

Mars 2020

NOTE MÉTHODOLOGIQUE

Louis Demers, École nationale d'administration publique
Gina Bravo, Université de Sherbrooke



Résumé du projet

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

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

Le projet vise les objectifs suivants :

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

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

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

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

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

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

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

Démarche de recherche du volet 1

Objectif: dégager les conditions qui favorisent le maintien en activité des RPA qui comptent moins de 50 logements et celles qui incitent plutôt leur propriétaire en cesser les activités

Entrevues. Outre quatre entretiens faits avec des informateurs clés en 2016, nous avons réalisé la collecte des matériaux de mars 2018 à mai 2019. Nous avons mené 41 entrevues dans quatre régions du Québec, soit celles du Bas-Saint-Laurent, de la Capitale-Nationale, de l'Estrie et de la Montérégie. La plupart des entrevues ont été réalisées conjointement par Louis Demers et Bruno-Pier Provençal, assistant de recherche sur le projet jusqu'en mai 2019. C'est ce dernier qui a obtenu les rendez-vous avec nos informateurs. Il a également contribué au codage des entrevues.

De ces 41 entrevues, 32 l'ont été avec des exploitants de RPA (37 informateurs au total) et neuf avec des gestionnaires ou des intervenants d'un centre intégré (universitaire) de santé et de services sociaux (15 informateurs au total). Ces derniers relèvent de la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), responsable des services à domicile prodigués en RPA ou de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQÉPÉ), responsable de la certification des RPA.

Les deux tableaux suivants présentent la répartition de ces entrevues.

Tableau 1. Répartition des entrevues réalisées avec des exploitants de RPA selon le nombre de logements de leur résidence et la population de leur territoire environnant

Territoire	Population	Taille de la RPA (n de logements)				
		1 à 9	10 à 19	20 à 29	30 à 49	Total
Centre rural	pop. <10 000	5	6	5	2	18
Agglomération	10 000 ≥ pop. ≤ 100 000	3	1	2	0	6
Région métropolitaine	pop. ≥ 100 000	4	1	0	3	8
Total		12	8	7	5	32

Tableau 2. Répartition des entrevues réalisées avec des exploitants de RPA et des agents des CI(U)SS selon leur région d'appartenance

Région	RPA	CI(U)SSS	Total
Bas-Saint-Laurent	12	2	14
Capitale-Nationale	9	3	12
Estrie	4	2	6
Montérégie	7	2	9
Total	32	9	41

Outre les trois critères précédents – strate de taille, type de territoire et région – nous avons également cherché à recruter des exploitants dont la résidence abritait à la fois une RPA et une ressource intermédiaire (RI). Nous voulions par là en savoir davantage sur les avantages et les inconvénients d’abriter ces deux types de logements dans une même exploitation. Nous avons rencontré cinq exploitants qui géraient à la fois une RPA et une RI.

Pour sélectionner les exploitants des RPA, nous avons d’abord situé l’emplacement des résidences de moins de 50 logements dans chacune des régions. Nous avons ensuite sélectionné au hasard une première RPA. En utilisant le numéro de téléphone de cette résidence tel qu’il apparaît sur le registre des RPA, nous appelions la résidence pour obtenir l’acceptation ou le refus de l’exploitant. Lorsque la personne rejointe refusait de participer, nous demandions pourquoi et consignons la raison dans un fichier à cet effet.

Une fois qu’un premier entretien avait été planifié, nous avons cherché des RPA situées près de cette première résidence, de manière à réaliser le plus grand nombre d’entretiens possible au cours d’un même déplacement.

Cette stratégie était menée parallèlement à celle consistant à obtenir une répartition équilibrée des résidences selon leur strate de taille, leur dispersion au sein d’une région donnée et le type de milieu dans lequel elles se situaient : centre rural, agglomération ou région métropolitaine de recensement (voir le tableau 1). Nous avons volontairement suréchantillonné les résidences de moins de 20 logements, qui sont celles dont le taux de fermeture est le plus élevé. Le choix de distinguer les résidences de 10 à 19 logements de celles de 20 à 29 logements visait à vérifier s’il existait une différence significative entre les premières et les secondes quant à leur viabilité économique.

Les entrevues ont été enregistrées, transcrites puis codées à l’aide du logiciel MaxQDA en utilisant un cahier de codage élaboré au fil de la codification. Nous avons recouru à des schémas d’entretien semi structurés qui variaient selon que nous avions affaire à l’exploitant d’une RPA privée à but lucratif, à l’exploitant d’une RPA à but non lucratif, à un agent de la direction SAPA ou à un agent de la DQÉPÉ.

Dans les grandes lignes, l’entretien auprès des deux premières catégories d’informateurs débutait par des questions sur la formation et l’expérience de la ou des personnes rencontrées, puis sur l’historique du projet de RPA et la description de la résidence (aménagement physique, offre de services, clientèle et aspects économiques). L’entrevue portait ensuite sur le processus de certification et sur ses effets sur la résidence. L’informateur était ensuite invité à faire le bilan de son expérience comme exploitant d’une RPA et de porter un jugement prospectif sur l’avenir qu’il entrevoyait pour celle-ci.

Dans le cas d’une RPA sans but lucratif, l’entrevue était adaptée pour tenir compte qu’il s’agissait d’un projet collectif et non individuel et que le financement provenait en partie de sources publiques.



Dans le cas des informateurs du réseau de la santé des services sociaux, l'entretien s'amorçait d'abord par des questions sur la formation et l'expérience de l'informateur et sur sa connaissance du secteur des RPA. Selon ces premières réponses, l'entrevue approfondissait les aspects – services à domicile, certification – avec lesquels le ou les informateurs étaient le plus familiers. Ces entrevues visaient notamment à dégager la nature des responsabilités qu'ils avaient à l'endroit des RPA et des liens – collaboration, surveillance ou autres – qu'ils tentaient d'établir avec les exploitants des RPA. L'entrevue visait aussi à obtenir leur point de vue sur les facteurs de réussite ou d'échec des petites résidences et leur appréciation des services que celles-ci rendent leur clientèle.

Données et sources secondaires. Pour le premier et le deuxième fascicule, nous avons eu largement eu recours aux données du registre des RPA, accessible sur le site du MSSS : <http://k10.pub.msss.qc.ca/K10accueil.asp>. On trouvera à la page 7 du fascicule 1 et à la page X du fascicule 2 des précisions sur la nature et les sources des données utilisées pour dresser le portrait du secteur des RPA.

Nous avons par ailleurs colligé plusieurs articles de journaux et reportages télévisuels disponibles sur Internet portant sur le secteur des RPA et, en particulier, sur la fermeture de petites résidences, notamment dans les quatre régions que nous avons étudiées. Nous avons également répertorié une gamme considérable de documents de sources gouvernementales portant sur les RPA ou sur les personnes âgées. Parmi les sites Internet dans lesquels nous avons largement puisé, on peut noter ceux de l'Institut de la statistique du Québec du ministère de la Santé et des Services sociaux, du ministère des Affaires municipales et de l'Habitation, de la Société canadienne d'hypothèques et de logement, de la Société d'habitation du Québec et de Statistique Canada.

Nous avons également répertorié les documents d'analyse et les prises de position produits par des parties prenantes du secteur des RPA et du logement social, comme l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR), le Réseau FADOQ, le Réseau québécois des OSBL d'habitation (RQOH) et le Regroupement québécois des résidences pour aînés (RQRA).

Nous avons également réuni des articles scientifiques et des rapports de recherche qui ont porté sur les « résidences privées avec services pour aînés » ou sur les RPA, qui leur ont succédé. Nous avons également examiné des ouvrages, des articles et des rapports qui portent sur le logement social et en particulier sur les immeubles d'habitation visant les personnes âgées à faible revenu ou en perte d'autonomie.

Éthique. Le projet de recherche a reçu un certificat de conformité éthique du comité d'éthique de la recherche de l'École nationale d'administration publique (CÉR-ENAP 2017-11).

Démarche de recherche du volet 2

Objectif: décrire la population âgée de 75 ans et plus qui habite une résidence privée pour aînés (RPA) ou une ressource intermédiaire (RI) de moins de 50 unités, sa qualité de vie et ses besoins, comblés et non comblés.

Dispositif de recherche et populations cibles. Nous avons mené une étude transversale pour atteindre cet objectif, avec collecte de données principalement quantitatives recueillies auprès d'échantillons aléatoires de résidents et de responsables d'une habitation collective. Par « responsable », nous entendons la personne qui connaît le mieux la clientèle accueillie dans le milieu. Il s'agissait du propriétaire de l'habitation (surtout dans les plus petits milieux) ou d'un cadre supérieur (p. ex., gestionnaire, directrice des soins infirmiers, coordonnateur). Les résidents admissibles à l'étude répondaient aux critères suivants : 1) être âgé de 75 ans ou plus, 2) avoir de la difficulté à accomplir au moins deux activités de la vie quotidienne ou présenter un problème cognitif, 3) être capable de communiquer en français et 4) résider dans l'une des habitations collectives sélectionnées depuis au moins trois mois. Nous avons exclu les personnes hospitalisées pour une durée indéterminée, susceptibles d'être relocalisées à court terme ou dont l'état de santé était jugé trop précaire pour procéder à l'évaluation. Les habitations admissibles étaient : 1) de type RPA ou RI, 2) comptaient moins de 50 unités locatives, 3) étaient en opération depuis plus d'un an et 4) étaient situées dans l'une des quatre régions choisies pour l'étude, soit le Bas-St-Laurent, la Capitale-Nationale, l'Estrie et la Montérégie. Les habitations à vocation particulière, par exemple, en itinérance ou en santé mentale, étaient exclues.

Constitution de l'échantillon. Après avoir obtenu les listes les plus à jour des RPA et des RI situées dans les régions ciblées, nous avons classé les habitations en fonction de la taille : 1 à 9, 10 à 29 ou 30 à 49 unités locatives. Dans chacune de ces strates, la coordonnatrice de l'étude choisissait au hasard un nombre prédéterminé d'habitations, établi de façon à constituer un échantillon représentatif des milieux selon le type, la région et la taille. Une lettre était alors postée au responsable d'une habitation sélectionnée pour l'informer de l'étude. Deux à trois semaines plus tard, la coordonnatrice communiquait par téléphone avec le responsable pour confirmer l'admissibilité du milieu et solliciter la collaboration du responsable. Elle posait quelques questions à ceux qui refusaient de participer, essentiellement pour connaître le motif de leur refus. Aux autres responsables, elle postait deux copies du formulaire de consentement dont l'une, à signer, devait lui être retournée par la poste. Sur réception du formulaire de consentement, la coordonnatrice communiquait de nouveau avec le responsable pour une entrevue téléphonique de 30 à 45 minutes. Celle-ci visait à dresser le portrait des responsables interviewés (p. ex., âge, sexe, formation, expérience, auto-appréciation de la qualité du milieu) et des habitations sélectionnées (p. ex., type d'unités locatives, services offerts, composition et qualification du personnel, profil de la clientèle desservie, politique d'admission et de transfert). À la fin de l'entrevue, la coordonnatrice décrivait le profil des résidents visés par l'étude, puis invitait le responsable à obtenir de ceux-ci l'autorisation qu'un membre de l'équipe de recherche sollicite formellement leur participation. Cette autorisation provenant du représentant légal du résident pour ceux jugés inaptes à donner leur propre consentement.



Le premier contact avec les résidents qui avaient consenti à être approchés était établi par une équipe de six assistants de recherche, constituée principalement d'infirmières expérimentées. Au préalable, les assistants avaient reçu une formation d'une journée complète sur la démarche de recherche et l'administration des instruments de mesure. Le contact s'effectuait par lettre, par téléphone ou en personne, avec le résident lui-même ou son représentant légal, suivant la recommandation du responsable. Comme pour les responsables, quelques questions étaient posées aux résidents ou représentants légaux qui refusaient de participer à l'étude. Les autres prenaient part à une entrevue avec l'assistant de recherche visant à remplir les différents questionnaires d'évaluation. D'une durée de deux à trois heures, et débutant avec la signature du formulaire de consentement, l'entrevue avec le résident se déroulait en personne, dans son milieu de vie. Le représentant légal d'un résident inapte était souvent présent sur place pour fournir des informations que le résident ne pouvait pas fournir lui-même en raison de son état.

Ces étapes de recrutement et d'évaluation se sont déroulées du 5 mai 2018 au 23 décembre 2019. À terme, 282 résidents de 73 milieux ont été évalués. Le tableau ci-dessous montre, pour les RPA et pour les RI, la distribution des milieux participants parmi les 12 strates du plan d'échantillonnage. Le nombre de résidents évalués dans chaque strate figure entre parenthèses. Le taux global de participation s'élève à 37 % parmi les responsables d'une habitation sélectionnée et jugée admissible. Ce taux ne diffère pas significativement entre les deux types d'habitation (RPA ou RI, $p = 0,262$) ou entre les quatre régions ($p = 0,229$). Il est toutefois plus élevé dans les petites habitations de 1 à 9 unités ($p = 0,010$), atteignant 53,7 %. Les principaux motifs de refus invoqués sont le manque de temps et la fermeture prochaine ou la vente anticipée de l'habitation. Dans les RPA comme dans les RI, le refus était aussi motivé par le souci du responsable de ne pas déranger les résidents ou leurs proches. Nous avons toutefois obtenu un fort taux de participation parmi les résidents que nous avons pu solliciter, soit de 91 %.

Tableau 3. Nombre d'habitations participantes (de résidents évalués), selon le type d'habitation, la région et la taille

Résidence privée pour aînés (RPA)

Région \ Taille	Petite (1 à 9 unités)	Moyenne (10 à 29 unités)	Grande (30 à 49 unités)	Total
Bas-St-Laurent	3 (13)	6 (21)	3 (18)	12 (52)
Capitale-Nationale	2 (4)	4 (16)	2 (12)	8 (32)
Estrie	2 (4)	4 (18)	2 (9)	8 (31)
Montréal	6 (15)	3 (12)	3 (16)	12 (43)
Total	13 (36)	17 (67)	10 (55)	40 (158)

Ressource intermédiaire (RI)

Région \ Taille	Petite (1 à 9 unités)	Moyenne (10 à 29 unités)	Grande (30 à 49 unités)	Total
Bas-St-Laurent	3 (6)	3 (12)	0	6 (18)
Capitale-Nationale	2 (4)	0	1 (6)	3 (10)
Estrie	3 (6)	2 (14)	0	5 (20)
Montréal	8 (21)	7 (32)	4 (23)	19 (76)
Total	16 (37)	12 (58)	5 (29)	33 (124)

Les outils d'évaluation des résidents. L'entrevue avec le résident débutait par une collecte de données sociodémographiques (p. ex., âge, sexe, scolarité, soutien social, trajectoire domiciliaire des 10 dernières années), cliniques (p. ex., état de santé, types de maladie et impact sur les activités quotidiennes) et sur ses conditions actuelles d'hébergement (p. ex., type d'unité locative, coût mensuel). Le résident fournissait ensuite une évaluation de la qualité de son milieu de vie, globalement puis selon sept dimensions spécifiques (p. ex., qualité de la nourriture, des soins de base, de la liberté dont il dispose dans ses activités quotidiennes). L'assistant de recherche lui demandait également s'il recommanderait son milieu de vie à un proche ou à un ami, et comment il entrevoyait l'avenir sur le plan résidentiel.

Par la suite, l'assistant de recherche procédait à l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle du résident et de ses fonctions cognitives. La version révisée du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) a été utilisée pour évaluer l'autonomie fonctionnelle du résident (Hébert *et al.* 1988; Desrosiers *et al.* 1995). Le SMAF mesure les capacités de la personne à accomplir 29 fonctions couvrant cinq sphères d'activité : activités de la vie quotidienne, mobilité, communication, fonctions mentales et tâches domestiques. Chaque fonction se mesure sur une échelle ordinaire variant de 0 (autonomie complète) à 3 (dépendance totale) à partir de renseignements obtenus par questionnement de la personne, observation ou questionnement d'un tiers. L'addition des cotes assignées à chaque fonction établit un score de dépendance sur 87. Un score supérieur à 40 témoigne d'une perte significative d'autonomie. La version française du *Modified Mini-Mental State* (3MS) *Examination* de Teng et Chui (1987) (Hébert *et al.* 1992) a servi à évaluer les fonctions cognitives du résident. Le 3MS comporte 15 items qui explorent l'orientation spatio-temporelle, la mémoire, l'attention, le langage et les fonctions praxiques. Un score sur 100 reflète la performance de la personne aux différentes tâches évaluées. Un score inférieur à 60 témoigne d'une atteinte significative des fonctions cognitives.

Dans la seconde moitié de l'entrevue, le résident fournissait une évaluation de sa qualité de vie et du sentiment de se sentir chez soi. La qualité de vie a été évaluée au moyen des *Quality of Life Scales for Nursing Home Residents* (QoLNR) développées aux États-Unis par Robert Kane et ses collaborateurs (Kane *et al.* 2003). Le QoLNR mesure 11 domaines de la qualité de vie par le biais de 54 items cotés sur une échelle de Likert à 4 degrés : autonomie décisionnelle, dignité, intimité, individualité, sentiment de sécurité, confort, indépendance fonctionnelle, relations interpersonnelles, activités significatives, alimentation et bien-être spirituel. L'*Experience of Home Scale* de Molony *et al.* (2007) a servi à mesurer le sentiment de se sentir chez soi. Cette échelle comprend 23 items cotés sur une échelle de Likert à 5 points. Les deux échelles avaient au préalable été traduites en français par un traducteur professionnel. Elles ne sont pas disponibles pour les résidents inaptes car il ne convient pas de les faire remplir par un tiers (Kane *et al.* 2005).



Pendant sa visite dans le milieu, l'assistant de recherche parcourait les aires d'habitation partagées afin d'évaluer l'adéquation du milieu aux besoins du résident. Il portait alors une attention particulière à la sécurité et à l'hygiène des lieux, à l'intimité, ainsi qu'aux aspects stimulants du milieu physique et humain. Il observait également les interactions entre le résident et le personnel afin d'évaluer leur mode de communication, ainsi que les manifestations d'affection et de considération que le personnel lui témoignait. L'ensemble de ses observations lui permettait de remplir, rétrospectivement, l'Échelle de mesure de l'adéquation des services (ÉMAS). Développée par Philips *et al.* (1990), cette échelle a été traduite en français par un traducteur professionnel puis validée par Bravo *et al.* (1996). L'ÉMAS comprend 54 items répartis en six sous-échelles qui touchent l'environnement, les soins physiques, la réponse aux besoins médicaux, les relations interpersonnelles, le respect des droits et la gestion des biens du résident. Chaque item est coté sur une échelle graduée de 1 (*meilleurs services possibles*) à 5 (*pires services possibles*). La cote *meilleurs services possibles* correspond à ceux que le résident devrait recevoir étant donné ses besoins. Afin d'uniformiser la cotation, des exemples accompagnent chaque item et illustrent à quoi correspondent les deux extrémités de l'échelle. Aucun protocole d'administration n'accompagne l'instrument. Les items qui le composent guident l'évaluateur dans le choix des questions à poser et dans les éléments à observer.

L'analyse des données. Nous avons d'abord comparé les caractéristiques des milieux participants aux milieux non participants, en utilisant les quelques informations dont nous disposions sur les non-participants. Nous avons ensuite conduit des analyses principalement descriptives chez les participants. Les résultats sont présentés par type d'habitation (RPA ou RI), toutes tailles confondues, puis en stratifiant selon la taille. Toutes les analyses ont été pondérées en fonction du plan d'échantillonnage. Des analyses multi-niveaux qui tiennent compte de la structure hiérarchique des données ont été effectuées pour comparer les RPA et les RI en regard du profil de leur clientèle, de la qualité de vie de leurs résidents et de leurs besoins, comblés et non comblés, en ajustant pour un ensemble de caractéristiques liées aux résidents et aux habitations.

Références

- Hébert R, Carrier R, Bilodeau A. The functional autonomy measurement system (SMAF): Description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age Ageing* 1988; 17: 293-302.
- Desrosiers J, Bravo G, Hébert R *et al.* Reliability of the Functional Autonomy Measurement System (SMAF) revised for epidemiological study. *Age Ageing* 1995; 24: 402-406.
- Teng EL, Chui HC. The Modified Mini-Mental State (3MS) Examination. *J Clin Psychiatry* 1987; 48: 314-318.
- Hébert R, Bravo G, Girouard D. Validation de l'adaptation française du Modified Mini-Mental State (3MS). *Revue de gériatrie* 1992; 17: 443-450.
- Kane RA, Kling KC, Bershadsky B *et al.* Quality of Life Measures for Nursing Home Residents. *J Geront A Biol Sci Med Sci* 2003; 58: M240-M248.
- Molony SL, Dillon McDonald D, Palmisano-Mills C. Psychometric testing of an instrument to measure the experience of home. *Res Nurs Health* 2007; 30: 518-530.
- Kane RL, Kane RA, Bershasky B *et al.* Proxy sources for information on nursing home residents' quality of life. *J Geront B Psychol Sci Soc Sci* 2005; 60: S318-325.
- Phillips LR, Morrison EF, Chae YM. The QUALCARE Scale: developing an instrument to measure quality of home care. *Intern J Nurs Studies* 1990; 27: 61-75.
- Bravo G, Girouard D, Gosselin S *et al.* Further validation of the QUALCARE Scale. *J Elder Abuse & Neglect* 1996; 7: 29-48.

