 %. Pour les CHSLD privés non conventionnés, le taux de 99,5 % fourni par l'ARCPQ a été utilisé.
5. Ce nombre inclut les 590 places réservées aux vétérans.

Source : Le présent tableau a été élaboré à partir des documents, *Tableau sur les lits autorisés au permis d'exploitation au 31 mars 1990 à 2006* (données extraites du fichier des établissements, Système M02), *Tableau sur les lits dressés au 31 mars 1991 à 2005* (données extraites de la base de données dérivée STATEVO, 2006) et *Tableau sur les usagers admis et présents en hébergement de soins de longue durée de 1991 à 2005* (données extraites des rapports statistiques annuels des établissements CH et CHSLD, Formulaires AS-477 et AS-479, ou AS-478, selon les années, Système C07), produits par le Service du développement de l'information, Direction générale adjointe aux ententes de gestion, MSSS, (2006e, 2005d, 2005e).

Lorsque l'on examine le taux d'hébergement des personnes âgées de 65 ans ou plus, on observe que celui-ci est de l'ordre de 3,6 % en 2005. Dans le Plan d'action 2005-

2010 du MSSS⁵⁵ diffusé en novembre 2005, on trouvait pour l'année 2003-2004 un taux d'hébergement de 3,8 % pour 38 904 aînés hébergés en CHSLD (36 230 en CHSLD publics et privés conventionnés et 2 674 en CHSLD privés non conventionnés). Est-ce donc dire que le nombre de personnes âgées hébergées est passé de 38 904 à 37 724 sur une période d'un an, faisant ainsi décroître le taux d'hébergement de 3,8 % à 3,6 %? Cette différence du taux d'hébergement, minime en pourcentage, correspond toutefois à un nombre non négligeable d'aînés, soit 1 180.

Ces écarts peuvent être dues en partie aux estimations, quoique prudentes, tirées des données du MSSS mais aussi à la méthode et aux variations liées aux dates de mises à jour des banques de données. Quoi qu'il en soit, cela permet d'avoir un ordre de grandeur et de confirmer la tendance à la baisse du nombre de lits disponibles en CHSLD pour les aînés en perte d'autonomie.

En effet, lorsque l'on s'attarde à l'évolution du nombre de lits en CHSLD au cours des quinze dernières années, on observe une nette tendance à la baisse. L'évolution du nombre de places du parc de lits en CHSLD (publics, privés conventionnés et privés non conventionnés) a été tracée à partir des données du MSSS afin de demeurer dans le même « horizon » de données et de suivre l'évolution d'un même secteur d'année en année. Les données du tableau 9 illustrent bien la diminution constante du nombre de places d'hébergement disponibles entre 1991 et 2005, et ce, tant pour les lits autorisés au permis que pour les lits dressés ou occupés.

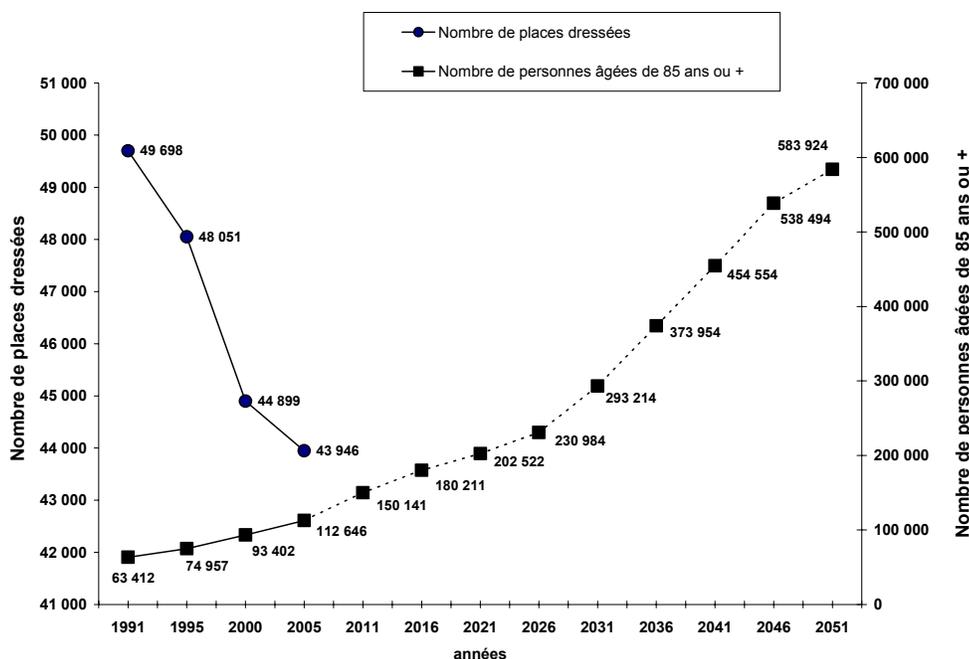
Le nombre total de lits autorisés au permis est passé de 54 927 à 47 304 en quinze ans, soit une diminution de près de 13,9 % de l'ensemble du parc d'hébergement et de soins de longue durée ou 7 623 places.

En ce qui a trait au nombre de lits dressés ou réellement disponibles, la réduction est tout aussi marquée. En 1991, le parc de CHSLD (publics, privés conventionnés et non conventionnés) comptait 49 698 lits dressés dotés en personnel et prêts à accueillir les usagers alors qu'en 2005, il n'en restait que 43 946. Il s'agit d'une baisse de 11,6 %, soit 5 752 places en moins.

La tendance à la baisse du nombre de places disponibles observée dans l'*Avis sur l'hébergement en milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie* (Conseil des aînés, 2000a), non seulement se confirme à nouveau, mais se poursuit. On observait alors une baisse de 7,8 % ou 3 600 places dressées en CHSLD publics et privés conventionnés entre 1991 et 1998. Sept ans plus tard, la diminution totale pour ces mêmes types de CHSLD atteint presque 10 % avec près de 900 places supplémentaires en moins depuis 1998. Sur quinze ans, on constate une baisse de 4 342 places et de 5 752 places si l'on inclut les places en CHSLD privés non conventionnés. Le nombre de places d'hébergement diminue constamment alors que le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus ne cesse d'augmenter, notamment les personnes âgées de 85 ans ou plus, clientèle qui requiert le plus souvent le type de services que l'on retrouve dans ces milieux de vie substitués (figure 1).

⁵⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Un défi de solidarité. Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010*, p. 22, tableau 5, Québec, 2005f.

Figure 1 Évolution du nombre de places dressées en CHSLD et du nombre de personnes âgées de 85 ans ou plus dans la population entre 1991 et 2005 avec projections jusqu'en 2061



Source : Conseil des aînés, figure faite à partir des données de *La réalité des aînés québécois*, 3^e édition, à paraître, des données de l'Institut de la Statistique du Québec *Estimation et projections de la population des régions administratives selon le groupe d'âge et le sexe au 1^{er} juillet, de 1981 à 2021*, (mai 1999 et juin 2000) et des données fournies par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Tableau sur les lits dressés au 31 mars 1991 à 2005* et *Tableau sur les usagers admis et présents en hébergement de soins de longue durée de 1991 à 2005* (2005d, 2005e). Les données excluent les régions 17 et 18.

Cette baisse observée jusqu'à maintenant risque de se poursuivre puisque le MSSS a décidé, dans son plan d'action 2005-2010, de repositionner le rôle des CHSLD pour réserver les places disponibles aux personnes en perte d'autonomie qui en ont le plus besoin sur le plan clinique. Sans compter que le plan prévoit également l'élimination des chambres de trois lits et des chambres dans les unités de soins de longue durée des grands centres hospitaliers offrant des soins spécialisés et surspécialisés et la relocalisation conséquente des usagers.

Pourquoi ce resserrement du rôle des CHSLD alors qu'en 1980 le MSSS⁵⁶ préconisait l'ajout de 7 000 places d'hébergement et de soins de longue durée pour l'an 2000? Selon les estimations du MSSS en 1991, le besoin de lits d'hébergement se chiffrait à 45 293 en 1996 et à 52 238 en 2001, soit une augmentation d'environ 1 400 places par année à ce moment. En 1995, le MSSS revoyait à la baisse ses projections avec un besoin de 45 900 places en 1996 et de 48 031 places en 2001, une augmentation de 425 places par année.

⁵⁶ Conseil des aînés, *Avis sur l'hébergement en milieu de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*, Québec, gouvernement du Québec, 2000a.

Le besoin de places d'hébergement n'a pas cessé d'augmenter depuis 1980. Dans son plan d'action 2005-2010, le MSSS présentait les projections indiquant d'ailleurs qu'il serait nécessaire d'ajouter 6 420 places d'ici 2009-2010 pour maintenir le même taux d'hébergement qu'en 2003-2004 (3,8 %). Le nombre de places serait alors de 54 324.

Le MSSS précise que cette option limiterait le développement des services dans la communauté, lesquels sont déjà insuffisants. C'est pourquoi le MSSS privilégie maintenant le développement d'un éventail de milieux de vie entre le domicile conventionnel et l'hébergement en CHSLD ainsi que l'intensification des services à domicile. Mais cela sera-t-il suffisant? En 2005-2006, on trouve des listes d'attente pour de l'hébergement et des soins de longue durée dans toutes les régions. Au 31 mars 2006, plus de 5 800⁵⁷ personnes étaient inscrites sur une liste d'attente pour être admises dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Un peu plus du tiers de ces personnes (37 %) vivaient dans leur domicile en y recevant ou non des services, un autre tiers (34 %) étaient hospitalisées pour des soins de courte durée dans un CHSGS⁵⁸, un peu plus de 15 % habitaient dans une résidence privée avec services et les autres personnes vivaient dans d'autres milieux (ressource intermédiaire, ressource de type familial, centre de réadaptation). Le besoin de places d'hébergement, déjà criant, risque de se faire encore plus urgent.

Le développement de formules résidentielles adaptées exige un délai avant la réalisation et implique une augmentation de l'intensité des services à domicile. Les projets novateurs en sont un bon exemple. Dans le plan d'action 2005-2010 du MSSS on prévoit une augmentation de l'intensité des services à domicile qui passerait d'une moyenne de 21,06 interventions par personne par année en 2003-2004 à 24 en 2009-2010. Cela risque d'être nettement insuffisant pour répondre aux besoins intenses en matière de services à domicile.

On peut dès lors légitimement s'interroger sur les moyens de répondre adéquatement aux besoins. Cette question prend toute son importance lorsque l'on tient compte du vieillissement accéléré de la population québécoise et du profil des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie quant aux AVQ et aux AVD⁵⁹.

En effet, le nombre d'heures-soins quotidiennes requises chez la clientèle hébergée en CHSLD n'a pas cessé d'augmenter au cours des vingt dernières années. En 1990, une personne pouvait être admise dans un CHSLD si elle nécessitait une heure 20 minutes d'heures-soins par jour⁶⁰. En 1994, 80 % des demandes d'admission concernaient des personnes qui requéraient une moyenne de 2,36 heures-soins et, en 1999, 57,3 % des personnes admises exigeaient 2,9 heures-soins par jour. Aujourd'hui, une personne hébergée dans un CHSLD demande, le plus souvent, 3 heures-soins et même 3,5 heures-soins et plus, sans compter les besoins de surveillance constante pour une grande proportion de la clientèle qui présente des déficits cognitifs. Les besoins de services de la clientèle admise en CHSLD ont donc considérablement augmenté. Il est

⁵⁷ Une consultation auprès agences de la santé et des services sociaux (ASSS) indique qu'il y avait des listes d'attente pour de l'hébergement et des soins de longue durée dans toutes les régions du Québec et que l'on dénombrait plus de 5 800 personnes inscrites sur une liste d'attente au 31 mars 2006.

⁵⁸ Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.

⁵⁹ AVQ : activités de la vie quotidienne comme se laver, se nourrir, s'habiller; etc. - AVD : activités de la vie domestique comme faire ses repas, faire les courses, le ménage, etc.

⁶⁰ Conseil des aînés (2000a), *Avis sur l'hébergement en milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*, Québec, gouvernement du Québec, p. 10.

cependant essentiel d'offrir à ces personnes un milieu d'hébergement qui puisse répondre à leurs besoins, dans un environnement sécuritaire. Pourtant, les CHSLD suffisent à peine à répondre à tous les besoins des usagers. Déjà en 2000-2001⁶¹, la moyenne provinciale du taux⁶² de réponse aux besoins des CHSLD atteignait seulement 75 %. C'est donc à juste titre que l'on peut se demander dans quelle mesure le développement des ressources dans la communauté pourra répondre aux besoins d'une clientèle qui nécessiterait normalement un hébergement, tant du point de vue des services et de la satisfaction des besoins que de la sécurité.

1.6 Les achats de places et les ententes de services

L'achat de places est un programme provincial mis de l'avant par le MSSS⁶³ en 1993. Il visait alors à combler la pénurie de places en hébergement et soins de longue durée dans certaines régions. Le programme consiste à rémunérer, par convention, le propriétaire d'un établissement privé non conventionné ou d'une résidence privée d'hébergement avec services afin qu'il mette à la disposition d'une régie régionale de santé et de services sociaux⁶⁴ (RRSSS) un certain nombre de places afin d'y offrir des services d'hébergement, de soins et d'assistance. Au moment de la création du programme dans le cadre d'un projet pilote, la clientèle orientée par les mécanismes régionaux d'admission était constituée de personnes âgées de 65 ans ou plus en perte d'autonomie et requérait de 2 à 2,5 heures-soins.

Les ressources d'hébergement liées par convention devaient être conformes aux règlements de leur municipalité respective, aux exigences de la Régie du bâtiment quant à la sécurité pour une clientèle en perte d'autonomie, aux normes d'agrément et aux paramètres du MSSS. La convention était conclue entre le MSSS et la ressource et ne devait couvrir qu'un maximum de 40 % de la capacité totale de la ressource. Ces places « achetées » étaient soumises aux mêmes règles de gestion et de fonctionnement que les places en CHSLD publics et privés conventionnés eu égard à la contribution de l'utilisateur et aux services couverts.

À la suite d'une évaluation du projet pilote mis de l'avant en 1997 par le MSSS, le programme a été élargi à d'autres régions et sa gestion a été régionalisée. Toutefois, le programme n'a pas été l'objet d'un suivi systématique par le MSSS lorsque sa gestion a été confiée aux régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS). Ainsi, on n'en connaît pas l'évolution.

Les ententes de services semblent être un dérivé du programme d'achat de places. Dans certaines régions, l'expression « ententes de services » en est venue à être utilisée lorsque l'on se réfère à des places qui sont l'objet d'une entente avec le secteur

⁶¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des services à la population, *Tableau des taux de réponse aux besoins en CHSLD, moyennes régionales, 2000-2001*, 2001d.

⁶² Le taux de réponse aux besoins est établi selon le rapport du nombre d'heures travaillées sur les heures-soins requises par jour-présence. Il indique dans quelle proportion on répond aux besoins des usagers.

⁶³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Achat de places dans le privé – projet pilote*, février 1997.

⁶⁴ À la suite de l'adoption de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en 2003, les régies régionales de la santé et des services sociaux ont été instituées en agences de la santé et des services sociaux (ASSS).

privé d'hébergement afin d'y réserver des places pour y diriger la clientèle nécessitant un hébergement.

Le nombre total de places ayant fait l'objet d'une convention dans le cadre de ce programme n'est donc pas disponible. Les places achetées en CHSLD privés non conventionnés, bien qu'incluses dans le nombre de places autorisées au permis de ces établissements, ne peuvent être discriminées. Les places achetées en résidences privées avec services, quant à elles, ne sont pas répertoriées comme telles dans les données du MSSS.

Toutefois, les données recueillies auprès des agences de la santé et des services sociaux (ASSS) indiquent qu'au 31 mars 2006, on dénombre 624 places dans cinq régions du Québec. Ces places englobent celles provenant du programme d'achat de places, commencé en 1993, et celles qui résultent d'une entente de services par toute autre initiative régionale ou locale.

1.7 Les places de soins de longue durée dans les installations de courte durée

Bien que les places de soins de longue durée dans les installations de courte durée soient déjà incluses dans les données ayant servi à établir le portrait du secteur des places en CHSLD publics, il est utile de faire un rappel historique de l'évolution des lits d'hébergement qui se trouvent dans les centres hospitaliers.

En 1976, le ministère des Affaires sociales (MAS) a mis en place une mesure⁶⁵ visant à réaménager les ressources pour répondre à la demande croissante de besoins d'hébergement et de soins de longue durée. L'opération avait pour objectif d'affecter aux soins prolongés 10 % des lits de courte durée que l'on dénombrait dans les centres hospitaliers de soins de courte durée ayant une capacité de 200 lits et plus.

Quelques années plus tard, le MAS⁶⁶ poursuivait cette démarche afin d'améliorer la réponse aux besoins de la clientèle requérant des soins de longue durée en demandant aux établissements d'effectuer le regroupement des lits de soins de longue durée dans des unités de soins distinctes, réservées à des soins de longue durée. La concentration de la clientèle visait alors à faciliter l'élaboration de programmes adaptés aux besoins de celle-ci tout en assurant la complémentarité avec les programmes connexes.

Depuis, les connaissances dans le domaine de la gérontologie et de la gériatrie n'ont cessé de se développer. Diverses recherches, études, réflexions et expériences ont permis de mieux comprendre les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et de définir ce qu'un milieu d'hébergement doit offrir à ses résidents pour constituer un milieu de vie de qualité. Les orientations du MSSS *Un milieu de vie de qualité pour les*

⁶⁵ Ministère des Affaires sociales, *Politique du ministère des Affaires sociales relativement au regroupement des bénéficiaires de soins prolongés hospitalisés en centres hospitaliers de soins de courte durée*, Circulaire n° NP-2-1976, 1976.

⁶⁶ Ministère des Affaires sociales, *Politique du ministère des Affaires sociales relativement au regroupement des bénéficiaires de soins prolongés hospitalisés en centres hospitaliers de soins de courte durée*, Circulaire n° 70-00-07, 1979b.

personnes hébergées en CHSLD, publiées en 2003, définissent les actions nécessaires à la mise en place de milieux d'hébergement adaptés, capables d'offrir des soins et des services de qualité dans un contexte épanouissant pour la clientèle. Or, les unités de soins de longue durée dans les centres hospitaliers dont l'organisation est orientée vers un modèle institutionnel avec une approche hospitalière et un aménagement inadapté, ne répondent pas aux besoins de la clientèle.

Plus de 25 ans après la création des unités de soins de longue durée en centre hospitalier, le MSSS envisage leur élimination. En effet, dans son récent plan d'action *Un défi de solidarité. Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010*, il prévoit l'élimination des unités de soins de longue durée dans les installations des grands centres hospitaliers offrant des soins spécialisés et surspécialisés.

Selon le MSSS, près de 1 200 lits seront ainsi fermés ou relocalisés sous une autre forme. Ce choix apparaît tout à fait pertinent puisqu'il prendra en considération la relocalisation des personnes actuellement hébergées dans les unités de soins de longue durée. Toutefois, le réaménagement ou le remplacement de ces lits ne sera pas systématique. Certains pourront être réaménagés sous une autre forme, notamment dans le cadre d'un partenariat public-privé. Dans un contexte confirmé de diminution du nombre de places d'hébergement public et d'un manque évident de places d'hébergement, il y a tout lieu d'assurer un suivi attentif des solutions envisagées.

1.8 Les places en soins de courte durée occupées pour des soins de longue durée

Dans certaines régions, les délais d'attente dus au manque de places disponibles pour de l'hébergement et des soins de longue durée engendrent un débordement de la clientèle nécessitant ce type de soins sur l'occupation des lits normalement affectés à des soins de courte durée. Leur nombre varie considérablement d'une région à l'autre, d'une installation à l'autre et selon la période de l'année. Les données ne sont pas disponibles à moins d'effectuer une collecte ciblée dans toutes les installations de soins de courte durée à une date donnée.

Ce type d'occupation de lits en courte durée, pour des soins de longue durée, est lié au manque de ressources, à la problématique des urgences et à l'hospitalisation des personnes âgées qui ne peuvent, de façon temporaire ou permanente, retourner dans leur domicile. Le manque de ressources, qu'il s'agisse de services à domicile ou de places d'hébergement, fait en sorte que les personnes demeurent dans des lits de soins de courte durée dans l'attente, le plus souvent, d'un hébergement.

Les données recueillies auprès des agences indiquent qu'au 31 mars 2006, plus de 2 021 personnes âgées de 65 ans ou plus, en attente d'un hébergement de soins de longue durée, occupaient un lit de soins de courte durée. Comme le nombre total de lits de soins physiques de courte durée dressés au 31 mars 2006 n'est pas encore disponible, on ne peut établir la proportion exacte du nombre de lits de courte durée occupés pour des soins de longue durée.

Cependant, comme le nombre de ces lits est demeuré relativement stable au cours des cinq dernières années, il est possible d'estimer, à partir des données de 2005, la

proportion de lits de courte durée utilisés pour des soins de longue durée. Ainsi, au 31 mars 2006, plus de 13,5 %⁶⁷ de l'ensemble des lits de soins physiques de courte durée disponibles auraient été occupés, en fait, pour des soins de longue durée.

⁶⁷ Basé sur les données du Ministère de la Santé et des Services sociaux, *INFO-STATS. Bulletin d'information présentant certaines statistiques sur les lits dressés, les places internes, les usagers et les jours-présence, dans le réseau sociosanitaire québécois*, p. 17, juin 2006a. Les données indiquent qu'il y avait 14 946 lits dressés pour des soins physiques de courte durée au 31 mars 2005.

CHAPITRE 2

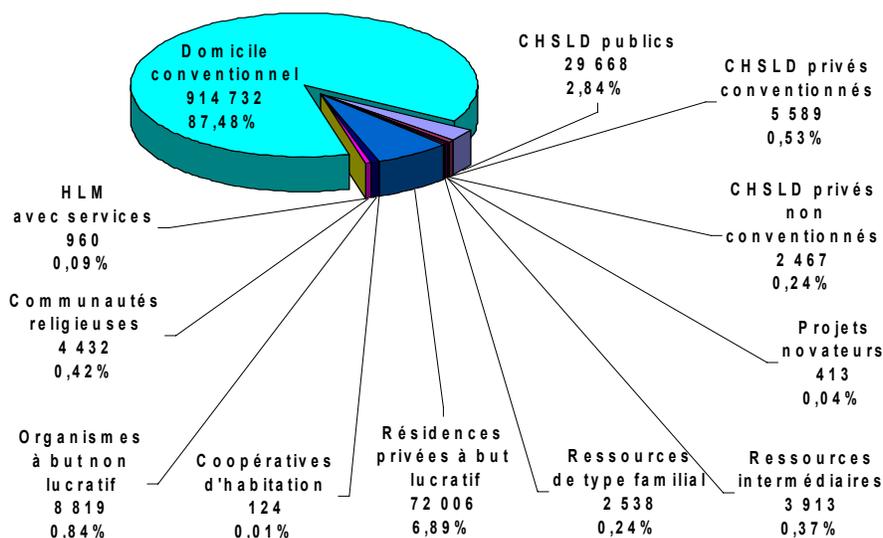
Le portrait de l'ensemble des places disponibles pour les aînés en perte d'autonomie

L'analyse qui précède permet de constater la présence d'une grande diversité de milieux de vie substitués s'adressant aux aînés en perte d'autonomie. Le décompte exact du nombre de personnes de 65 ans ou plus qui vivent dans ces milieux demeure difficile, et ce, d'autant plus pour ce qui est des personnes âgées en perte d'autonomie. En effet, aucune source de données ne permet d'établir directement et clairement le nombre d'aînés selon le type de milieu de vie où ils habitent. Seul le nombre de places disponibles (places répertoriées au registre des résidences privées ou places dressées en CHSLD) peut donner un aperçu de leur répartition.

2.1 La répartition des aînés québécois selon leur mode de résidence

À partir du nombre de places disponibles, des estimations basées sur le taux d'occupation et la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus hébergées permettent tout de même d'établir un portrait assez réaliste de la répartition des aînés de 65 ans ou plus selon leur mode de résidence (figure 2).

Figure 2 Répartition des aînés selon leur mode de résidence en 2005-2006



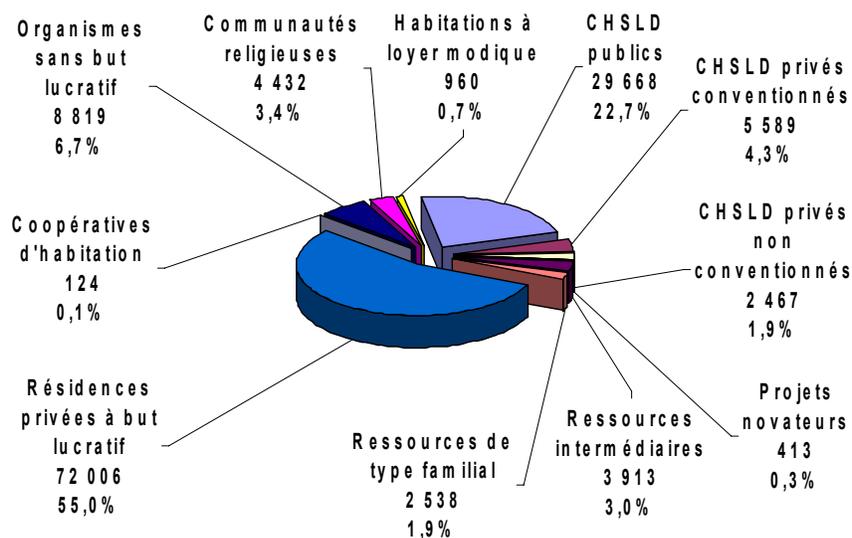
Source : Tableau élaboré à partir des données présentées dans ce document, soit le nombre de places disponibles dans les résidences privées avec services pour les personnes âgées (HLM, COOP-H, OSBL-H, communautés religieuses résidences privées à but lucratif), le nombre de places occupées par les personnes âgées de 65 ans ou plus pour les RTF, les RI et les projets novateurs au 31 mars 2006, et le nombre de places occupées par des personnes âgées de 65 ans ou plus en CHSLD (publics, privés conventionnés et non conventionnés) au 31 mars 2005. Les données de 2006 du MSSS, pour les CHSLD, n'étaient pas encore disponibles.

Ainsi, en 2005-2006, on notait la présence de quelque 130 929 places d'hébergement ou d'unités d'habitation destinées aux aînés et qui leur offraient des services de tous types. En déduisant ces places du nombre total de personnes âgées⁶⁸, on peut voir que la majorité des aînés (87,48 %, soit 914 732) vivaient dans leur domicile personnel alors qu'un peu plus de 12 % (130 929) habitaient dans un milieu de vie substitut (figure 2). Cette dernière proportion demeure prudente puisque le nombre de places peut être sous-estimé. De plus, dans certains cas, il s'agit d'unités d'habitation : il peut donc y avoir plus d'une personne âgée qui habite l'unité comme dans le cas des couples.

2.2 La répartition des places en milieux de vie substituts

Lorsque l'on regarde de plus près la répartition des 130 929 places ou unités d'habitation en milieux de vie substituts, on constate que plus de la moitié (55 %) des places appartiennent au secteur des résidences privées à but lucratif. Un peu plus du quart (28,9 %) se trouvent dans un ou l'autre des différents types de CHSLD dont 22,7 % en CHSLD publics. Les places en ressources de type non institutionnel (RI et RTF) ne représentent que 4,9 % de l'ensemble des places en milieux de vie substituts, soit moins que le total des COOP-H (0,1 %), des OSBL-H (6,7 %) et des HLM avec services (0,7 %) réunis. À eux seuls, ils constituent 7,6 % des places et leur nombre apparaît même sous-estimé. Les projets novateurs, pour leur part, ne représentent que 0,3 % des places (figure 3).

Figure 3 Répartition des places selon le milieu de vie substitut, 2005-2006



Source : Même référence qu'au bas de la figure 2.

⁶⁸ Le nombre total de personnes âgées est basé sur le nombre total de personnes âgées au 1^{er} juillet 2005 selon les données de l'Institut de la statistique du Québec, soit 1 045 661.

La description des différents types de milieux de vie substitués présentée dans la première partie de ce document démontre la grande diversité de ces milieux. Au total, le nombre de places destinées à des aînés a significativement augmenté depuis les quinze dernières années, malgré la diminution constante du nombre de places en CHSLD. Alors que les places de type CHSLD constituaient la majorité du parc d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie au début des années 1990, elles n'en représentent aujourd'hui que 28,9 % tandis que le secteur des résidences privées avec services pour aînés, à but lucratif ou non, représente à lui seul 66,2 % de toutes les places disponibles.

2.3 Des services et des coûts variables selon le milieu de vie substitué

L'analyse du secteur de l'hébergement offrant des services aux personnes âgées en perte d'autonomie laisse aussi voir une grande différence quant aux coûts et aux services offerts (tableau 10).

Pour les milieux de vie à mode contractuel locatif (utilisation d'un bail), soit les HLM, les COOP-H, les OSBL-H, les résidences privées à but lucratif et les projets novateurs, les coûts varient de 500 \$⁶⁹ à 5 000 \$ par mois selon le type de milieu. Les services offerts sont variés et leur coût est généralement ajouté au prix du loyer prévu dans le bail. Mis à part les quelques projets novateurs où certains services sont couverts (culottes d'incontinence et médicaments), les personnes de 65 ans ou plus qui résident dans ces milieux locatifs doivent recourir aux différents programmes publics sociosanitaires généralement offerts aux personnes vivant à domicile (Régime public d'assurance médicaments, fournitures et aides techniques, services de soutien à domicile, programme d'exonération financière pour le maintien à domicile).

En ce qui concerne les milieux de vie à mode contributif (contribution de l'utilisateur déterminée par le MSSS pour les CHSLD publics et privés conventionnés, les RI et les RTF), les coûts varient de 756,60 \$ à 1 527,60 \$. Les services couverts comprennent le gîte et le couvert, les services d'aide et d'assistance aux AVQ, les articles de base nécessaires à l'hygiène personnelle, l'entretien de la literie, de la lingerie et des vêtements, les médicaments non prescrits, ainsi que les services requis au plan d'intervention. Des différences existent cependant pour certains services. En CHSLD publics et privés conventionnés, les médicaments prescrits et les culottes d'incontinence sont fournis par l'établissement et d'autres besoins spéciaux (lunettes, prothèses et appareil suppléant à une déficience physique) peuvent être couverts en partie. En RI, les médicaments prescrits ne sont pas couverts mais les culottes d'incontinence, les fournitures et les aides techniques doivent être fournies par l'établissement et les besoins spéciaux ne sont pas systématiquement couverts. En RTF, les médicaments prescrits ne sont pas fournis, ni les culottes d'incontinence ou les besoins spéciaux.

Ces exemples illustrent bien l'iniquité pour un même profil de besoins liés à la perte d'autonomie due au vieillissement par rapport aux coûts et à la couverture des services entre les différents milieux de vie. Le Plan d'action *Un défi de solidarité. Les services*

⁶⁹ Dans le cas des projets novateurs en HLM, le coût moyen du loyer s'élève à environ 250 \$/mois auquel s'ajoute approximativement 250 \$/mois pour le coût des autres services, soit un coût total pour le résident de 500 \$/mois.

aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010 du MSSS prévoit l'élargissement de l'accès aux programmes d'aides techniques, de fournitures et d'équipements et autres besoins spéciaux aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement. Actuellement, ces programmes sont accessibles uniquement aux personnes handicapées et l'inégalité existe toujours.

De plus, l'analyse des données laisse voir une tendance à transférer les coûts des services aux usagers, qui en assument une part grandissante, et ce, malgré les programmes d'aide financière qui leur sont offerts. Avec le développement accru des milieux de vie substitués autres que les CHSLD (OSBL, HLM, COOP, résidences privées à but lucratif, projets novateurs, RTF et RI) s'adressant à une clientèle en perte d'autonomie, cet état de fait risque d'être encore plus marqué dans l'avenir.

Tableau 10 Coûts et services offerts selon les milieux de vie substitués en 2006

Milieux de vie substitués	Coûts et services
HLM	<p>Frais pour le résident : Prix du loyer à 25 % du revenu des ménages à faible revenu, incluant le coût du chauffage mais excluant les coûts d'électricité pour le stationnement et l'utilisation d'un climatiseur. Le prix moyen du loyer mensuel de base s'élève à 270 \$. Des frais peuvent s'ajouter pour d'autres services (services médicaux, alimentaires, domestiques, etc.). Le coût total peut alors atteindre 500 \$/mois.</p> <p>Autres services :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À la charge du résident : Contribution au régime public d'assurance médicaments, accès aux différents programmes publics (fournitures et aides techniques, programme d'exonération financière pour le maintien à domicile) et accès aux services de soutien à domicile (gratuit lorsque fourni par le CLSC).
OSBL-H et COOP-H	<p>Frais pour le résident : Prix du loyer, variable mais sous le prix du marché (accès à certains types de programmes d'aide financière tels que HLM, supplément au loyer, allocation logement) souvent basé sur 25 % du revenu. Des frais supplémentaires s'ajoutent pour les autres services offerts dont les coûts varient d'un organisme à l'autre (conciergerie, services médicaux, services alimentaires, soutien communautaire).</p> <p>Autres services :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À la charge du résident : Contribution au régime public d'assurance médicaments, accès aux différents programmes publics (fournitures et aides techniques, programme d'exonération financière pour le maintien à domicile) et accès aux services de soutien à domicile (gratuit lorsque fourni par le CLSC).
Résidence privée à but lucratif	<p>Frais pour le résident : Selon le prix du marché, de 800 \$ à 5 000 \$ (coût mensuel) pour couvrir le gîte et le couvert (obligatoire ou à la carte) et tout autre service en forfait ou à la carte (sécurité, surveillance, services médicaux, services d'aide et d'assistance aux AVD et aux AVQ).</p> <p>Autres services :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À la charge du résident : Contribution au régime public d'assurance médicaments, accès aux différents programmes publics (fournitures et aides techniques, programme d'exonération financière pour le maintien à domicile) et accès aux services de soutien à domicile (gratuit lorsque fourni par le CLSC).

Résidence de type familial	<p>Frais pour le résident : De 757 \$ à 910 \$ (coût mensuel) pour le gîte et le couvert selon son revenu.</p> <p>Autres services :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sans frais pour le résident : Aide et assistance aux AVQ, articles de base nécessaires à l'hygiène personnelle, entretien de la literie, de la lingerie et des vêtements, médicaments non prescrits, accès aux différents programmes publics de fournitures et d'aides techniques. ▪ À la charge du résident : Contribution au régime public d'assurance médicaments ainsi que tous les frais pour ses dépenses personnelles telles que téléphone, vêtements, loisirs, etc.
Ressource intermédiaire	<p>Frais pour le résident : De 905 \$/mois à 1 011 \$/mois pour le gîte et le couvert selon son revenu.</p> <p>Autres services :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sans frais pour le résident : Aide et assistance aux AVQ, articles de base nécessaires à l'hygiène personnelle, entretien de la literie, de la lingerie et des vêtements, médicaments non prescrits, ainsi que les services requis au plan d'intervention, excluant les médicaments (culottes d'incontinence, fournitures et aides techniques). ▪ À la charge du résident : Contribution au régime public d'assurance médicaments ainsi que tous les frais pour ses dépenses personnelles telles que téléphone, vêtements, loisirs, etc., et les services non couverts pour les besoins spéciaux (lunettes, prothèses, orthèses, etc.).
Projets novateurs	<p>Frais pour le résident : De 200 \$/mois pour le loyer dans un HLM pouvant aller jusqu'à 500 \$/mois avec les services. Dans les autres types de projets, le coût peut atteindre 1 528 \$/mois (coût moyen de 998 \$/mois).</p> <p>Autres services :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Variables d'un projet à l'autre et certains peuvent être inclus dans le coût du loyer (aide et assistance aux AVQ, buanderie, entretien ménager, loisirs, distribution et conservation des médicaments, surveillance, transport accompagnement et, dans certains cas, culottes d'incontinence, fournitures et aides techniques et, parfois même, médicaments). ▪ À la charge du résident : Contribution au régime public d'assurance médicaments pour la plupart des projets ainsi que tous les frais pour ses dépenses personnelles telles que téléphone, vêtements, loisirs, etc.
CHSLD privé non conventionné	<p>Frais pour le résident : De 1 400 \$/mois à 5 000 \$/mois pour le gîte, le couvert et les autres services, selon le cas, qui sont offerts à la carte ou en forfait.</p> <p>Autres services :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contribution au régime public d'assurance médicaments et accès aux différents programmes publics (fournitures et aides techniques). ▪ À la charge du résident : Tous les frais pour ses dépenses personnelles telles que téléphone, vêtements, loisirs, etc.
CHSLD public et privé conventionné	<p>Frais pour le résident : Contribution de l'utilisateur de 949 \$/mois à 1 528 \$/mois selon le type de chambres pour le gîte et le couvert.</p> <p>Autres services :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sans frais pour l'utilisateur : Les articles et les services nécessaires à l'hygiène personnelle dont les culottes d'incontinence, le lavage et l'entretien normal de la lingerie personnelle et des vêtements et tout équipement utilisé à des fins thérapeutiques comme les médicaments, prescrits ou non. ▪ Services dont l'établissement peut payer une partie des coûts : Besoins spéciaux tels que appareils suppléant à une déficience physique, prothèses dentaires, lunettes, etc. ▪ À la charge du résident : Tous les frais pour ses dépenses personnelles telles que téléphone, vêtements, loisirs, etc.

CHAPITRE 3

L'évolution du profil de la clientèle hébergée et ayant des besoins de soins de longue durée

3.1 L'accès aux CHSLD et l'âge à l'admission

Il y a une vingtaine d'années, la clientèle admise en CHSLD était très différente de la clientèle admise aujourd'hui, et ce, à plusieurs égards. Les données statistiques du MSSS permettent de tracer l'évolution du profil de la clientèle hébergée. En 2006, il y a moins de personnes qui sont admises en CHSLD, elles sont plus âgées et en plus grande perte d'autonomie à l'admission. Elles y demeurent moins longtemps et, par conséquent, les lits sont occupés par un plus grand nombre de personnes au cours d'une année.

3.1.1 Le nombre de personnes admises en CHSLD

Les données démontrent que le nombre d'usagers de 18 ans ou plus admis en hébergement et soins de longue durée (CH, CHSLD publics et privés conventionnés⁷⁰) est en constante diminution depuis 1991. À ce moment, on observait 43 760 admissions, alors qu'en 2005 il n'y en avait plus que 40 230. Il s'agit d'environ 3 500 admissions de moins, soit une diminution de 8 % (tableau 11).

Tableau 11 Évolution du nombre de personnes admises en CHSLD selon l'âge entre 1991 et 2005

Usagers admis ¹ en CHSLD selon l'âge	1991	1995	2000	2005
64 ans ou moins	5 562	5 198	5 106	4 711
65 ans ou plus	27 708	37 099	35 604	35 519
Tous âges	43 760 ²	42 297	40 710	40 230

1. Il s'agit des usagers de 18 ans ou plus admis au 31 mars de chaque année en hébergement et soins de longue durée (comprend les lits physiques et psychiatriques, permanents et temporaires); les régions 17 et 18 sont exclues.

2. Pour 1991, sur le total de 43 760, il y avait 10 490 personnes admises dont l'âge était indéterminé. Les données par groupes d'âge sont donc sous-estimées.

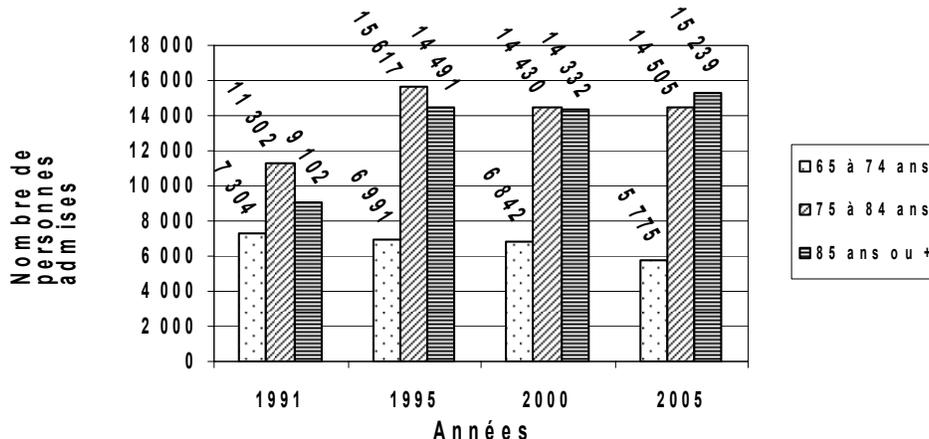
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Tableau sur les usagers admis et présents en hébergement de soins de longue durée de 1991 à 2005*, produit par le Service du développement de l'information à partir des données extraites directement des rapports statistiques annuels des établissements CH et CHSLD, Formulaires AS-477 et AS-479, ou AS-478, selon les années; Système C07), (2005e).

⁷⁰ Le MSSS ne détient pas de données sur les admissions et les présences pour les CHSLD privés non conventionnés.

3.1.2 L'âge des personnes admises en CHSLD

Des différences quant à l'âge des usagers admis sont aussi observées dans le temps (figure 4). Depuis 1991, les personnes admises sont de plus en plus âgées. Sur une période de quinze ans, le nombre d'admissions chez les 65 à 74 ans tend clairement à diminuer. Chez le groupe des 75 à 84 ans, le nombre d'admissions a légèrement diminué, alors qu'il a augmenté chez le groupe des 85 ans ou plus. En 2005, sur la base de la clientèle de 65 ans et plus, les 75 ans ou plus représentent 40,8 % des admissions alors que les 85 ans ou plus en représentent 42,8 %. Par rapport à l'ensemble des admissions de tous âges, les 75 ans ou plus constituent près de 74 % des admissions et les 85 ans ou plus, 37,9 %.

Figure 4 Évolution du nombre d'admissions¹ en CHSLD chez les 65 ans ou plus entre 1991 et 2005



1. Il s'agit des usagers de 65 ans ou plus admis au 31 mars de chaque année en hébergement et soins de longue durée (comprend les lits physiques et psychiatriques, permanents et temporaires); les régions 17 et 18 sont exclues.

Source : Même référence qu'au bas du tableau 11.

3.1.3 Le nombre d'usagers présents au cours d'une année

Le flux d'usagers présents au cours d'une année permet d'observer le taux de roulement d'occupation des places. En 1991, les 45 784 lits dressés (tableau 9, voir section 1.5.4) en CHSLD publics et privés conventionnés ont été occupés par 63 723 usagers (tableau 12) tandis qu'en 2005, 71 875 personnes (tableau 12) ont occupé les 41 442 lits dressés (tableau 9, voir section 1.5.4). Cela correspond à une augmentation de 8 152 personnes, soit 12,3 % d'augmentation.

Tableau 12

Évolution du nombre d'usagers présents au cours de l'année entre 1991 et 2005

Usagers présents ¹ au cours d'une année en CHSLD selon l'âge	1991	1995	2000	2005
64 ans ou moins	2 996	7 226	8 913	8 793
65 ans ou plus	27 198	53 985	62 256	63 082
Tous âges	63 723 ²	61 211	71 169	71 875

1. Il s'agit du nombre total d'usagers qui ont été présents au cours d'une année en hébergement et soins de longue durée (comprend les lits physiques et psychiatriques, permanents et temporaires); les régions 17 et 18 sont exclues.

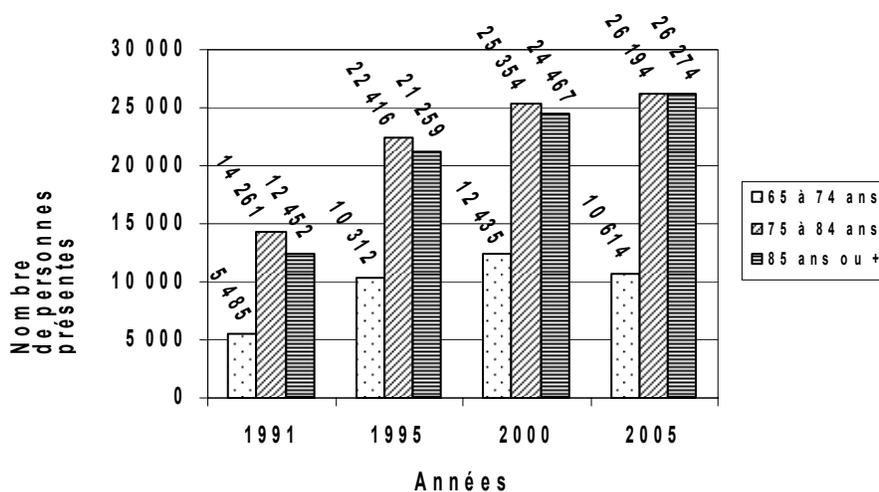
2. En 1991, sur le total de 63 723, il y avait 33 529 personnes présentes dont l'âge était indéterminé. Les données par groupes d'âge sont donc sous-estimées.

Source : Même référence qu'au bas du tableau 11.

Ici encore, l'analyse des usagers présents, âgés de 65 ans ou plus, permet de voir que les proportions des 75 à 84 ans ou plus, et des 85 ans ou plus, sont considérables. Le nombre de personnes présentes dans ces groupes d'âge augmente rapidement (figure 5). Entre 1995 et 2000, il a augmenté respectivement de 2 938 et de 3 208. L'augmentation s'est poursuivie entre 2000 et 2005 avec 840 personnes présentes de plus chez les 75 à 84 ans et 1 807 personnes de plus chez les 85 ans ou plus. Ce constat indique donc que les places disponibles sont occupées par de plus en plus de personnes au cours d'une année, et que ces personnes sont de plus en plus âgées.

Figure 5

Évolution du flux¹ d'usagers présents au cours d'une année entre 1991 et 2005



1. Il s'agit du nombre total d'usagers qui ont été présents au cours d'une année en hébergement et soins de longue durée (comprend les lits physiques et psychiatriques, permanents et temporaires); les régions 17 et 18 sont exclues.

Source : Même référence qu'au bas du tableau 11.

modéré. Le nombre d'heures-soins-jour requis par ces personnes était généralement de moins de 3 heures-soins.

En effet, les besoins des résidents actuels et futurs diffèrent grandement des besoins des groupes précédents. Autrefois, la clientèle admise en CHSLD présentait surtout des problèmes fonctionnels moteurs tandis qu'aujourd'hui, les personnes hébergées sont affectées principalement de déficits cognitifs, souvent accompagnés de déficits moteurs et de problèmes de comportement. Les besoins et les types de réponses aux besoins se sont donc transformés avec le temps et la clientèle admise en CHSLD présente une perte d'autonomie beaucoup plus sévère qu'auparavant. Ces changements conjugués à d'autres facteurs (vieillesse de la population, augmentation de l'espérance de vie, avancées médicales et technologiques) et à la transformation du réseau de la santé et des services sociaux (virage ambulatoire, diminution du nombre de places d'hébergement) ont contribué à modifier graduellement les critères d'accès au CHSLD en termes d'heures-soins-jour requis.

En 1997-1998⁷¹, 46 % des personnes admises en CHSLD (publics et privés conventionnés) nécessitaient plus de 3 heures-soins-jour, 27 % de 2 à 3 heures-soins-jour et un autre 27 %, moins de 2 heures-soins-jour. En 2000-2001, la proportion des personnes qui requéraient plus de 3 heures-soins-jour avait augmenté à 51 % et celle de moins de 2 heures-soins-jour avait diminué à 20 %.

Depuis, les différentes décisions gouvernementales en matière de services aux personnes âgées en perte d'autonomie ont permis de resserrer encore davantage les critères d'accès aux CHSLD. En effet, la Politique de soutien à domicile lancée en 2003, dont l'objectif est de maintenir le plus longtemps possible les personnes âgées en perte d'autonomie à domicile, vise conséquemment à retarder le moment de l'hébergement. Le développement des RI qui s'adressent à une clientèle en plus grande perte d'autonomie va également dans ce sens. Plus récemment, les projets novateurs introduisent une autre forme de milieu de vie, qui doit permettre aux résidents d'y demeurer jusqu'à la fin de leur vie. Enfin, le repositionnement du rôle des CHSLD prévu dans le Plan d'action 2005-2010 du MSSS afin de réserver ces places à une clientèle en lourde perte d'autonomie, confirme que le profil d'heures-soins requises augmentera encore pour se situer entre 3,5 et 4 heures-soins-jour et plus.

⁷¹ Tiré du tableau *Évolution des heures soins requises des nouvelles admissions dans un CHSLD de 1997 à 2001 par région sociosanitaire* (extraction de données des systèmes d'admission des régies régionales), décembre, MSSS, 2001a.

CHAPITRE 4

Les besoins futurs de places en milieux de vie substituts pour les aînés en perte d'autonomie

L'état de situation présenté précédemment permet de voir, toutes catégories confondues, que le nombre de types de milieux de vie et le nombre de places sont en nette augmentation depuis l'an 2000. Le parc d'hébergement du secteur privé a poursuivi sa croissance tandis que celui des CHSLD publics et privés conventionnés a continué à diminuer. De même, les écarts observés en ce qui concerne les coûts et les services offerts, selon le milieu de vie substitut, pour un même profil de clientèle, ne sont pas sans causer des problèmes d'équité. Et, bien que non abordée dans ce document, la question de la qualité des services et de la formation du personnel s'impose du fait que l'ensemble de ces milieux desservent, entièrement ou en partie, une clientèle des plus vulnérables.

Quelle sera l'évolution de ce secteur de services? Les types de milieux, les places et les services seront-ils accessibles, suffisants, adéquats et de qualité pour répondre aux besoins croissants dus à l'augmentation prévisible du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie dans l'avenir? Comment les multiples types de milieux de vie substituts qui se développent actuellement auront-ils la capacité de répondre adéquatement aux besoins d'une clientèle qui présentera une perte d'autonomie de plus en plus sévère alors que le manque de formation du personnel et des gestionnaires est déjà évident? La question reste, pour le moment, entière.

4.1 Le vieillissement de la population québécoise

Le vieillissement de la population constitue l'un des phénomènes qui marquera profondément la société québécoise au cours des prochaines décennies. Bien que la population du Québec demeure l'une des plus jeunes du monde industrialisé, l'évolution de sa structure par âge en indique le vieillissement rapide.

En 45 ans, la population des personnes âgées de 65 ans ou plus verra sa proportion passer de 14,1 % à 29,7 %, soit un peu plus que le double. Après le Japon, le Québec est l'endroit dans le monde où le rythme de vieillissement de la population est le plus rapide⁷².

Ainsi, le groupe de personnes de 65 ans ou plus qui composait quelque 5 % de la population entre 1901 et 1941, en représentait 14,1 % en 2006. Selon les projections démographiques, la proportion de ce groupe atteindra 29,7 % en 2051 (tableau 14). À partir de 2006, le nombre des 65 ans ou plus doublera en moins de 25 ans, mais le nombre des 85 ans ou plus est celui qui connaîtra la hausse la plus considérable. Leur proportion doublera en moins de 20 ans et aura quintuplé en 45 ans, passant de 0,9 % en 1991, elle atteindra 7,5 % en 2051.

⁷² Conseil des aînés, *La réalité des aînés québécois*, 3^e édition, à paraître.

La forte progression de la proportion des personnes âgées de 85 ans ou plus et de leur nombre est par ailleurs digne d'intérêt, puisque l'on sait que la plupart des problèmes de santé susceptibles d'entraîner une perte d'autonomie surviennent à partir de cet âge.

Tableau 14 **Évolution de la proportion des personnes âgées dans la population québécoise, de 1991 à 2051**

Années	65 ans ou +	%	85 ans et +	%
1991	781 200	11,1	63 412	0,9
1996	870 121	12,0	77 436	1,1
2001	965 143	13,0	95 325	1,3
2006	1 070 012	14,1	117 538	1,5
2011	1 237 844	15,9	150 141	1,9
2021	1 703 582	21,3	202 522	2,5
2031	2 183 655	26,9	293 214	3,6
2051	2 325 277	29,7	583 924	7,5

Source : Conseil des aînés, tableau fait à partir de *La réalité des aînés québécois*, 3^e édition, à paraître, des données de l'Institut de la Statistique du Québec *Estimation et projections de la population des régions administratives selon le groupe d'âge et le sexe au 1^{er} juillet, de 1981 à 2021*, (mai 1999 et juin 2000).

Par ailleurs, plus une personne vieillit, plus elle risque de vivre seule. En 2001, la proportion de personnes seules dans tous les sous-groupes d'âge va en augmentant, passant de 33,7 % pour les 65 à 69 ans, pour atteindre 87,3 % dans le cas des personnes de 90 ans ou plus⁷³. Les gens très âgés seront susceptibles d'avoir besoin de plus d'aide extérieure pour suppléer au réseau des proches-aidants qui risque d'être plus réduit durant la période de grand âge.

De même, on doit prendre en considération l'allongement de l'espérance de vie qui a progressé significativement au cours du siècle dernier et qui se poursuivra encore, quoique dans une moindre mesure. Selon l'Institut de la statistique du Québec, les projections de l'espérance de vie à la naissance indiquent qu'entre 2003 et 2005 l'espérance de vie atteignait 77,6 ans pour les hommes et 82,7 ans pour les femmes, soit une moyenne de près de 80 ans (80,3 ans). En 2050, l'espérance de vie des femmes pourrait atteindre 88,6 ans, tandis que celle des hommes serait de 84,5 ans.

Enfin, le vieillissement de la population n'est pas un phénomène démographique transitoire qui s'estompera rapidement après la disparition des baby-boomers. La faiblesse persistante des taux de fécondité maintiendra un rapport élevé entre le nombre d'aînés et le reste de la population. Le prolongement de la vie jusqu'à un âge avancé ne fera qu'accentuer le phénomène de vieillissement de la société, et même une très forte immigration ne changerait pas véritablement le cours des choses à moyen et à long terme.

⁷³ Conseil des aînés, *La réalité des aînés québécois*, 3^e édition, à paraître.

4.2 L'augmentation du nombre de personnes âgées avec des incapacités

L'Enquête sociale et de santé 1998 (Daveluy et autres, 2000) indique que plus les personnes avancent en âge, plus elles sont limitées dans leurs différentes activités pour des raisons de santé.

L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA) de Statistique Canada constate que près de 600 000 Québécois vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel présentent des limitations d'activités, ce qui correspond à un taux d'incapacité de 8 %. Ce taux augmente graduellement avec l'âge pour atteindre près de 41 % chez les personnes âgées de 75 ans ou plus (tableau 15).

Tableau 15 Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité et certains groupes d'âge, Québec, 2001

Groupes d'âge	Incapacité			
	Légère	Modérée	Grave	Très grave
65-74 ans	7,4 %	4,3 %	5,2 %	2,8 %
75 ans ou +	12,7 %	7,7* %	11,9 %	8,3* %

Source : Tiré de *La réalité des aînés québécois*, Conseil des aînés, 3^e édition, à paraître.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Par rapport aux données de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998, on note une diminution des taux d'incapacité légère et modérée et une augmentation des taux d'incapacité grave. Cette situation est d'autant plus préoccupante que ces deux enquêtes n'incluent pas la population vivant en milieu institutionnel. Cela indique que la proportion de personnes avec des incapacités graves qui vivent dans leur domicile est en augmentation.

Chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, les problèmes les plus communs sont de nature chronique et sont souvent associés à une restriction d'activité légère ou sévère. Les troubles de mobilité et d'agilité sont les incapacités qui affectent principalement les aînés, soit respectivement 22,1 % et 19,1 % des personnes âgées de 65 à 74 ans, et 41,6 % et 35,8 % des personnes âgées de 75 ans ou plus⁷⁴.

Parmi les problèmes de santé, certains sont préoccupants en raison de l'augmentation de leur prévalence chez les personnes âgées. Il en va ainsi du diabète qui serait en progression au sein de la population âgée (Lefebvre, 2003). D'ailleurs, on estime que près de 500 000 personnes en sont atteintes, au Québec seulement. De ce nombre, 200 000 personnes ignorent leur état. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) prévoit que le nombre de personnes diabétiques doublera d'ici l'an 2025, faisant du diabète le véritable « bogue » du millénaire.

Or, le diabète est un problème de santé systémique qui peut occasionner des conséquences graves s'il n'est pas traité. De fait, il augmente le risque de maladies cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux, de cécité, de troubles rénaux, d'incapacité et de mortalité (Statistique Canada, 1999).

⁷⁴ Conseil des aînés, *La réalité des aînés québécois*, 3^e édition, à paraître.

Outre les problèmes de santé physique, les troubles cognitifs représentent un problème important de santé mentale chez les aînés. Les différentes formes de démence constituent sans contredit le type de problèmes qui affectent le plus les personnes âgées de 65 ans ou plus. D'ailleurs, les personnes qui en sont atteintes constituent maintenant la plus large proportion de la clientèle admise en CHSLD.

Tableau 16 Perspectives de la population de 65 ans ou plus atteinte de démence au Québec, 2001-2051

Groupes d'âge pondérés	2001	2011	2021	2031	2041	2051
(65-74 ans) X 2,4 %	13 186	16 521	23 447	27 025	22 058	23 648
(75-84 ans) X 11,1 %	35 566	44 324	58 176	84 848	100 080	83 917
(85-89 ans) X 23 %	14 857	23 075	28 135	42 750	61 797	70 852
(90-94 ans) X 40 %	9 784	15 146	23 379	30 273	52 782	73 868
(95 ans ou +) X 55 %	3 448	6 571	11 963	17 415	29 654	50 159
Total 65 ans ou + atteints de démence	76 841	105 637	145 100	202 311	266 371	302 444
65 ans ou + atteints de démence/total 65 ans ou + (%)	8,0	8,5	8,5	9,3	11,7	13,0

Source : Tiré de *La réalité des aînés québécois*, Conseil des aînés, 3^e édition, à paraître.

On remarque que le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus atteintes de démence augmentera de façon importante dans les 50 prochaines années (tableau 16). Ainsi, des quelque 77 000 qu'elles étaient en 2001, elles en formeront 20 ans plus tard près du double, pour atteindre plus de 300 000 personnes en 2051. La proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus qui seront atteintes de démence augmentera aussi en conséquence, passant de 8 % en 2001 à 13 % en 2051. Bien que 2051 paraisse constituer un avenir bien lointain, il faut comprendre que si aucune cure n'est trouvée d'ici là, c'est à un véritable fléau que nous serons confrontés.

Il faut aussi souligner qu'actuellement, la moitié des personnes atteintes de démence vivent dans la collectivité et que l'autre moitié est hébergée en établissements de soins de longue durée. Selon le docteur Serge Gauthier (Conseil des aînés, 2000a), l'hébergement est, et demeurera, le coût principal de la démence.

Avec l'augmentation prévue dans l'avenir du nombre de personnes âgées avec des incapacités, la période où la demande de services atteindra son « maximum » reste encore à venir, mais la capacité du parc d'hébergement dans les milieux de vie substitués (public, privé et communautaire) est déjà insuffisante pour répondre à la demande.

Conclusion

L'état de situation présenté dans cette étude laisse voir que le secteur de l'hébergement en milieux de vie substituts a poursuivi son développement depuis l'*Avis sur l'hébergement en milieux de vie substituts pour les aînés en perte d'autonomie* (2000a) du Conseil des aînés. En 2005, on observe l'existence de multiples milieux de vie substituts, souvent hétérogènes en termes de clientèles, d'accès, de services offerts, de dispensateurs et de coûts.

Le nombre de places dans le réseau des CHSLD (publics et privés conventionnés) n'a pas cessé de diminuer depuis l'an 2000. Pourtant, le nombre de personnes âgées augmente. Quant aux diverses formes d'hébergement qui se sont développées, comme les projets novateurs, ou encore celles qui ont été l'objet d'une forte croissance, telles les résidences privées avec services pour aînés, elles ne suffisent pas à répondre à la demande et à l'ensemble des besoins de la clientèle en perte d'autonomie. Les listes d'attente pour de l'hébergement sont encore trop longues, tout comme les délais d'attente. Les services de soutien à domicile, de leur côté, demeurent toujours des plus insuffisants. L'augmentation prévisible du nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus, jointe aux incapacités qui croissent avec l'âge, notamment au grand âge, suscite des interrogations quant à la capacité et à l'assurance d'offrir les services requis par cette clientèle.

Déjà en 2000, le Conseil des aînés faisait état de l'urgence d'agir dans le secteur des milieux de vie substituts, notamment en ce qui concerne l'accès à un nombre suffisant de places pour accueillir la clientèle. En effet, l'accès à des milieux de vie substituts offrant une gradation d'intensité de services de qualité et adaptés aux besoins est d'une importance capitale pour les aînés lorsque survient la perte d'autonomie. Avec le vieillissement accéléré de la population québécoise, cette préoccupation prend, plus que jamais, toute son importance.

Bien que plusieurs actions gouvernementales soient prévues dans le plan d'action du MSSS *Un défi de solidarité. Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010*, les délais de réalisation et l'absence du financement requis contribueront à en limiter la portée ou, même, à en empêcher la réalisation.

Pourtant, le vieillissement de la population québécoise est déjà bien perceptible et il n'en est encore qu'à ses débuts. À la suite de ce constat, il est impératif de poursuivre la réflexion pour préparer un avenir apte à répondre aux besoins des aînés en perte d'autonomie, citoyens parmi les plus vulnérables de la population québécoise. C'est pourquoi, de ce fait, le Conseil des aînés poursuivra ses travaux par la réalisation d'un avis sur les milieux de vie substituts pour les aînés en perte d'autonomie dans le but d'y dégager des pistes de solutions afin de faire face aux multiples enjeux et défis auxquels notre société est déjà confrontée.

Bibliographie

Camirand, J., et autres (2001). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 516 p.

Conseil des aînés (3^e édition à paraître). *La réalité des aînés québécois*, Québec, gouvernement du Québec.

Conseil des aînés (2000a). *Avis sur l'hébergement en milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*, Québec, gouvernement du Québec, 85 p.

Conseil des aînés (2000b). *La démence, ce mal silencieux... tel qu'entendu par six spécialistes*, Québec, gouvernement du Québec, 16 p.

Daveluy, C., et autres (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 642 p.

Ducharme, M.-N. (2006a). Cahiers du LAREPPS n° 06-05, *Les habitations à loyer modique publiques destinées aux aînés : Portrait sectoriel*, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS), École de travail social, Université du Québec à Montréal, 89 p.

Ducharme, M.-N. (2006b). *Le soutien communautaire en habitation. Enquête auprès des OSBL d'habitation en 2006*, Présentation sur les résultats préliminaires de l'enquête effectuée par le Réseau québécois des OSBL d'habitation lors du Colloque Parce que l'avenir nous habite tenu le 8 novembre. Le rapport final sera disponible au cours de l'année 2007.

Ducharme, M.-N. (2004). Cahiers du LAREPPS n° 04-05, *Le tiers secteur de l'économie sociale dans le domaine de l'habitation destinée aux personnes âgées. Portrait sectoriel*, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS), École de travail social, Université du Québec à Montréal, 80 p.

Institut de la Statistique du Québec (2000). *Estimation et projections de la population des régions administratives selon le groupe d'âge et le sexe au 1^{er} juillet de, 1996 à 2021*, juin, Québec.

Institut de la statistique du Québec (1999) *Estimation et projections de la population des régions administratives selon le groupe d'âge et le sexe au 1^{er} juillet de, 1981 à 1995*, mai, Québec.

Lefebvre, C. (2003). *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans ou plus*, Québec, Institut national de la santé publique du Québec, 19 p.

Ministère des Affaires sociales (1979a). *Les services à domicile. Politique du ministère des Affaires sociales*, Québec, 30 p.

Ministère des Affaires sociales (1979b). *Politique du ministère des Affaires sociales relativement au regroupement des bénéficiaires de soins prolongés hospitalisés en centres hospitaliers de soins de courte durée*, Circulaire n° 70-00-07.

Ministère des Affaires sociales (1976). *Politique du ministère des Affaires sociales relativement au regroupement des bénéficiaires de soins prolongés hospitalisés en centres hospitaliers de soins de courte durée*, Circulaire n° NP-2-1976.

Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (2005). *Les coopératives d'habitation au Québec*, Québec, 64 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006a). *INFO-STATS. Bulletin d'information présentant certaines statistiques sur les lits dressés, les places internes, les usagers et les jours-présence, dans le réseau sociosanitaire québécois*, juin, 50 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006b). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, gouvernement du Québec, 303 p.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2006c). *Registre des résidences privées INFO-RRASPA. Bulletin d'information présentant certaines statistiques extraites du Registre des Résidences privées avec Services pour Personnes Âgées*, mai 2006, Québec, 32 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006d). *Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial (SIRTF)*, Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006e). *Tableau sur les lits autorisés au permis d'exploitation au 31 mars 1990 à 2006*, Service du développement de l'information, Direction générale adjointe aux ententes de gestion.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005a). *Normes et pratiques de gestion, Tome II*. Circulaire 2005-029 (03.01.42.24), Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005b). *Programme de subventions. Pour un nouveau partenariat au service des aînés. Projets novateurs, document explicatif, annexe 2, 2004-2005*, Québec, 8 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005c). *Sommaire des informations concernant les projets novateurs*, Québec, 3 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005d). *Tableau sur les lits dressés au 31 mars 1991 à 2005*, Service du développement de l'information, Direction générale adjointe aux ententes de gestion.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005e). *Tableau sur les usagers admis et présents en hébergement de soins de longue durée de 1991 à 2005*, Service du développement de l'information, Direction générale adjointe aux ententes de gestion.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005f). *Un défi de solidarité. Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010*, Québec, 51 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004a). *Bulletin d'information générale du Service du développement de l'information (définition des termes)*, novembre, Québec, 23 p.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2004b). *Chez-soi le premier choix. Précision pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, Québec, 41 p.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2004c). *Registre des résidences privées INFO-RRASPA. Bulletin d'information présentant certaines statistiques extraites du Registre des Résidences privées avec Services pour Personnes Âgées*, avril 2004, Québec, 28 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004d). *Tableau comparatif soutien à domicile, projets novateurs, RI et CHSLD*, Québec, 3 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003a). *La pratique professionnelle et la ressource de type familial – Guide d'orientation*, 89 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003b). *Pour faire les bons choix. Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*, Québec, 43 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003c). *Programme sur les aides à la vie quotidienne et à la vie domestique*, article 4.2.2, p. 9, Québec, 41 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003d). *Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial (SIRTF)*, Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003e). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles*, Québec, 24 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001a). *Évolution des heures soins requises des nouvelles admissions dans un CHSLD de 1997 à 2001 par région sociosanitaire* (Extraction de données des systèmes d'admission des régies régionales), décembre, Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001b). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, 39 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001c). *Ressources intermédiaires. Cadre de référence*, Québec, 80 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001d). *Tableau des taux de réponse aux besoins en CHSLD, moyennes régionales, 2000-2001*, Direction des services à la population, Québec, 1 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). *Achat de places dans le privé. projet pilote*, Québec, 23 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1995). *Normes et pratiques de gestion. Tome II. Circulaire sur les besoins spéciaux (1995-010)*, Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *Les résidences privées pour personnes âgées non titulaires d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan d'action*, Québec, 20 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1990). *Les pavillons une ressource à connaître, à consolider*, Québec, 54 p.

Régie de l'assurance maladie (2006). *La contribution financière des adultes hébergés*, Québec, Circulaire D-9100-0, Québec, mai, 3 p.

Régie de l'assurance maladie (2004). *La contribution financière des adultes de 18 ans et plus confiés à une ressource intermédiaire*, Circulaire D-9110-0, Québec, novembre, 2 p.

Régie du bâtiment (2001). *Code de construction du Québec*, Québec, 608 p.

Statistique Canada (2001). *Enquête sur la participation et les limitations d'activité (EPLA) de 2001*.

Statistique Canada (1999). *Rapport sur la santé. La santé de la population canadienne*, numéro spécial, vol. 11, n° 3 (n° 82-003-xpb au catalogue).

Vaillancourt Y., et M. Charpentier (2005). *Les passerelles entre l'État, le marché et l'économie sociale dans les services de logement social et d'hébergement pour les personnes âgées*, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS), École de travail social, Université du Québec à Montréal, 165 p.