

Régulation des lieux d'habitation collectifs privés pour aînés

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction des services sociaux



Régulation des lieux d'habitation collectifs privés pour aînés

Rédigé par

Bruno-Pier Provençal

Coordination scientifique

Micheline Lapalme

Sous la direction de

Sylvie Desmarais

Michèle Archambault



Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ce document et ses annexes sont accessibles en ligne dans la section *Publications* de notre site Web.

Membres de l'équipe projet

Auteur principal

Bruno-Pier Provençal, M. A. P.
Consultant externe

Coordination scientifique

Micheline Lapalme, Ph. D.

Adjointe à la direction

Michèle Archambault, M. Sc.

Directrice

Sylvie Desmarais, M. Sc.

Repérage d'information scientifique

Caroline Dion, M.B.S.I., *bibl. prof.*

Mathieu Plamondon, M.S.I.

Lysane St-Amour, M.B.S.I.

Julien Chevrier, M.S.I.

Flavie Jouandon, *tech. doc.*

Soutien administratif

Nathalie Vanier

Équipe de l'édition

Patricia Labelle
Denis Santerre
Hélène St-Hilaire

Sous la coordination de
Renée Latulippe, M.A.

Avec la collaboration de
Micheline Lampron, révision linguistique
Papyrus, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF) ISBN 978-2-550-82082-6 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2018

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Régulation des lieux d'habitation collectifs privés pour aînés. Rapport rédigé par Bruno-Pier Provençal. Québec, Qc : INESSS; 2018. 56 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Lecteurs externes

La lecture externe est un des mécanismes utilisés par l'INESSS pour assurer la qualité de ses travaux. Les lecteurs externes valident les aspects méthodologiques de l'évaluation, de même que l'exactitude du contenu, en fonction de leur domaine d'expertise propre.

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

D^r Louis Demers, Ph. D., professeur, Direction de l'enseignement et de la recherche - École nationale d'administration publique

Marisol Moore, adjointe exécutive au ministère de la Faune, des Forêts et des Parcs - Direction de la valorisation du patrimoine naturel (antérieurement au ministère de la Santé et des Services sociaux)

Déclaration d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts n'a été relevé.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY	III
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	V
1. INTRODUCTION.....	1
1.1 Mandat et objectifs	2
2. MÉTHODOLOGIE.....	3
2.1 Terminologie	3
2.2 Questions et méthodes	4
2.3 Sélection, évaluation de la qualité des études et extraction des données	5
2.3.1 Sélection des études.....	5
2.3.2 Évaluation de la qualité des études	6
2.3.3 Extraction des données	7
2.4 Méthode d'analyse et de synthèse	7
3. ÉTAT DES PRATIQUES	8
3.1 Lieux d'habitation collectifs privés pour aînés	8
3.2 Contrôle.....	14
3.2.1 Effets de la régulation	14
3.2.2 Encadrement législatif.....	15
3.2.3 Organismes régulateurs, sanctions et types d'autorisation	23
3.2.4 Normes de sécurité liées à la prévention incendie	27
3.3 Prestation de services.....	29
3.3.1 Normes, formation et qualification du personnel	29
3.3.2 Ratios de personnel	33
3.4 Financement	35
3.5 Tendances	38
3.5.1 Montée de l'économie mixte en services à domicile	38
3.5.2 Ajustement de l'offre et de la demande de LHCPA	38
3.5.3 Ressources humaines et capacité d'offrir des services à domicile	39
CONCLUSION.....	41
RÉFÉRENCES	43
ANNEXE A Stratégies de recherche d'information.....	52

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Liste non exhaustive de lieux d'habitation collectifs pour aînés au Canada	3
Tableau 2.	Les dimensions de la régulation et les thèmes d'intérêt pour chacune d'elles	5
Tableau 3.	Terminologie des LHCPA ressemblant aux RPA québécoises et taux d'attraction associés	9
Tableau 4.	Nouvelles catégories de RPA	11
Tableau 5.	Standards applicables aux <i>supportive living accommodations</i> albertains	17
Tableau 6.	Normes ciblées en matière de soins et de sécurité dans les maisons de retraite ontariennes	18
Tableau 7.	Standards du <i>assisted living</i> en Colombie-Britannique	19
Tableau 8.	Standards des <i>Community Care Facilities</i> à l'Île-du-Prince-Édouard	20
Tableau 9.	Standards du <i>assisted living</i> dans l'État de Washington	21
Tableau 10.	Standards des LHCPA en Angleterre	22
Tableau 11.	Éléments obligatoirement évalués par les inspecteurs de la <i>Care Quality Commission</i> en Angleterre pour les services sociaux	26
Tableau 12.	Présence de gicleurs selon la juridiction	28
Tableau 13.	Exigences de formation dans le secteur de l' <i>assisted living</i> dans l'État de Washington	30
Tableau 14.	Degré de qualification minimum requis pour l'administration de médicaments ou pour l'assistance à la prise de médicaments dans le secteur de l' <i>assisted living</i> aux États-Unis	32
Tableau 15.	Ratios de personnel	34
Tableau 16.	Ratios de personnel des <i>residential care facilities</i> en Arkansas	35

RÉSUMÉ

Les résidences privées pour aînés (RPA) sont des lieux d'habitation collective offrant certains services comme les repas, l'aide domestique ou les services d'assistance personnelle. Les RPA répondent à un besoin en constante croissance. De nombreuses personnes âgées de 75 ans et plus y résident et le taux d'attraction des RPA au Québec est le plus élevé en Amérique du Nord. Pour assurer la qualité et la sécurité des RPA et des soins et services qu'elles offrent, le gouvernement québécois régule ce secteur au moyen du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés. Or, la manière de réguler les RPA et l'impact que la régulation peut avoir sur le développement de ce secteur demeurent peu étudiés. C'est pourquoi la Direction du soutien à domicile (DSAD) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté l'INESSS pour documenter ces sujets dans d'autres juridictions.

La régulation des lieux d'habitation collectifs privés pour aînés (LHCPA), terme générique équivalent de la RPA québécoise à l'échelle internationale, se définit par trois principales dimensions, soit le contrôle, la prestation des services et le financement. Afin de savoir comment se fait cette régulation, nous avons effectué une recension de la littérature scientifique ainsi que de la littérature grise. Nous avons réalisé une synthèse narrative analytique à partir des documents sélectionnés. La recension a permis de dresser un portrait sommaire de la régulation des LHCPA dans différentes provinces canadiennes et d'autres pays.

Le contrôle est vu sous l'angle de l'encadrement législatif et des mécanismes mis en place pour le faire respecter. L'encadrement législatif entourant la vie ou les services offerts dans les LHCPA se retrouve tant dans les provinces canadiennes (hors Québec) que dans les autres juridictions. Il s'articule autour de standards ou de normes qui touchent diverses sphères de la vie en résidence comme l'environnement physique et l'entretien, les services alimentaires et les soins aux résidents. Toutefois, ces standards et normes diffèrent d'une juridiction à l'autre, d'une part, et visent des milieux de vie qui ne reflètent pas toujours exactement la réalité d'une RPA québécoise, d'autre part. Le type de clientèle ainsi que les caractéristiques de la résidence modulent fréquemment la régulation, comme l'indiquent certains énoncés dans les documents législatifs. Si plusieurs différences existent, il y a également de nombreux points communs dans le contenu des lois et règlements qui s'appliquent. Cela dit, l'utilisation d'indicateurs précis de qualité ou de sécurité est peu répandue.

La prestation de services au sein des LHCPA implique la participation d'un personnel diversifié. À cet égard, nous observons une variété de normes, de formations et de qualifications selon la juridiction considérée. Si certaines exigences sont explicitement inscrites dans la loi, il est parfois laissé aux propriétaires des LHCPA un peu de latitude quant au suivi de certaines directives, par exemple, dans certains États américains, celle de maintenir un nombre « suffisant » d'employés. D'autres juridictions appliquent néanmoins des critères précis.

Aux standards ou normes s'ajoutent des mécanismes prévus pour les faire respecter. Plusieurs juridictions disposent de tels mécanismes, par exemple en effectuant des évaluations supervisées par des organismes publics dédiés. Les inspections peuvent

être annoncées ou non, et les conséquences du non-respect des standards ou des normes vont du simple avis à la fermeture des LHCPA. Les évaluations sont parfois rendues publiques et accessibles en ligne afin que les futurs résidents et leurs familles puissent comparer les LHCPA entre eux.

L'accès aux LHCPA peut être facilité par différentes mesures fiscales. Si certaines de ces mesures consistent en un soutien financier pour payer le loyer, la majorité visent plutôt les services à domicile qui y sont offerts. Les différentes modalités recueillies dans notre recension affichent une combinaison de types de financement en matière de soutien à la perte d'autonomie. Certains pays offrent une couverture universelle à programme unique, alors que d'autres proposent un filet de sécurité en fonction des ressources financières de la personne. Enfin, d'autres pays adoptent un système mixte.

Le secteur des LHCPA fait face à au moins trois grandes tendances. D'abord, les services à domicile sont graduellement exposés à la montée d'une économie mixte. Celle-ci repose principalement sur un financement public de services offerts par le secteur privé. Une seconde tendance touche l'ajustement de l'offre et de la demande de LHCPA. Une partie de ces derniers a été construite pour offrir des services à une clientèle relativement autonome. Le vieillissement de cette clientèle entraîne la nécessité de certains ajustements à l'offre de services des LHCPA. Enfin, les projections démographiques montrent qu'un nombre de plus en plus élevé d'aînés requerront un soutien à domicile. Pour répondre à ces besoins, il sera nécessaire de se doter d'une main-d'œuvre en qualité et en nombre suffisant. Or, les conditions de travail jugées insatisfaisantes par certains laissent présager que le recrutement et la fidélisation de la main-d'œuvre pourraient poser des défis considérables.

Cet état des pratiques dresse un portrait de la régulation des LHCPA au Canada (hors Québec) et à l'international, un sujet encore peu étudié et mal documenté. Si ce portrait peut servir de plate-forme de réflexion à l'approche québécoise en matière de régulation des RPA, il ne visait toutefois pas à déterminer quelle serait la meilleure façon d'assurer la qualité et la sécurité des services offerts dans ces résidences, et ce, en respectant les contraintes de ressources de chacune des parties impliquées. Cela dit, un certain nombre d'enjeux soulevés permettent d'orienter la réflexion. De futures études pourront tirer parti de la contribution de cet état des pratiques et bonifier les connaissances sur la régulation des LHCPA. Sur la base de telles études, et en considérant les transitions démographique et épidémiologique actuelles, la réponse sociosanitaire québécoise ne pourra que s'en trouver améliorée.

SUMMARY

Regulation of private congregate living facilities for the elderly

Private seniors' residences, as they are called in Quebec, are congregate living facilities that offer a variety of services to the occupants, such as meals, domestic help and personal assistance. These residences meet a constantly increasing demand. Many people aged 75 and over live in this type of residence. The attraction rate for private seniors' residences is greater in Quebec than anywhere else in North America. To ensure the safety and quality of accommodations, services and care, private seniors' residences are regulated by the Government of Quebec through legislation, i.e., the Regulation respecting the conditions for obtaining a certificate of compliance and the operating standards for a private seniors' residence. Few studies, however, have explored the methods used to regulate private seniors' residences and the impact of regulation on the development of this service sector. That is why the Direction du soutien à domicile (DSAD) at the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) mandated INESSS to document how these issues are addressed in other jurisdictions.

The regulation of private congregate living and care facilities for the elderly (PCLCFE) – a generic term equivalent to private seniors' residences in Quebec on a world scale –, is three-fold: monitoring, delivery of services and funding. In order to determine how those facilities are actually regulated, scientific and grey literature on this particular topic was compiled and an analytical narrative synthesis based on the selected documents was conducted. This literature review allowed to establish a summary profile of methods used to regulate PCLCFEs in various Canadian provinces and countries.

Monitoring is seen from the perspective of legislative frameworks and compliance mechanisms in place. Legislative frameworks applying to life and services in PCLCFEs exist in other Canadian provinces and other jurisdictions; it is organized around standards and norms related to various spheres of residence life, such as the physical environment and maintenance, food services and direct care services. The standards and norms vary from one jurisdiction to another and apply to living environments that do not always accurately reflect the reality observed in Quebec private seniors' residences. The regulation is often tailored to the type of clientele and the characteristics of PCLCFEs, as indicated in statements found in legislative literature. While there are a number of differences between the laws and regulations applicable to PCLCFEs, there are however many similarities in their content. This being said, the use of clear and specific quality or safety indicators is not widespread.

The delivery of services in PCLCFEs calls for the participation of a diversified workforce. Standards, training programs and qualifications vary across jurisdictions. While legislation applying to PCLCFEs specifies certain conditions and requirements, their owners sometimes have some flexibility in the monitoring of certain directives. Example of this is a directive in some U.S. states to maintain a sufficient number of staff. Other jurisdictions, however, apply very clear and specific criteria.

In addition to these standards and norms, several mechanisms are prescribed by legislation to ensure that they are respected. Many jurisdictions have such mechanisms,

including assessments supervised by specific public organizations. Inspections may be announced or unannounced, and consequences for not complying can range from a simple notice to the closure of the facility. Assessments are sometimes made public and accessible online so that future occupants and families can compare PCLCFEs.

There exist various fiscal measures to facilitate access to PCLCFEs. Some consist of financial support to pay the rent, but most of them focus on home-based services offered in PCLCFEs. The various arrangements identified in the literature feature a mix of types of support funding for loss of autonomy. Some countries provide universal coverage in a single funding program; others offer a safety net tailored to the individual's financial resources; finally, certain countries apply a mixed system.

The senior housing sector is presently facing at least three (3) major trends. The first trend is that home-based services are gradually becoming exposed to the rise of a mixed economy, which rests chiefly on public funding of services offered in the private sector. The second trend deals with the adjustment of the offer with the demand for PCLCFEs, some of them originally designed to deliver services to occupants who are relatively independent; in the context of the ageing of this clientele, certain adjustments to the services offered by the PCLCFEs are needed. The third trend stems from the growing number of senior citizens who will require home-based assistance, according to demographic projections. Responding to those needs will require hiring qualified staff in sufficient number. However, the fact that working conditions are considered unsatisfactory by some people suggests that employee recruitment and retention are likely to pose significant challenges.

This review describes PCLCFE regulation in Canada outside Quebec and in other countries. This subject has so far been little studied and is still poorly documented. While this portrait can serve as a starting point for reflection on Quebec's approach to regulation of private seniors' residence, its purpose was not to determine what might be the best way to ensure that the services provided in those facilities are safe and of proper quality while respecting the many constraints of resources faced by the stakeholders concerned. This being said, a number of issues raised may prove useful in guiding our reflection. Future studies may benefit from the content of this review and contribute to improve knowledge on PCLCFE regulation. Building on these studies and considering ongoing demographic and epidemiological transitions, Quebec's response to sociosanitary needs can only be expected to improve.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AL	Assisted Living
BAFSA	British Automatic Fire Sprinkler Association
CANHR	California Advocates for Nursing Home Reform
CQC	Care Quality Commission
DHCS	California Department of Health Care Services
DSAD	Direction du soutien à domicile
DSHS	Washington State Department of Social and Health Services
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
LHCPA	Lieux d'habitation collectifs privés pour aînés
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NCAL	National Center for Assisted Living (États-Unis)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ORMR	Office de réglementation des maisons de retraite
RCP	Réanimation cardio-pulmonaire
RPA	Résidence pour personnes âgées
SAD	Soutien à domicile
SCHL	Société canadienne d'hypothèques et de logement
SHQ	Société d'habitation du Québec
SLA	Supportive Living Accommodation

1. INTRODUCTION

Les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et la majorité des économies émergentes observent une transition démographique marquée par le vieillissement de leur population [OCDE, 2013]. Ce vieillissement pose le défi aux sociétés d'organiser des lieux d'habitation qui correspondent aux besoins des aînés. En effet, le vieillissement entraîne avec lui un ensemble de changements épidémiologiques qui entravent la capacité des aînés de vivre de manière entièrement autonome [OMS, 2016]. Pour pallier leur perte d'autonomie, certains choisissent de quitter leur domicile pour vivre dans un lieu d'habitation collectif avec services.

Par le biais des services qu'ils offrent, les lieux d'habitation collectifs privés pour aînés (LHCPA) aident des aînés à vivre dans un environnement correspondant à leur niveau d'autonomie. Bon nombre de ces LHCPA se composent de résidences privées pour aînés (RPA). Compte tenu de l'importante présence des RPA au Québec [SCHL, 2016; Bravo *et al.*, 2015], leur potentiel pour assurer le bien-être des aînés paraît indéniable [Protecteur du citoyen, 2016]. En 2016, selon la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), le Québec dénombrait 114 117 places en RPA, soit près de la moitié de toutes les places au Canada. En effet, au Québec, le taux des personnes âgées de 75 ans et plus résidant en RPA était de 18,4 % en 2016 [SCHL, 2016]. Ce taux, également nommé « taux d'attraction », n'était alors que de 6 % en moyenne dans les autres provinces canadiennes [SCHL, 2016]. Toutefois, certains incidents suscitent des questionnements concernant le besoin d'inciter les RPA à respecter certaines normes, d'une part, et les manières de faire appliquer ces normes, d'autre part.

Les RPA se sont d'abord développées sans suivre de cadre législatif particulier. Si un registre est créé en 2002 et oblige l'inscription des immeubles dans lesquels vivent des aînés et où sont offerts des services, ce n'est qu'en 2005 que le Québec commence réellement à encadrer le secteur et à légiférer. L'adoption de l'article 346.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), en 2002, crée juridiquement les RPA. Puis, en 2005, un projet de certification voit le jour [Demers *et al.*, 2015]. Cette certification, dont l'application pour tous les propriétaires de résidences n'a été rendue obligatoire qu'en 2007, avec l'adoption du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence privée pour aînés, a eu différents effets, dont l'augmentation de la sécurité et de la qualité des RPA [Bravo *et al.*, 2014]. En 2013, le gouvernement a renforcé certains critères de la certification en adoptant le Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés. Le registre des RPA montre que le marché favorise la construction d'immeubles à 100 unités ou plus, et que le nombre de places par installation a crû d'environ 93 % de 2004 à 2015 [MSSS, 2016]. Le gouvernement a publié dans la Gazette officielle en 2015 un nouveau projet de loi visant la certification des RPA. Le nouveau Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés est en vigueur depuis le 5 avril 2018. Selon la catégorie et la taille de la résidence, il aborde

plusieurs thèmes qui concernent les services offerts, les obligations des exploitants ainsi que les droits des résidents.

Les projections démographiques québécoises montrent que le nombre et la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus continueront de croître pendant près de 20 ans [Statistique Canada, 2010], ce qui accentue la priorité d'assurer un environnement à la fois sécuritaire et de qualité pour les aînés. Toutefois, modifier l'encadrement législatif peut produire des effets non voulus. L'expérience québécoise en matière de régulation, notamment par le biais de la certification, montre que certains de ces effets peuvent être délétères. La fermeture des petites RPA qui ne peuvent se conformer aux exigences de la certification en raison des coûts a ainsi pour effets secondaires de limiter la diversité des lieux d'habitation collectifs pour aînés et d'entraîner la délocalisation des résidents [Demers *et al.*, 2015].

1.1 Mandat et objectifs

C'est pour obtenir un état des pratiques en matière de régulation au Canada (hors Québec) et à l'international que la Direction du soutien à domicile (DSAD) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a fait appel à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Plus spécifiquement, cet état des pratiques vise à documenter :

1. la régulation des RPA dans les autres provinces canadiennes et autres pays;
2. les grandes tendances en matière de développement des RPA.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Terminologie

Puisqu'elle varie d'une région à l'autre, il importe d'abord de définir la terminologie utilisée pour désigner l'équivalent des résidences privées pour aînés au Québec. En effet, les efforts de classification des lieux d'habitation collectifs pour aînés où sont offerts des services d'assistance aux personnes âgées sont récents, et les termes rencontrés sont majoritairement en anglais [Howe *et al.*, 2013]. Il n'existe donc pas encore de consensus à cet égard.

Au Canada, ce qui ressemble aux RPA québécoises se présente sous plusieurs appellations et recouvre des milieux de vie aux caractéristiques variées. Le tableau 1 dresse un portrait de la terminologie utilisée dans les provinces canadiennes et affiche la traduction, lorsqu'elle est connue. Ces lieux d'habitation ne sont pas tous de propriété privée.

Tableau 1. Liste non exhaustive de lieux d'habitation collectifs pour aînés au Canada¹

	Anglais	Français
Alberta	Supportive living accommodation	n.d.
Colombie-Britannique	Assisted living residence	n.d.
	Community care facility	n.d.
Île-du-Prince-Édouard	Community care facility	n.d.
Manitoba	Assisted living	n.d.
	Retirement residence	n.d.
	Independent living with services	n.d.
	Supportive housing	n.d.

¹ Sources : Department of Health and Wellness, 2017; Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2017; Gouvernement du Québec, 2017; Government of Saskatchewan, 2016; Ministère de la Santé, 2016; Government of Alberta, 2015b; Government of British Columbia, 2015; Gouvernement du Manitoba, 2014; Gouvernement de l'Ontario, 2010; Government of Prince Edward Island, 2010; Government of Newfoundland and Labrador, 2004.

Tableau 1. Liste non exhaustive de lieux d'habitation collectifs pour aînés au Canada¹ (suite)

	Anglais	Français
Manitoba	Residential care facility	Établissement de soins en résidence
Nouveau-Brunswick	Community placement residential facility	Installation de placement communautaire de type résidentiel
Nouvelle-Écosse	Residential care facility	Établissement de soins pour bénéficiaires internes
Ontario	Retirement home	Maison de retraite
Québec	Private seniors' residence	Résidence privée pour aînés
Saskatchewan	Personal care home	n.d.
Terre-Neuve et Labrador	Personal care home	n.d.

Les variations de terminologie observées au Canada et à l'étranger [Howe *et al.*, 2013] créent le besoin d'utiliser un concept pour englober l'ensemble de ces milieux de vie. L'expression « lieu d'habitation collectif privé pour aînés » (LHCPA) paraît les décrire de façon satisfaisante. Cela dit, la stratégie de recherche a tenu compte des différentes appellations utilisées dans les autres juridictions afin de repérer la littérature d'intérêt.

2.2 Questions et méthodes

Aux fins du présent état des pratiques, la question générale est la suivante : comment se fait la régulation des lieux d'habitation collectifs privés pour aînés au Canada et à l'international?

La régulation renvoie à une action qui vise à minimiser un écart entre une situation perçue et une situation désirée [Richardson, 2009]. Nous débutons avec le concept de régulation, pour ensuite porter une attention particulière aux dimensions du financement, de la prestation des services et du contrôle. Ces trois dimensions traduisent la manière dont la régulation se manifeste. Elles sont tirées et adaptées du cadre d'analyse de Landry et Lemieux [1994] et Lemieux [1994].

Chacune ouvre sur une sous-question spécifique.

1. Contrôle : Quels sont les mécanismes qui permettent d'assurer la qualité et la sécurité des LHCPA?
2. Prestation : Quels sont les services disponibles, et qui les fournit?
3. Financement : Comment se finance l'accès aux LHCPA et aux services qui y sont offerts?

Enfin, les tendances en matière de développement des LHCPA pour ces trois dimensions ont été abordées de façon transversale et traitées à l'aide de la question suivante :

4. Quelles sont les tendances en matière de développement des LHCPA?

Pour répondre à ces questions, une recension de la littérature scientifique et de la littérature grise a été réalisée de janvier à mars 2017. Les documents et articles retenus devaient avoir été publiés à partir de l'année 2006, inclusivement. Les thèmes d'intérêt pour chacune des trois dimensions de la régulation des LHCPA sont présentés au tableau 2.

Tableau 2. Les dimensions de la régulation et les thèmes d'intérêt pour chacune d'elles

Contrôle	Prestation	Financement
Standards/normes en matière de qualité et de sécurité	Services offerts	Services offerts
Ratios de personnel	Accès aux services publics	Accès aux services publics
Encadrement législatif	Caractéristiques de la clientèle	
Moyens utilisés pour inciter les propriétaires à respecter les lois		

Pour chacune des dimensions : tendances en matière de développement

2.3 Sélection, évaluation de la qualité des études et extraction des données

2.3.1 Sélection des études

La stratégie de recherche d'information scientifique utilisée pour répondre à la question principale est présentée à l'annexe A. Celle-ci se voulait la plus inclusive possible, de sorte que certains termes utilisés pour désigner des lieux d'habitation collectifs offrant des services à une clientèle plus lourde que celle visée par le présent mandat ont été inclus. Le repérage a été effectué dans les moteurs de recherche PubMed, CINAHL, PsycINFO, Social Sciences Abstracts et EconLit

(EBSCO). L'annexe A précise également différentes sources utilisées pour repérer la littérature grise.

Les critères de sélection de la littérature sont présentés à l'aide de l'outil mnémorique PICO² dans l'encadré suivant.

<p>Population : Personnes âgées de 65 et plus autonomes ou semi-autonomes qui vivent dans un LHCPA</p> <p>Intervention : Régulation des LHCPA ou des services qui y sont offerts, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none">• l'obligation d'obtenir une certification, une licence ou un permis;• l'établissement de standards ou de normes de qualité ou de sécurité;• la mise en place de mécanismes de sanction ou de mesures incitatives;• le financement des LHCPA et des services qui y sont offerts. <p>Contexte de l'intervention : Les LHCPA à l'extérieur du Québec qui offrent des services dans au moins deux des catégories suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• services de repas;• services d'assistance personnelle;• soins infirmiers;• services d'aide domestique;• services de sécurité;• services de loisir. <p>Effets : Lorsque l'information était disponible, les effets de la régulation sur la qualité des services ou la qualité de vie ont été documentés.</p>

La stratégie de recherche documentaire utilisée pour le repérage de la littérature scientifique a permis d'identifier 491 notices (titres et résumés). Les documents à conserver pour l'analyse ont fait l'objet d'une sélection par consensus entre deux professionnels. Cette sélection s'est effectuée en deux moments : lors de l'analyse des notices conservées provisoirement (43 notices sur 491), puis pour la sélection définitive des notices (19 notices sur 43). La littérature grise, pour sa part, synthétise plus d'une centaine de documents.

2.3.2 Évaluation de la qualité des études

Aucune grille d'évaluation de la qualité méthodologique des études n'a été appliquée aux documents recensés en raison de leur nature descriptive et de leur objet (pratique en matière de régulation).

² PICO : **P**opulation, **I**ntervention, **C**ontexte de l'intervention et **O**utcomes (effets).

2.3.3 Extraction des données

Les données pertinentes ont été compilées à l'aide d'une grille de lecture structurée en fonction des trois dimensions de la régulation et des thèmes s'y rattachant, tels que présentés au tableau 2.

2.4 Méthode d'analyse et de synthèse

Les données sont présentées sous forme d'une synthèse narrative analytique.

3. ÉTAT DES PRATIQUES

La présentation de l'état des pratiques s'articule autour des quatre sous-questions à la question générale, soit les mécanismes de contrôle des LHCPA, la prestation des services, le financement et les tendances en matière de développement. À ces sections s'ajoute un préambule sur la terminologie et sur le taux d'attraction des LHCPA. En répondant à chacune des questions, un certain nombre de juridictions ont fait l'objet d'une attention particulière. C'est notamment le cas de quelques provinces canadiennes, de certains États américains et de l'Angleterre. Nous avons également rapporté des informations provenant d'autres juridictions selon la pertinence et en fonction de la documentation disponible. Par ailleurs, des informations sur le Québec sont présentées à certains endroits, en guise de point de repère pour permettre de mieux apprécier les informations portant sur les autres juridictions.

En ce qui concerne les États-Unis, nous avons concentré notre attention sur certains États. En effet, la régulation du secteur américain des LHCPA n'est pas de juridiction fédérale. La stratégie utilisée pour la sélection de chacun de ces États a porté sur la densité de la population. L'intérêt d'une telle sélection repose sur le lien entre la taille des résidences et cette densité. Ont été choisis les trois États américains les plus densément peuplés (New Jersey, Rhode Island, Massachusetts), trois à densité moyenne (Washington, Wisconsin, Texas), puis les trois les moins densément peuplés (Montana, Wyoming, Alaska). Puisqu'il existe une association positive entre la taille des résidences et leur conformité aux standards au Québec [Bravo *et al.*, 2014], cette sélection nous a semblé la plus pertinente.

3.1 Lieux d'habitation collectifs privés pour aînés

La recension de la littérature a permis d'observer une variation significative dans la terminologie utilisée pour désigner l'univers des LHCPA. De surcroît, une même terminologie renvoie parfois à des types de LHCPA différents offrant des services à des clientèles dont le degré d'autonomie varie. En conséquence, il importe de rapporter, en premier lieu, les variations rencontrées lors de la recension afin de reconnaître le caractère diversifié du secteur et d'éviter de faire des rapprochements qui pourraient être, selon le contexte, inappropriés.

Le tableau 3 affiche les types de LHCPA rencontrés lors de la recension. Il met à jour, le cas échéant, la terminologie présentée dans le tableau 1 pour les plus grandes provinces canadiennes. De plus, lorsque l'information existe, il présente le taux d'attraction de ces LHCPA afin de donner une idée de la popularité relative de ces différents lieux d'habitation.

Tableau 3. Terminologie des LHCPA ressemblant aux RPA québécoises et taux d'attraction associés

Juridiction	Termes régulièrement utilisés	Taux d'attraction ³
Canada		(75 ans et plus)
Alberta	Assisted living/residential living/lodge living/supportive living accommodation/group home	5,8 %
Colombie-Britannique	Assisted living residence	8,6 %
Île-du-Prince-Édouard	Community care facility	8,3 %
Manitoba	Independent living/retirement living/assisted living/établissement de soins en résidence	5,2 %
Ontario	<i>Retirement home</i> /maison de retraite	5,4 %
Québec	<i>Private seniors' residence</i> /résidence privée pour aînés	18,4 %
États-Unis		(65 ans et plus)
Alaska	Assisted living home	2,0 %
Californie	Residential care facility for the elderly	3,1 %
Massachusetts	Assisted living residence	1,3 %
Montana	Assisted living facility	2,1 %
New Jersey	Assisted living residence/comprehensive personal care home	1,6 %
Rhode Island	Assisted living residence	2,4 %
Texas	<i>Assisted living facility</i> (Type A = évacuation autonome; Type B = évacuation non autonome)	1,6 %
Washington	Assisted living facility	3,4 %
Wisconsin	Residential care apartment complex	2,4 %
Wyoming	Assisted living facility	1,9 %

³ Les taux d'attraction représentent les proportions d'aînés vivant dans les LHCPA. Ils sont toutefois à interpréter avec prudence, puisqu'ils sont issus de méthodologies différentes. Les données canadiennes proviennent de la Société canadienne d'hypothèques et de logement [SCHL, 2017a; SCHL, 2016] et portent sur les personnes de 75 ans et plus, tandis que les taux des États-Unis proviennent de l'article de Stevenson et Grabowski [2010] et visent les personnes de 65 ans et plus.

Tableau 3. Terminologie des LHCPA ressemblant aux RPA québécoises et taux d'attraction associés (suite)

Juridiction	Termes régulièrement utilisés	Taux d'attraction ⁴
International		(n. d.)
Angleterre	Housing with care/extra care housing	n.d.
Australie	Serviced apartment	n.d.
Danemark	Service flat	n.d.
Finlande	Senior house	n.d.
Nouvelle-Zélande	Assisted living/serviced apartment	n.d.

Sources : SCHL, 2017a; SCHL, 2017b; SCHL, 2017c; Alberta Government, 2017; AHS, 2017; Long Term & Continuing Care Association of Manitoba, 2017; Ryman Healthcare, 2017; SCHL, 2016; CQC, 2015c; Gouvernement du Manitoba, 2014; Howe *et al.*, 2013; Tyvimaa et Kemp, 2011; Stevenson et Grabowski, 2010.

Canada. Au Québec, un LHCPA se qualifie à titre de RPA lorsqu'il répond à la définition d'une RPA en vertu de l'article 346.0.1 de la LSSSS. Il doit alors obtenir un certificat de conformité en vertu du *Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés* de la LSSSS. L'article 346.0.1 de la LSSSS énonce qu'une RPA est

[...] tout ou partie d'un immeuble d'habitation collective occupé ou destiné à être occupé principalement par des personnes âgées de 65 ans et plus et où sont offerts par l'exploitant de la résidence, outre la location de chambres ou de logements, différents services compris dans au moins deux des catégories de services suivantes, définies par règlement : services de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs [Gouvernement du Québec, 2016].

L'article 1 du Règlement définit les quatre catégories de RPA : celles des catégories 1 et 2, dont l'offre de services est destinée aux personnes âgées autonomes, et celles des catégories 3 et 4, dont l'offre de services est destinée aux personnes âgées semi-autonomes. Cette classification en quatre catégories de résidences est modulée en fonction des services qui y sont offerts.

⁴ Les taux d'attraction représentent les proportions d'aînés vivant dans les LHCPA. Ils sont toutefois à interpréter avec prudence, puisqu'ils sont issus de méthodologies différentes. Les données canadiennes proviennent de la Société canadienne d'hypothèques et de logement [SCHL, 2017a; SCHL, 2016] et portent sur les personnes de 75 ans et plus, tandis que les taux des États-Unis proviennent de l'article de Stevenson et Grabowski [2010] et visent les personnes de 65 ans et plus.

Tableau 4. Nouvelles catégories de RPA

Cat.	Définition	Clientèle cible
1	« composée de toute résidence privée pour aînés où sont offerts, en outre de la location de chambres ou de logements, différents services compris dans au moins deux des catégories de services suivantes : services de repas, services de sécurité, services de loisirs ou services d'aide domestique à l'exception, dans ce dernier cas, de la distribution des médicaments »	Personnes autonomes
2	« composée de toute résidence privée pour aînés où est offert, en outre de la location de chambres ou de logements et des services d'aide domestique comprenant minimalement la distribution de médicaments, au moins un service compris dans une des catégories de services suivantes : services de repas, services de sécurité, services de loisirs »	Personnes autonomes
3	« composée de toute résidence privée pour aînés où est offert, en outre de la location de chambres ou de logements et d'au moins un service appartenant à la catégorie des services d'assistance personnelle, incluant ou non l'administration des médicaments ⁵ , au moins un service compris dans une des catégories de services suivantes : services de repas, services de sécurité, services de loisirs, services d'aide domestique»	Personnes semi-autonomes
4	« composée de toute résidence privée pour aînés où est offert, en outre de la location de chambres ou de logements et d'au moins un service appartenant à la catégorie des soins infirmiers, incluant ou non les soins invasifs d'assistance aux AVQ au moins un service compris dans une des catégories de services suivantes: services de repas, services de sécurité, services de loisirs, services d'aide domestique ou services d'assistance personnelle»	Personnes semi-autonomes

Source : Gouvernement du Québec, 2018.

La catégorie et la taille de la RPA déterminent les critères et les normes auxquelles la RPA doit répondre. Les RPA se présentent donc comme des lieux d'habitation collectifs privés dont l'offre de services aux aînés est graduée.

En Ontario, les LHCPA qui ressemblent le plus aux RPA sont les maisons de retraite (*retirement homes*). La maison de retraite se définit comme une « forme de logement où les résidents payent pour avoir accès à des services de logement et de soins. Ils ne bénéficient pas de subventions du gouvernement et payent l'intégralité des frais de logement et tout service de soins qu'ils se procurent » [Gouvernement de l'Ontario, 2017]. La Loi de 2010 sur les maisons de retraite précise qu'une telle maison doit être occupée par des personnes de 65 ans et plus à qui sont offerts au moins deux services en matière de soins.

⁵ Bien que l'administration des médicaments soit un soin infirmier au sens de la loi, aux fins du Règlement sur la certification des RPA, ce service est inclus dans les services d'assistance personnelle.

Pour leur part, les LHCPA manitobains sont communément classés dans les catégories *independent living retirement living* ou encore *assisted living* [Long Term & Continuing Care Association of Manitoba, 2017]. Au sens de la Loi sur les services sociaux du Manitoba, ces différentes appellations renvoient aux « établissements de soins en résidence » (ESR) [Gouvernement du Manitoba, 2014].

En Colombie-Britannique, l'expression *assisted living residence* fait référence à des lieux d'habitation collectifs où sont offerts au moins un, mais pas plus que deux services d'assistance personnelle (*prescribed services*, selon la terminologie de la *Community Care and Assisted Living Regulation*) à des résidents semi-autonomes, en plus de cinq services d'hospitalité, qui sont les repas, l'entretien ménager, la lessive, des activités récréatives et de socialisation, ainsi qu'un système d'urgence disponible 24 h sur 24 [Government of British Columbia, 2016; Government of British Columbia, 2015]. Les endroits où sont offerts plus de deux services d'assistance personnelle sont plutôt des *community care facilities* assujetties à d'autres normes et destinées à des personnes plus dépendantes [Ministry of Health, 2017a]. En outre, pour vivre dans une *assisted living residence*, une personne doit être en mesure de prendre des décisions éclairées qui lui permettent de vivre dans un environnement pour personnes semi-autonomes [Ministry of Health, 2017b].

Les termes *assisted living* (AL) s'utilisent également en Alberta. Les installations de ce type se déclinent en quatre niveaux de services. Toutes peuvent être de propriété privée, mais les niveaux 3 et 4 incluent des partenariats avec l'État pour offrir des services à une clientèle moins autonome. Ces partenariats impliquent, entre autres, que les services de santé qui y sont offerts sont sans frais pour l'utilisateur. Toutefois, des frais pour tout service additionnel s'appliquent. Au premier niveau du *assisted living*, les résidences font partie du *residential living*. Au second niveau, elles consistent en *lodge living*. Aux troisième et quatrième niveaux, il est question de *designated assisted living*. L'accès aux niveaux 3 et 4 se fait selon une évaluation des besoins de la personne par le *Alberta Health Services* [AHS, 2017]. Ces derniers niveaux ne sont pas traités dans le présent état des pratiques puisqu'ils s'apparentent davantage aux soins de longue durée pour la clientèle en perte d'autonomie.

États-Unis. Dans l'ensemble des États américains, et sous réserve de plusieurs exceptions et de particularités contextuelles, les installations de type *assisted living* (AL) peuvent être considérées comme l'équivalent des RPA. Elles offrent des services à une clientèle qui va d'autonome à non autonome. Comme c'est le cas au Canada, puisque ces installations sont normalement sous la responsabilité de l'État fédéré (*State*) plutôt que sous celle du gouvernement fédéral, la régulation qui touche le secteur diffère parfois significativement. La terminologie adoptée pour ce qui ressemble à l'AL n'est d'ailleurs pas la même d'un État américain à un autre [Mollica, 2008]. De plus, il arrive qu'elle change en fonction de la taille de l'installation, mais pas en fonction des services qui y sont offerts ou de la clientèle. La Californie, par exemple, utilise les termes *residential care facility for the elderly* comme catégorie équivalente à l'AL, aux *retirement homes* ou aux *board and care homes* [NCAL, 2016, p. 22]. Ce n'est pas le cas de New York ou du Texas, où les termes *assisted living* leur sont substitués pour fins de régulation [NCAL, 2016].

Certains États américains permettent aux installations de type AL de faire des ententes de service par l'entremise de Medicaid. C'est notamment le cas de l'État de Washington, où ces ententes impliquent l'imposition de conditions supplémentaires, par exemple en ce qui concerne les soins personnels et l'administration de médicaments [Carder *et al.*, 2015]. La situation est similaire au Québec, où les RPA doivent signer un protocole d'entente avec les établissements publics.

Comme le montre le tableau 2, l'expression *assisted living* et ses déclinaisons reviennent fréquemment aux États-Unis, même si, parfois, celles-ci ne servent que de termes classificatoires généraux à partir desquels sont construites des catégories plus spécifiques pour la régulation. C'est en outre le cas au New Jersey, où les *comprehensive personal care homes* constituent le segment de tout l'*assisted living* qui ressemble aux RPA québécoises. Le Wisconsin utilise également son propre terme, de *comprehensive personal care homes*. Dans l'État de Washington, les installations de type AL ont une terminologie différente lorsqu'elles acceptent des résidents couverts par Medicaid.

International. Si la terminologie rend parfois difficile la comparaison des États entre eux, d'autres territoires n'ont simplement pas un secteur de LHCPA très développé. Au Danemark, environ 8 % des personnes de 60 ans et plus vivaient en 2006 dans des milieux de vie aménagés pour répondre à des besoins qui leur sont spécifiques, et l'ensemble de ces milieux représentaient alors 79 500 unités [Kristensen, 2007], sous la forme de logements à services supplémentaires (*extra care housing*), de foyers-logements (*sheltered housing*), d'habitations communautaires et d'habitations sociales pour retraités (*social retirement housing*). Les logements à services supplémentaires et les habitations sociales pour retraités fournissent respectivement 59,1 % et 32,7 % des unités aménagées spécialement pour les aînés et comptent ainsi 91,8 % des places disponibles. L'accès à ces deux types d'habitation est régulé par l'autorité locale. Une personne ne peut y accéder que si elle est jugée suffisamment fragilisée [Kristensen, 2007].

Il semble ainsi y avoir peu de ressemblance entre les RPA québécoises et les LHCPA danois. Par ailleurs, les logements privés qu'occupent les aînés danois n'affichent pas de particularités physiques [Kristensen, 2007]. De surcroît, la construction de nouvelles unités d'habitation locative privées est très limitée depuis les années 1970, notamment en raison du fait que celles-ci sont généralement non subventionnées [Juul-Sandberg, 2014]. Bien que marginale, c'est l'habitation communautaire pour aînés qui s'approche le plus du modèle québécois. Celle-ci offre un certain degré de soutien à l'autonomie, en plus de proposer des activités sociales [Kristensen, 2007]. Selon Howe et ses collaborateurs [2013], le *service flat* ressemble à l'AL américain.

Les Anglais utilisent fréquemment l'expression *extra care housing* et *very sheltered housing* [Howe *et al.*, 2013]. La *Care Quality Commission* (CQC) parle pour sa part de *extra care housing*, qu'elle regroupe, avec d'autres sortes d'installations, dans le *housing with care* [CQC, 2015c]. La CQC définit ainsi l'*extra care housing* :

purpose-built (or purposed adapted) single household accommodation that is owned or occupied under an occupancy agreement. The accommodation is in a building or campus of similar households specifically designed to facilitate the delivery of care to people, either now or when they need it in the future. These schemes are also known under other labels; for example 'sheltered housing' or 'assisted living', or 'retirement homes' [CQC, 2015c].

Pour conclure, s'il est relativement aisé de repérer des lieux d'habitation adaptés pour les aînés, en développer une classification univoque représente un défi. Afin de ne pas trop limiter les sources d'information de l'état des pratiques, nous avons opté en faveur de l'inclusion plutôt que de l'exclusion. Par exemple, certains LHCPA de type *assisted living* aux États-Unis offrent des services à une clientèle plus lourde que celles des RPA québécoises, mais elles procurent un point de comparaison parfois intéressant.

3.2 Contrôle

Dans les provinces canadiennes, différents mécanismes sont utilisés afin d'assurer la conformité des LHCPA à des lois, des normes ou des standards. En l'absence d'encadrement fédéral, ces mécanismes varient d'une province à l'autre. Dans le cas des États-Unis, la régulation de l'AL est un domaine d'étude encore jeune. À cet égard, Christiansen et Sompayrac [2015] soulignent le manque de cohérence entre les standards des différents États américains. L'absence de régulation uniforme se reflète également par une importante disparité d'intensité et de variété des services [Golant et Hyde, 2008]. Un constat similaire s'impose pour les autres juridictions.

En dépit des différences entre les juridictions, il existe plusieurs points de convergence en matière de régulation, notamment sur le plan de ce que l'on pourrait qualifier de « familles » de standards appliqués aux LHCPA. C'est dans le détail du standard, et moins dans les dimensions contrôlées, que les différences reposent. Ainsi, règle générale, les LHCPA font l'objet d'un ensemble de lois et de règlements, bien que celui-ci soit à géométrie variable.

3.2.1 Effets de la régulation

La recension a permis de constater l'absence de recherches empiriques portant sur l'effet de la régulation sur les LHCPA. Les travaux réalisés au Québec par Bravo et ses collaborateurs [2014], mentionnés dans la mise en contexte, sont l'exception. Ceux-ci concluent que la certification a eu trois types d'effets. D'abord, la qualité et la sécurité des RPA ont augmenté. Cependant, cette amélioration ne tient pas uniquement au fait que les résidences aient amélioré la qualité de leurs services. De nombreuses petites RPA ont fermé ou changé de vocation, et certains propriétaires n'admettent plus de résidents présentant des problèmes cognitifs, de mobilité ou de

comportement, et ce, afin d'éviter les investissements financiers requis pour satisfaire à certaines normes (protection incendie et normes du bâtiment, par exemple) [Bravo *et al.*, 2014]. Hormis ces observations sur le contexte québécois, il n'est pas possible d'estimer l'impact de la régulation à l'échelle internationale ou canadienne hors Québec.

À l'international, l'utilisation d'indicateurs de qualité pour les services de santé de longue durée demeure peu répandue et rend difficiles les comparaisons de l'effet de la régulation sur les LHCPA entre pays [OECD/European Union, 2013]. À cela s'ajoute le manque de données équivalentes entre pays pour l'évaluation de la qualité de ces services, ce qui complique l'utilisation d'indicateurs pour estimer les effets de la régulation [Social Protection Committee and European Commission, 2014; Mot *et al.*, 2012].

Toutefois, même en l'absence d'études empiriques, certains chercheurs soulèvent des pistes de réflexion sur la régulation des LHCPA. C'est le cas de Stevenson et Grabowski [2010], qui soutiennent que la régulation du secteur de l'*assisted living* soulève l'enjeu de la flexibilité des services offerts dans les installations par les prestataires privés. En effet, une tension peut exister entre la nécessité d'offrir une latitude aux LHCPA dans la prestation de services, d'une part, et celle de standardiser les soins et l'accès aux services, d'autre part [Stevenson et Grabowski, 2010].

De la même façon, les *small board-and-care homes* américaines, qui peuvent être considérées comme de petites installations de type *assisted living*, ont parfois de la difficulté à faire face aux contraintes de la régulation étant donné leur moins grande capacité d'ajuster leur offre de services. Par exemple, lorsque l'état de santé d'un résident se détériore, il est possible que les petites LHCPA ne soient pas en mesure de fournir l'environnement physique ou le personnel nécessaire pour répondre à ses besoins, tout en respectant la réglementation en vigueur [Carder *et al.*, 2008].

Bien qu'il ne soit pas question directement de coûts dans ces exemples, il semble que les petites installations aux États-Unis rencontrent des défis comparables aux petites RPA québécoises en ce qui concerne leur rapport à la régulation. Les défis sont partagés, mais les grandes installations pourraient être en meilleure posture pour répondre aux exigences de la régulation et absorber les coûts qui y sont associés.

3.2.2 Encadrement législatif

Contrairement à l'effet de la régulation sur les LHCPA, l'information sur l'encadrement législatif des LHCPA abonde. Cette information se retrouve dans les lois et les règlements eux-mêmes, habituellement accessibles par Internet sur les sites gouvernementaux. Certains documents proposent également des synthèses utiles de ces lois et règlements, qui permettent de connaître les standards ou les normes auxquels sont soumis les LHCPA. C'est notamment le cas avec le National Center for Assisted Living [2016] et Carder et ses collaborateurs [2015] en ce qui concerne l'AL aux États-Unis. De plus, il n'est pas rare que des guides créés par le

gouvernement à l'intention des propriétaires de LHCPA fournissent une partie de l'information recherchée.

Canada. Les LHCPA font habituellement l'objet d'un encadrement législatif. Parfois, l'encadrement ne vise que les LHCPA, tandis qu'il peut être plus global à certaines occasions. Il arrive qu'il vise la construction de bâtiments en général, auquel cas il peut être plus difficile de distinguer l'ensemble des lois et règlements s'appliquant aux LHCPA en particulier. Les provinces canadiennes ont toutes des particularités législatives pour la régulation des LHCPA, et celles-ci sont habituellement assorties de standards.

Alberta. Le *supportive living accommodation* (SLA) est soumis à au moins deux lois et à un ensemble de standards : le *Supportive Living Accommodation Licensing Act*, la *Protection for Persons in Care Act*, et les *accommodation standards* provinciaux [Government of Alberta, 2015b; Government of Alberta, 2015c; Government of Alberta, 2010]. L'octroi de permis aux résidences dépend du respect de 32 standards, tels que présentés au tableau 5. Ces derniers font l'objet de vérifications annuelles dont les résultats sont publiés sur le site Web d'*Alberta Health* [2017].

La *Alberta Housing Act*, pour sa part, s'applique au cas particulier des *seniors lodges* [Government of Alberta, 2015a]. Les *seniors lodges* offrent les repas, l'entretien ménager, des activités récréatives, et sont destinés à des personnes qui sont autonomes sur le plan fonctionnel [Government of Alberta, 2017]. Enfin, les installations qui sont subventionnées par le gouvernement pour offrir des services de santé ou de soins personnels doivent également respecter les *Continuing Care Health Service Standards* [Government of Alberta, 2010].

Tableau 5. Standards applicables aux *supportive living accommodations* albertains

Standard 1	Exigences du code du bâtiment	Standard 17	Prévention de l'abus
Standard 2	Exigences de sécurité	Standard 18	Sûreté et sécurité du résident
Standard 3	Exigences d'entretien	Standard 19	Comptes fiduciaires
Standard 4	Exigences environnementales	Standard 20	Préservation des biens personnels
Standard 5	Espaces individualisés	Standard 21	Température de l'eau
Standard 6	Revêtement des fenêtres	Standard 22	Information générale
Standard 7	Literie	Standard 23	Information respectant la Supportive Living Accommodation
Standard 8	Buanderie	Standard 24	Préoccupations et plaintes
Standard 9	Choix des services	Standard 25	Évaluation
Standard 10	Assistance à la prise de médicaments et rappels	Standard 26	Réévaluation
Standard 11	Services contractuels	Standard 27	Gestion du risque
Standard 12	Activités sociales et de loisirs	Standard 28	Sûreté et sécurité (politiques et procédures)
Standard 13	Besoins nutritionnels	Standard 29	Description d'emploi
Standard 14	Exigences du menu	Standard 30	Affaires personnelles du résident
Standard 15	Exigences de nettoyage	Standard 31	Vérification des antécédents criminels
Standard 16	Continuation du service	Standard 32	Intimité et information personnelle

Source : Adapté de Alberta Health, 2015 (traduction libre).

Ontario. La province possède des standards similaires à ceux de l'Alberta, mais leur catégorisation diffère. La « maison de retraite » ontarienne est soumise à la Loi de 2010 sur les maisons de retraite, à laquelle s'ajoutent certaines conditions du Règlement de l'Ontario 166/11 et du Règlement de l'Ontario 53/12 [Gouvernement de l'Ontario, 2010]. Les propriétaires de maisons de retraite ont la responsabilité de suivre des standards visant les soins et d'autres visant la sécurité. Le tableau 6 présente les éléments inclus dans l'un ou l'autre de ces volets.

Tableau 6. Normes ciblées en matière de soins et de sécurité dans les maisons de retraite ontariennes

Normes en matière de soins	Normes en matière de sécurité
Service infirmier	Régulation de la température
Service médical	Propreté
Service de pharmacie	Lutte contre les ravageurs
Administration d'un médicament	Entretien
Aide à la prise de repas	Préparation de nourriture
Aide pour le bain	Substances dangereuses
Soins liés à l'incontinence	Risque de chute
Aide à l'habillage	Gestion des comportements
Aide pour l'hygiène personnelle	
Aide à la marche	
Fourniture de repas	
Soins aux personnes atteintes de démence	
Soins de la peau et des plaies	

Source : Adapté de ORMR, 2010.

Colombie-Britannique. À l'instar de l'Ontario et du Québec, les établissements de type *assisted living* doivent s'inscrire dans un registre. Ils doivent également respecter la *Community Care and Assisted Living Act* [Government of British Columbia, 2015]. Le *Office of the Assisted Living Registrar* fournit un guide qui décrit les différentes politiques à suivre dans une installation de type *assisted living*. Parmi ces politiques se trouvent des standards en matière de santé et de sécurité. Le tableau 7 les regroupe sous les dimensions de l'environnement, des services d'hospitalité, du personnel, des entrées et des sorties, du plan de services personnalisé et des services d'assistance personnelle.

Tableau 7. Standards du *assisted living* en Colombie-Britannique

Standards	Sous-ensembles
Environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Environnement • Entretien du bâtiment • Sécurité • Préparation aux urgences et sécurité incendie • Écllosion d'infections • Abus des résidents, négligence et négligence de soi
Services d'hospitalité	<ul style="list-style-type: none"> • Buanderie • Entretien ménager • Repas • Système d'urgence 24h • Activités sociales et récréatives
Personnel	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion • Ratios de personnel • Qualification du personnel et formation continue • Délégation des tâches
Entrées et sorties	<ul style="list-style-type: none"> • Entrée • Planification de la sortie
Plan de services personnalisé	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun sous-ensemble
Services d'assistance personnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Activités de la vie quotidienne • Entreposage central de la médication, distribution de médication, administration de la médication ou suivi de la prise de médication • Entretien ou gestion des ressources financières ou de la propriété • Suivi de la prise de nourriture et diètes thérapeutiques • Réadaptation psychosociale, réadaptation physique intensive ou programmation comportementale structurée

Source : Adapté de Office of the Assisted Living Registrar, 2011 (traduction libre).

Île-du-Prince-Édouard. Les *community care facilities* sont soumises à la *Community Care Facilities and Nursing Homes Act* [Government of Prince Edward Island, 2010]. La province édicte également un ensemble de standards par l'entremise de ses *Operational and Care Service Standards for Community Care Facilities* [Department of Health, 2016]. Ces standards, qui se déclinent en six sous-ensembles, sont présentés au tableau 8.

Tableau 8. Standards des *Community Care Facilities* à l'Île-du-Prince-Édouard

Standards	Sous-ensembles
Gestion	<ul style="list-style-type: none"> • Énoncé de mission, buts, objectifs et structure organisationnelle • Respect de la réglementation fédérale, provinciale et municipale • Administration financière • Assurances • Plan de contingence • Avertissement en cas d'évènements significatifs
Certification	<ul style="list-style-type: none"> • Processus d'application • Inspection
Soins aux résidents	<ul style="list-style-type: none"> • Admission du résident • Évaluation du résident • Surveillance continue du résident • Plan de soins du résident • Dossier du résident • Service diététique • Support et assistance nutritionnels • Gestion de la médication • Prévention et contrôle des infections • Gestion des maladies transmissibles • Sortie et transfert du résident • Décès du résident
Environnement physique	<ul style="list-style-type: none"> • Environnement confortable • Services environnementaux • Sûreté et sécurité • Santé environnementale
Environnement social	<ul style="list-style-type: none"> • Activités sociales • Pratiques spirituelles et religieuses • Rendez-vous et transport • Préoccupations du résident • Implication de la famille
Personnel	<ul style="list-style-type: none"> • Orientation • Gestion des ressources humaines (<i>staffing</i>) • Développement du personnel et formation

Source : Adapté de Department of Health, 2016 (traduction libre).

États-Unis. Une situation similaire au Canada prévaut aux États-Unis où la régulation des installations de type *assisted living* varie selon l'État. Cela a pour conséquence d'introduire considérablement de variation dans le secteur des LHCPA américains en matière d'encadrement législatif et, par voie de conséquence, aux normes ou aux standards à respecter [NCAL, 2016; Stevenson et Grabowski, 2010]. Le cas de l'État de Washington a été choisi à titre illustratif, mais il ne représente pas l'ensemble des États-Unis.

Carder et ses collaborateurs [2015] rapportent que l'encadrement législatif de l'AL au Washington se concentre dans le *Revised Code of Washington* et dans le *Washington Administrative Code*. Ceux-ci formulent certaines attentes en matière de standards. Le tableau 9 présente ces standards qui sont assortis d'une brève description.

Tableau 9. Standards du *assisted living* dans l'État de Washington

Standards	Description sommaire
Entente de services	<ul style="list-style-type: none"> Fournir une entente de service en réalisant une évaluation de préadmission
Dispositions de divulgation	<ul style="list-style-type: none"> Informer l'État concernant les activités de l'établissement (soins et services offerts, par exemple)
Politique d'admission et de rétention	<ul style="list-style-type: none"> Ne fournir des services qu'à une clientèle pour laquelle l'établissement est préparé
Services	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer de la sécurité et du bien-être des résidents
Médication	<ul style="list-style-type: none"> Gérer la médication Aider à la prise de médicaments
Repas	<ul style="list-style-type: none"> Déterminer le minimum de repas prévus par jour Prévoir un temps minimal entre chaque repas Suivre certaines normes alimentaires
Ratios de personnel	<ul style="list-style-type: none"> Préciser le type et le nombre d'employés requis
Formation	<ul style="list-style-type: none"> Préciser le nombre d'heures et le type de formation à suivre, selon la catégorie de personnel
Dispositions relatives aux appartements et aux unités privées	<ul style="list-style-type: none"> Préciser certaines obligations relatives aux unités privées Définir certaines dispositions concernant les salles de bain et les toilettes
Services aux personnes présentant une démence	<ul style="list-style-type: none"> Offrir des services adaptés aux personnes avec démence
Vérification des antécédents	<ul style="list-style-type: none"> Préciser comment et par qui l'établissement doit vérifier les antécédents judiciaires des personnes qui y travaillent
Inspection et surveillance	<ul style="list-style-type: none"> Dictier l'intervalle des inspections réalisées par l'État et certaines exceptions
Financement public	<ul style="list-style-type: none"> Définir le prix du loyer en fonction du financement public reçu et selon le degré de services prévu au contrat avec Medicaid (lorsque applicable)

Source : Adapté de Carder *et al.*, 2015 (traduction libre).

International. En Angleterre, la Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2014 et la Care Quality Commission (Registration) Regulations 2009 (Part 4) encadrent la régulation des LHCPA depuis le 1^{er} avril 2015, remplaçant ainsi les 28 « standards essentiels » que la Care Quality Commission (CQC) faisait appliquer auparavant [CQC, 2015d]. C'est dans le premier règlement susmentionné que se retrouvent des standards, plus précisément à la section 2 de la partie 3 intitulée Fundamental standards [UK Government, 2014]. En effet, le règlement précise qu'une personne enregistrée doit se conformer aux réglementations 9 à 19. Ces 11 standards sont regroupés en différentes catégories dans le tableau 10.

Tableau 10. Standards des LHCPA en Angleterre

Standards	Description sommaire
Soins centrés sur la personne	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir des services appropriés qui répondent aux besoins de la clientèle et qui respectent leurs préférences
Dignité et respect	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'intimité des usagers • Soutenir l'autonomie des usagers • Favoriser la participation des usagers dans la communauté
Obligation de consentement	<ul style="list-style-type: none"> • Ne fournir des soins ou des traitements qu'à des personnes qui ont donné leur consentement au préalable
Soins et traitements sécuritaires	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir des soins et des traitements de façon sécuritaire pour les usagers
Prévention de l'abus et des mauvais traitements	<ul style="list-style-type: none"> • Protéger les usagers de l'abus et des mauvais traitements, notamment par la mise en place de systèmes de prévention et par une offre de services sans discrimination, non dégradante, qui répond aux besoins des usagers et qui est sécuritaire
Respecter les besoins nutritionnels et d'hydratation	<ul style="list-style-type: none"> • Répondre aux besoins nutritionnels et d'hydratation de la clientèle, notamment par une attention portée aux recommandations de professionnels de la santé, par le suivi de normes diététiques de qualité, par le respect des préférences de la clientèle et par le soutien à l'alimentation
Environnement et équipements	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la propreté et la sécurité des lieux et de l'équipement • Utiliser et entretenir les équipements de manière appropriée
Recevoir les plaintes et agir en conséquence	<ul style="list-style-type: none"> • Enquêter sur les plaintes et prendre des mesures en conséquence • Gérer de manière transparente les plaintes • Fournir à la CQC toute information qu'elle demande
Bonne gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des processus ou un système facilitant le respect des standards de la loi
Ratios de personnel	<ul style="list-style-type: none"> • Employer suffisamment de personnel qualifié, compétent et expérimenté afin de répondre aux standards de la loi
Personnel adéquat	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir du personnel bien formé et mettre en place un processus de recrutement pour s'en assurer

Source : Adapté de UK Government, 2014 (traduction libre).

En bref, les LHCPA font l'objet d'une attention législative dans chacune des juridictions présentées. Ainsi, en dépit de la diversité des services, de la clientèle desservie et de l'appellation des différents milieux, les législateurs encadrent les LHCPA. Cet encadrement prend parfois la forme de standards. Ces standards ne sont toutefois pas nécessairement assortis d'indicateurs précis. Comme on le verra plus loin, certains sont néanmoins explicites, par exemple ceux qui visent l'installation de gicleurs ou, plus rarement, ceux qui établissent un ratio de personnel.

3.2.3 Organismes régulateurs, sanctions et types d'autorisation

Les juridictions disposent de différents mécanismes pour faire respecter les standards et les lois encadrant les activités des LHCPA. Nous avons sélectionné certains de ces mécanismes et en décrivons dans cette section les principales caractéristiques : qui s'assure de les faire respecter, de quelle manière, et quel type d'autorisation est fournie aux établissements.

Alberta. Selon la *Supportive Living Accommodation Licensing Act*, les LHCPA albertains doivent obtenir un permis. Une fois ce permis délivré, les installations sont inspectées au moins une fois par an, et le permis est renouvelable aux trois ans [Alberta Health, 2015]. Les inspections visent à vérifier si les 32 standards présentés précédemment sont respectés (cf. tableau 5).

Du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016, les inspecteurs albertains ont effectué une moyenne de 97 inspections par mois dans les installations classées comme *supportive living* [Alberta Government, 2016]. Au 31 mars 2016, on dénombrait 794 de ces installations qui offraient des services à 30 878 personnes. Parmi elles, 739 respectaient l'ensemble des standards [Alberta Government, 2016]. Les plaintes peuvent être acheminées à la *Standards Compliance and Licensing Unit* [Alberta Government, 2016].

Ontario. L'Ontario dispose d'un Office de réglementation des maisons de retraite (ORMR), qui veille à ce que soient respectées les normes en matière de sécurité et de soins offerts dans ces maisons de retraite. Il s'agit d'un organisme indépendant et autofinancé créé par le gouvernement ontarien en vertu de l'article 10 de la Loi de 2010 sur les maisons de retraite [ORMR, 2017; Gouvernement de l'Ontario, 2010]. L'ORMR est en outre chargé d'enquêter sur les plaintes et d'effectuer des inspections dans les installations. Les visites d'inspection peuvent être faites à l'improviste ou être annoncées, et chaque maison de retraite doit être inspectée sur une base triennale.

[Les inspecteurs] ont le pouvoir de pénétrer dans les maisons et de les inspecter. Une inspection peut avoir lieu pour différents motifs. Elle peut survenir suite à un rapport de préjudice ou de risque de préjudice pour un résident. Elle peut également être menée pour contrôler la conformité avec la Loi. La Loi exige que toutes les maisons fassent l'objet d'une inspection au moins une fois tous les trois ans.

Le registrateur peut signifier certains ordres pour répondre à une infraction à la Loi. Il peut enjoindre à un titulaire de permis de faire quelque chose ou de s'en abstenir pour se conformer à la Loi. Il peut aussi enjoindre à un titulaire de permis de payer une pénalité financière pour infraction à une exigence de la Loi. En outre, le registrateur a le pouvoir de signifier un ordre de révocation du permis [ORMR, 2010, p. 7].

L'ORMR dispose de certains pouvoirs pour forcer l'exploitant d'une maison de retraite à se conformer aux normes. Ces sanctions prennent la forme d'avertissements, d'amendes ou, dans les cas plus graves de non-conformité, de fermeture [ORMR, 2016].

Selon la Loi de 2010 sur les maisons de retraite, « nul ne doit exploiter une maison de retraite sans être titulaire d'un permis délivré sous le régime de la présente loi et l'autorisant à exploiter cette maison en particulier » [Gouvernement de l'Ontario, 2010]. Une personne désirant ouvrir une maison de retraite doit ainsi obtenir auprès de l'ORMR un permis d'exploitation sujet à certains critères d'admissibilité, d'une part, et assurer un fonctionnement selon différentes normes ou standards, d'autre part. De plus, les exploitants doivent s'inscrire à un registre public⁶. Ce dernier détient, entre autres informations, les antécédents d'une maison de retraite en matière de conformité à la loi, les services qui y sont offerts, et les rapports d'inspection.

Découlant de la Loi de 2010 sur les maisons de retraite, le Règlement 166/11 précise un certain nombre de normes à suivre, tant pour la sécurité de l'espace de vie que pour les soins offerts [Gouvernement de l'Ontario, 2011]. Un guide destiné aux exploitants présente de manière synthétique ces normes et les articles du règlement qui leur sont associés [ORMR, 2010].

Angleterre. Depuis 2009, la *Care Quality Commission* œuvre à titre d'organisation gouvernementale quasi-autonome rattachée au Département de la Santé [CQC, 2017]. Elle a pour mandat d'évaluer la qualité des services de santé et des services sociaux offerts aux adultes. Une personne qui souhaite offrir l'un ou l'autre de ces types de services dans une résidence doit d'abord en obtenir l'autorisation auprès de la CQC. La personne doit fournir obligatoirement :

- un énoncé d'intention;
- un document énonçant les procédures ou les politiques de gestion sur un ensemble d'éléments, tels que la qualité des services, la manière d'obtenir de la rétroaction de la part des usagers sur la qualité de ces services, l'entreposage sécuritaire des documents sur les résidents et le repérage des risques à la santé ou au bien-être des personnes qui utilisent les services;
- de l'information sur la protection des résidents face à l'abus;

⁶ Office de réglementation des maisons de retraite (ORMR). Registre public des maisons de retraite de l'ORMR [site Web]. Disponible à : <http://www.rhra.ca/fr/register/>.

- de l'information sur la personne qui sera responsable de gérer la résidence, dont une évaluation de sa compétence globale pour occuper son rôle;
- un document qui explique la gouvernance de la résidence.

Sous certaines conditions, les exploitants des résidences peuvent avoir à obtenir une permission de l'autorité locale, ou encore à fournir toute documentation relative à une demande effectuée pour approuver la construction du bâtiment [CQC, 2016b].

La CQC inspecte les résidences et rend publics les résultats de ses inspections sur son site Web. Elle fait deux types d'inspection : les inspections complètes, réalisées au moins une fois aux deux ans, et les inspections ciblées qui visent à faire le suivi d'une inspection antérieure ou encore à donner suite à des plaintes reçues [CQC, 2016a, p. 21]. Les dimensions couvertes par les inspections complètes, qui touchent tant les services sociaux que les services de santé, sont la sécurité, l'efficacité, la réactivité, la compassion et la bonne gestion des lieux [CQC, 2016a; CQC, 2015b]. Chacune de ces dimensions obtient une note et est assortie des observations écrites de l'inspecteur. Le tableau 11 décrit les questions qui sont obligatoirement posées lors des inspections dans le cas des services sociaux. La Care Quality Commission [CQC, 2015a] fournit davantage de détails pour chacune de ces questions, par exemple quelles sous-questions peuvent être posées, et quelles sources d'information peuvent être utilisées pour y répondre.

Tableau 11. Éléments obligatoirement évalués par les inspecteurs de la *Care Quality Commission* en Angleterre pour les services sociaux

Sécurité
<ul style="list-style-type: none"> • Comment les personnes sont-elles protégées contre l'intimidation, le harcèlement, les dommages évitables et les abus pouvant enfreindre les droits de l'homme? • Comment les services et les risques pour les particuliers sont-ils gérés de manière à ce que les personnes soient protégées et que leur liberté soit soutenue et respectée? • Comment les prestataires de services s'assurent-ils d'un nombre suffisant d'employés qualifiés pour garder les gens en sécurité et répondre à leurs besoins? • Comment les médicaments sont-ils gérés de manière à ce qu'ils soient donnés en toute sécurité? • Dans quelle mesure les personnes sont-elles protégées par la prévention et par le contrôle des infections?
Efficacité
<ul style="list-style-type: none"> • Comment les gens reçoivent-ils des soins efficaces, basés sur les meilleures pratiques, par du personnel ayant les connaissances et les compétences pour remplir leurs rôles et leurs responsabilités? • Le consentement au service et au traitement est-il toujours recherché conformément à la législation et en fournissant une aide à la prise de décision éclairée? • Comment les gens sont-ils soutenus pour manger et boire suffisamment et pour maintenir une alimentation équilibrée? • Comment les gens sont-ils soutenus pour maintenir une bonne santé, pour avoir accès aux services de santé et pour recevoir un soutien de santé continu?
Réactivité
<ul style="list-style-type: none"> • Comment les gens reçoivent-ils des soins personnalisés répondant à leurs besoins? • Comment le prestataire de services écoute-t-il régulièrement et apprend-il des expériences, des préoccupations et des plaintes des gens?
Compassion
<ul style="list-style-type: none"> • Comment les relations de confiance sont-elles développées entre les employés et les personnes qui utilisent le service? • Comment le prestataire de services aide-t-il les gens à exprimer leurs points de vue et à participer activement à la prise de décision concernant leurs soins, leur traitement et leur soutien? • Comment la vie et la dignité des personnes sont-elles respectées et promues?
Bonne gestion des lieux
<ul style="list-style-type: none"> • Comment le prestataire de services favorise-t-il une culture positive centrée sur la personne, ouverte, inclusive et habilitante? • Comment le prestataire de services manifeste-t-il une bonne gestion et un bon leadership? • Comment le prestataire de services fournit-il des soins de haute qualité?

Source : Adapté de CQC, 2015a (traduction libre).

Les visites réalisées par la CQC ne se limitent pas aux résidences. La CQC inspecte également les bureaux des prestataires de services. En plus de vérifier si les cinq dimensions mentionnées plus haut sont respectées, elle réalise parfois des inspections ciblées en réponse à des préoccupations qui lui ont été adressées [CQC, 2016a, p. 31]. Suite à ses inspections, la CQC dispose de pouvoirs allant du simple avertissement aux amendes ou aux poursuites [CQC, 2015d]. Pour certaines offenses, l'annexe 5 de la loi (*Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2014*) prévoit des pénalités fixées à l'avance. Celles-ci varient de £300 à £4 000 selon l'article non respecté. Les décisions que prend la CQC peuvent être renversées par le *Care Standards Tribunal*, un tribunal de première instance [UK Government, 2017b].

3.2.4 Normes de sécurité liées à la prévention incendie

Comme il a été mentionné à la section sur l'encadrement législatif, la sécurité incendie fait habituellement l'objet de standards. Ces standards portent parfois sur l'obligation pour le LHCPA de se doter de gicleurs.

La présence des gicleurs est devenue un enjeu important au cours des dernières années. Craignant pour la sécurité des résidents, plusieurs juridictions ont en effet légiféré pour forcer les LHCPA à se munir de gicleurs. Le tableau 12 expose l'obligation d'installer des gicleurs ou non, selon la juridiction, en plus de présenter les particularités qui s'appliquent.

Tableau 12. Présence de gicleurs selon la juridiction

Juridiction	Gicleurs	Précisions
Canada		
Nouveau-Brunswick	Oui	Pour les nouvelles installations de quatre lits ou plus; lorsque le nombre d'usagers augmente; lors de rénovations importantes; lorsque la clientèle devient non mobile
Ontario	Oui	Installation obligatoire et rétroactive
États-Unis		
Alaska	Variable	Toutes les installations n'ont pas à être munies de gicleurs; les municipalités imposent des standards différents
Massachusetts	Inconnu	Aucune législation spécifique pour l'AL; suivi de la réglementation applicable aux bâtiments en général
Montana	Oui	Les installations de 16 résidents ou plus doivent être munies de gicleurs
New Jersey	Oui	Possible d'être exempté sous certaines conditions
Rhode Island	Oui	Les <i>facilities</i> doivent avoir des gicleurs, mais pas les <i>residential board and care facilities</i>
Texas	Oui	Obligatoire pour les nouvelles installations et celles de type « B »
Washington	Oui	Obligatoire seulement pour les installations ayant soumis des documents d'examen de construction après le 1 ^{er} juillet 2005
Wisconsin	Non	Obligatoire seulement pour les installations avec clientèle lourde (<i>community-based residential facilities</i>)
Wyoming	Oui	s.o.
International		
Angleterre	Variable	Obligatoire pour les constructions d'une hauteur de 30 m ou plus; facultatif pour les autres
Écosse	Oui	Obligatoire pour toutes les installations construites à compter du 1 ^{er} mai 2005
Finlande	Variable	L'installation de gicleurs est issue d'une négociation entre l'entrepreneur et l'autorité locale

Sources : BAFSA, 2017; Ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, 2016; NCAL, 2016; Ministère du Développement social, 2013; Tyvimaa et Gibler, 2010.

Il ressort que les LHCPA sont souvent munis de gicleurs, bien que des exceptions existent. L'obligation réglementaire de se doter de gicleurs se module en fonction de la taille des installations, de l'autonomie de la clientèle, du nombre de résidents et de la date de construction de l'installation.

3.3 Prestation de services

Dans tous les États pour lesquels l'information était disponible, les services de soins ou d'assistance personnelle sont offerts par un ensemble constitué d'organisations publiques ou privées (à but lucratif ou non) et par les familles. Les employés œuvrant au sein de LHCPA font habituellement l'objet de certaines régulations. Celles-ci portent tant sur la formation préalable que sur l'expérience ou le perfectionnement.

En matière de prestation de services, le fonctionnement des entreprises privées diffère parfois de celui du secteur public. Stolt et ses collaborateurs [2011] ont observé que les organisations à but lucratif suédoises ont un ratio de personnel plus faible (-9 %) que les organisations publiques offrant des services similaires. Néanmoins, les organisations à but lucratif offraient différents avantages, par exemple une plus grande participation des résidents à leur plan de soins (+7 %), un temps plus adéquat entre le déjeuner et le repas du midi (+15 %) et une plus grande proportion de résidents ayant accès à un menu varié (+26 %). Les auteurs concluent que les entreprises privées priorisent la satisfaction de la clientèle plutôt que les contraintes organisationnelles entourant la prestation de services.

L'Angleterre fonctionne de façon similaire au Danemark. C'est l'autorité locale qui a la responsabilité d'organiser et d'offrir les services de longue durée aux personnes qui en ont besoin, ou qui doit diriger ces personnes vers des ressources appropriées. Chaque autorité locale détermine à quels services les personnes ont droit et en fonction de quels besoins [Sykes et Groom, 2011]. Les services dans les résidences peuvent être offerts par des agences spécialisées en soins de longue durée. Ces agences, à l'instar des résidences, sont régulées par la *Care Quality Commission*. Les services peuvent également être offerts par le secteur public ou par le secteur privé à but non lucratif. Cela dit, ceux de longue durée demeurent largement dispensés par la famille, de façon informelle [Dale *et al.*, 2013].

3.3.1 Normes, formation et qualification du personnel

États-Unis. Le secteur de l'*assisted living* comporte relativement peu de personnel préalablement formé, que ce soit pour les soins personnels, l'entretien ménager, les repas et les activités. Certains États américains exigent que les plus grandes installations aient des professionnels agréés sur place, notamment pour déléguer des tâches spécifiques au personnel non qualifié [Carder *et al.*, 2008].

Même si le degré de formation préalable n'est pas toujours élevé, les résidences sont souvent soumises à des exigences liées à la formation du personnel, qu'elles touchent les administrateurs ou les employés. Le cas de l'État de Washington est illustré au tableau 13.

Tableau 13. Exigences de formation dans le secteur de l'assisted living dans l'État de Washington

Type de formation	Administrateur ou personne désignée	Employé en soins de longue durée	Besoin d'être approuvé par DSHS ⁷ ?
Premiers soins et réanimation cardio-respiratoire	À l'intérieur des 30 jours après la date d'embauche; conserver une carte valide	Maximum 30 jours après la date d'embauche; conserver une carte valide	Non
Orientation (2 heures)	Avant d'offrir des soins, sauf si exempté de formation	Avant d'offrir des soins, sauf si exempté de formation	Oui
Formation en sécurité (3 heures)	Avant d'offrir des soins, sauf si exempté de formation	Avant d'offrir des soins, sauf si exempté de formation	Oui
Formation de base (70 heures)	À l'intérieur des 120 jours d'embauche, sauf si exempté de formation	À l'intérieur des 120 jours d'embauche, sauf si exempté de formation	Oui
Formation continue	12 heures par an	12 heures par an	Oui
SIDA/VIH	Tout le personnel, 2 heures à l'intérieur des 30 jours après la date d'embauche	Tout le personnel, 2 heures à l'intérieur des 30 jours après la date d'embauche	Formation préparée par l' <i>Office on AIDS</i>
Délégation par l'infirmière et diabète	Doit être un assistant certifié ou l'assistant d'une infirmière certifiée, ou un <i>certified home care aide</i> , et compléter la formation de base avant d'accepter une tâche déléguée	Doit être un assistant certifié ou l'assistant d'une infirmière certifiée, ou un <i>certified home care aide</i> , et compléter la formation de base avant d'accepter une tâche déléguée. Doit compléter la formation <i>Special Focus on Diabetes</i> avant de pouvoir faire des injections d'insuline.	Doit utiliser le curriculum du DSHS. Les instructeurs doivent être affiliés au DSHS.

⁷ Washington State Department of Social and Health Services (DSHS).

Tableau 13. Exigences de formation dans le secteur de l'*assisted living* dans l'État de Washington (suite)

Type de formation	Administrateur ou personne désignée	Employé en soins de longue durée	Besoin d'être approuvé par DSHS ⁸ ?
Entraînement spécialisé	Si une résidence dessert au moins 1 résident avec des besoins spéciaux, l'administrateur ou la personne désignée doit compléter une formation spécialisée en gestion et démontrer ses compétences en passant le test du DSHS. Si un résident développe des besoins spéciaux pendant qu'il vit dans une résidence qui n'a pas de désignation en spécialité, l'administrateur ou la personne désignée dispose de 120 jours pour compléter la formation spécialisée en gestion et démontrer ses compétences.	Si une résidence dessert au moins 1 résident avec des besoins spéciaux, tous les employés en soins de longue durée doivent recevoir une formation concernant les besoins spéciaux de chacun des résidents.	Oui. Les instructeurs doivent être affiliés au DSHS pour fournir une formation spécialisée.

Source : Adapté de Carder *et al.*, 2015 (traduction libre).

La gestion de la médication est un service habituellement offert dans les LHCPA. Aux États-Unis, la qualification exigée pour l'administration de médicaments n'est pas de juridiction fédérale. Celle-ci varie donc d'un État à l'autre, comme le montre le tableau 14. De nombreux États permettent un certain degré de souplesse en ce qui concerne cette qualification.

⁸ Washington State Department of Social and Health Services (DSHS).

Tableau 14. Degré de qualification minimum requis pour l'administration de médicaments ou pour l'assistance à la prise de médicaments dans le secteur de l'assisted living aux États-Unis⁹

Degré de qualification	États américains	Total ¹⁰
Les professionnels qualifiés sont les seuls à pouvoir administrer tous les médicaments	AL, AZ, AR, CA, CT, DE, FL, ID, IL, MA, MS, NY, TN, WV, WY	15
Les professionnels qualifiés sont les seuls à pouvoir administrer certains médicaments	CO, IN, IA, KS, MO, NV, RI, UT, WI	9
Un employé non qualifié peut administrer des médicaments	AK, CO, DC, GA, HI, IN, IA, KS, ME, MD, MI, MN, MO, MT, NE, NV, NH, NJ, NM, NC, ND, OH, OK, OR, PA, RI, SC, SD, TX, UT, VA, VT, WA, WV, WI	36
Un employé non qualifié peut assister une personne à la prise de médicaments	AK, AZ, AR, CA, CT, DE, FL, ID, IL, KY, LA, MA, MS, NY, NC, TN, WV, WY	18

Source : Carder *et al.*, 2015.

Ontario. Tant le personnel des maisons de retraite que les bénévoles doivent être reconnus comme ayant des qualités ou des compétences adaptées au travail à accomplir [Gouvernement de l'Ontario, 2010]. Toutefois, tant la qualité qu'ils offrent que les compétences qu'ils possèdent sont la responsabilité des propriétaires des maisons de retraite. « Les membres du personnel qui travaillent dans la maison doivent avoir les qualités et compétences voulues pour ce faire » [ORMR, 2010, p. 16]. De surcroît, une personne responsable d'offrir des soins directs dans ces maisons ne peut, en vertu de la Loi de 2010 sur les maisons de retraite, continuer ses contacts avec la clientèle que si elle reçoit une formation supplémentaire couvrant les différents éléments stipulés à l'article 65 de la loi. Les règlements peuvent préciser les qualités requises pour les membres du personnel, mais ils ne le font pas pour l'instant [ORMR, 2010, p. 16].

Certaines catégories de personnel ont à respecter des critères additionnels pour offrir certains services en matière de soins. Selon l'article 2 du Règlement 166/11 de l'Ontario, c'est le cas des services offerts par un membre de l'Ordre des médecins et chirurgiens, de l'Ordre des pharmaciens ou de l'Ordre des infirmières et infirmiers. C'est également le cas pour la prestation de programmes visant les soins aux personnes atteintes de démence ou de programmes de soins de la peau et des plaies [Gouvernement de l'Ontario, 2014]. Les propriétaires de maisons doivent

⁹ Certains États se retrouvent dans plus d'une catégorie en raison des exigences qui varient d'un type d'installation à un autre.

¹⁰ Carder et ses collaborateurs [2015] ont recensé le degré de qualification des 50 États américains en plus de celui du *District of Columbia*.

s'assurer que les personnes offrant les services prévus à l'article 2 détiennent un certificat d'inscription valide décerné par l'ordre correspondant.

Ils sont également tenus de former les membres du personnel dans un certain nombre de domaines avant qu'ils ne commencent à travailler. Les domaines en question comprennent la déclaration des droits des résidents, la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence ainsi que la prévention des incendies et la sécurité. Les membres du personnel doivent également recevoir une formation continue portant notamment sur les domaines évoqués, et ce, au moins une fois par année. Le personnel chargé des soins directs doit recevoir une formation dans des domaines complémentaires au plus tard six mois après avoir commencé à travailler dans la maison, puis une fois par an. La prévention des mauvais traitements, les questions de santé mentale et la réduction au minimum du recours aux contentions figurent parmi les sujets abordés.

Par ailleurs, les propriétaires de maisons doivent également former les bénévoles qui interagissent avec les résidents. Ces bénévoles doivent recevoir une formation sur la mise en œuvre du plan de mesures d'urgence et du programme de contrôle des infections. Ils doivent aussi être formés sur la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence [ORMR, 2010, p. 16]. À ces conditions s'ajoute celle de la vérification des antécédents criminels des employés comme des bénévoles [ORMR, 2010, p. 17].

3.3.2 Ratios de personnel

Il est relativement rare que les ratios de personnel soient précisés dans les lois. Si l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick fournissent des ratios précis, il n'en va pas de même à l'extérieur du pays. Par exemple, aux États-Unis, l'approche en ce qui concerne les ratios de personnel tend à se moduler en fonction des besoins de la clientèle et à être négociée installation par installation. Le tableau 15 décrit les exigences en matière de ratios de personnel dans différents États, provinces canadiennes et autres pays.

Tableau 15. Ratios de personnel

État	Nombre de résidents	Personnel requis
Canada		
Île-du-Prince-Édouard	1 et +	Varie en fonction des heures de soins requis par personne selon une évaluation en quatre niveaux de soins. Pour le détail des calculs, voir Department of Health [2016].
Nouveau-Brunswick	1 et +	Un employé par dix résidents pour la nuit, et un employé par six résidents, plus deux heures pour chaque résident additionnel pour le jour.
États-Unis		
Alaska	Non spécifié	Nombre défini selon le plan de services du résident, ce à quoi s'ajoute une personne connaissant la réanimation cardiaque.
Californie	<= 16	Une personne.
	16-100	Une personne éveillée.
	101-200	Une personne sur appel et une personne éveillée, et une de plus pour chaque tranche de 100 résidents supplémentaire.
Massachusetts	Non spécifié	Aucun minimum précisé. Décidé par installation selon le besoin des résidents.
Montana	Non spécifié	Une personne. Dans les installations de catégorie « C », où la clientèle est la moins autonome, cette personne doit également être éveillée la nuit.
New Jersey	Non spécifié	Un <i>personal care assistant</i> éveillé et un autre employé. Un administrateur à temps plein doit être présent en tout temps pour les installations de 60 lits ou plus; il peut être à temps partiel dans les autres cas.
Rhode Island	Non spécifié	Aucun minimum précisé.
Texas	Non spécifié	Aucun minimum précisé. Varie en fonction des plans de services individualisés de la clientèle. Dans les établissements de Type A (évacuation autonome), les employés de nuit doivent être immédiatement accessibles dans les petites installations, et éveillés dans les grandes installations; dans une installation de Type B (évacuation non autonome), les employés de nuit doivent être immédiatement accessibles et éveillés.
Washington	Non spécifié	Dépend de l'entente de services, ce à quoi s'ajoute une personne connaissant la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) et les premiers secours.
Wisconsin	Non spécifié	Une personne qualifiée, ce à quoi s'ajoute une personne qualifiée et éveillée si au moins un résident nécessite des soins ou une supervision constante ou intermittente, ou si un résident prend plus de 4 minutes pour être évacué.
Wyoming	Non spécifié	Une personne éveillée en tout temps.
International		
Angleterre	Non spécifié	Non précisé dans la loi, mais nécessité d'avoir un « nombre suffisant » sans précision de ratio.

Sources : Department of Health, 2016; Carder *et al.*, 2015; UK Government, 2014; Ministère du Développement social, 2013.

États-Unis. Carder et ses collaborateurs [2015] rapportent que l'approche américaine en matière de ratio de personnel prend deux formes : une centrée sur le besoin, qui est la plus populaire, et une centrée sur un ratio minimal à respecter. Par exemple, l'Arkansas adopte une approche centrée sur un ratio minimal (cf. tableau 16).

Tableau 16. Ratios de personnel des *residential care facilities* en Arkansas

Nombre de résidents	Personnel de jour	Personnel de soir	Personnel de nuit
1 à 16	1	1	1
17 à 32	2	1	1
33 à 49	3	2	2
50 à 66	4	2	2
67 à 83	5	2	2
84 et +	6	3	2

Source : Carder *et al.*, 2015.

Les ratios s'appliquent différemment selon la taille des installations. Dans celles de 16 lits ou moins, le personnel de nuit n'a pas l'obligation d'être éveillé. Dans les installations de plus de 16 lits, des critères s'ajoutent.

- Les ratios rapportés au tableau 16 n'incluent pas le personnel administratif, le personnel d'entretien et les employés des services alimentaires.
- Les employés des services alimentaires ne peuvent fournir à la fois des services alimentaires et d'autres types de services au cours d'un même quart de travail.
- Dans les résidences ayant plus d'un bâtiment, une personne affectée aux soins directs des résidents doit être présente et éveillée en tout temps.
- Une personne substitut doit être disponible sur place pour remplacer le personnel offrant des soins directs aux résidents, durant les pauses et en cas de départ imprévu [Carder *et al.*, 2015].

Île-du-Prince-Édouard. L'évaluation du niveau de soins requis par un usager pour le calcul des ratios peut être réalisée à l'aide d'outils standardisés. À l'Île-du-Prince-Édouard, par exemple, on utilise le *Seniors Assessment Screening Tool* (SAST) pour déterminer ces niveaux [Department of Health, 2016].

3.4 Financement

Les modalités de financement pour l'accès aux LHCPA et aux services de soutien à domicile (SAD) reflètent les approches gouvernementales privilégiées en matière de soutien à la perte d'autonomie. « Si la couverture de la dépendance est souvent une combinaison complexe de services, de prestations et de programmes, il reste possible de distinguer des groupes de pays ayant à peu près la même manière de l'envisager » [Colombo *et al.*, 2011]. Bien qu'il n'existe pas de modèle « pur »,

Colombo et ses collaborateurs [2011] regroupent en trois types les pays membres de l'OCDE. Ils distinguent ainsi entre :

1. une couverture universelle à programme unique;
2. un système mixte;
3. un filet de sécurité soumis à des conditions de ressources¹¹.

Bien que l'état des pratiques ait ciblé des lieux d'habitation de propriété privée, il a été possible de repérer différents programmes publics pour faciliter l'accès soit aux LHCPA, soit aux services qui y sont offerts. Toutefois, contrairement à ce qui prévaut en contexte québécois, nous n'avons pas recensé de programme visant des services qui seraient exclusivement offerts dans les LHCPA. Plutôt, les programmes en soutien à la perte d'autonomie s'offrent habituellement dans les différents milieux de vie qu'adoptent les aînés, qu'il s'agisse d'une maison unifamiliale ou encore d'une habitation locative, voire d'un établissement d'hébergement de longue durée. Enfin, ce soutien à la perte d'autonomie se manifeste d'au moins deux façons : par l'aide financière pour l'accès à des services de soutien à domicile, peu importe le lieu d'habitation, et par l'aide financière pour l'accès aux lieux d'habitation où sont organisés et offerts des services de soutien à domicile.

Québec. Le financement vise quelquefois à aider les aînés à payer leur loyer plutôt que pour des services de soutien à domicile. La frontière entre ces deux financements est parfois difficile à cerner, notamment en raison de services qui peuvent être inclus dans le prix du loyer. Ainsi, dans certains cas, financer l'accès au loyer contribue indirectement à faciliter l'accès aux services de soutien à domicile. Le supplément au loyer, qui vise à limiter les frais du loyer à 25 % du revenu du locataire, en est un exemple au Québec [Gouvernement du Québec, 2016]. Dans la même veine, le volet II du programme AccèsLogis Québec, de la Société d'habitation du Québec (SHQ), permet à certains LHCPA d'offrir à des personnes âgées de 75 ans et plus un loyer plus abordable que leur équivalent non subventionné. Les propriétaires de ces lieux d'habitation reçoivent un prêt qui se transforme en subvention s'ils respectent les conditions de la SHQ [2017a], ce qui contribue à maintenir à la baisse les coûts du loyer. Parmi ces conditions, la SHQ demande aux organismes participant au volet II « de prévoir une offre de services de repas sur une base quotidienne », afin de conserver leur droit au crédit d'impôt pour maintien à domicile des aînés [SHQ, 2017b]. Ces mesures contrastent avec d'autres, directement associées aux services à domicile, par exemple le crédit d'impôt pour maintien à domicile [Revenu Québec, 2015], le programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD) [RAMQ, 2016] et le chèque emploi-service [MSSS, 2009].

¹¹ Dans ce mode de financement, l'aide est octroyée seulement aux personnes dont le revenu (ou la valeur du patrimoine) se situe en deçà d'un certain seuil.

Royaume-Uni. Les mesures de financement pour l'accès aux services de soutien à domicile relèvent du système mixte. L'allocation d'assistance (*attendance allowance*), un programme à prestation universelle, offre deux niveaux de soutien financier hebdomadaire en fonction des besoins de la personne âgée de 65 ans et plus : l'un est établi à £55,65, et l'autre à £83,10 [UK Government, 2017a]. À ce programme s'ajoute une aide sociale offerte à tous les adultes, mais qui est soumise à des conditions de ressources. Celle-ci peut être en services ou en espèces, et être offerte à domicile ou en établissement [Colombo *et al.*, 2011]. Enfin, le budget personnel, un des éléments mentionnés dans la *Care Act 2014*, permet aux personnes de recevoir un montant d'argent qui varie selon leurs besoins, d'une part, et selon les coûts pour répondre à ces besoins, d'autre part [Age UK, 2016]. L'évaluation des besoins ainsi que des coûts des services est réalisée par l'autorité locale.

Italie. À l'instar du Royaume-Uni, l'aide accordée pour l'accès aux services de soutien à domicile se fait généralement par l'intermédiaire d'un ensemble de mesures. Trois formes de soutien financier s'observent ainsi : les services à domicile intégrés, le soutien à domicile et le paiement compagnon [Gori, 2012]. Le paiement compagnon italien ressemble au « budget personnel » du Royaume-Uni, quoique ce dernier ne peut être utilisé pour n'importe quelle dépense. Ces deux programmes rendent possible une plus grande flexibilité pour l'obtention de services, et ce, en consolidant l'espace occupé par le secteur privé dans la prestation de services [Glendinning, 2012].

Les services à domicile intégrés répondent d'abord au volet « soins » en santé, et ceux-ci sont exempts de toute contribution financière de l'utilisateur, un trait distinctif d'une couverture universelle à programme unique. Le soutien à domicile, dont la responsabilité incombe au gouvernement local, vise surtout les soins personnels et, dans une moindre mesure, les tâches ménagères. Toutefois, contrairement à la première mesure, ce soutien ne vient pas sans contribution de l'utilisateur : un copaiement est exigé et calculé en fonction du revenu de ce dernier. Enfin, le gouvernement national offre le « paiement compagnon » (jusqu'à 487 euros). Ce dernier est calculé selon les besoins de l'utilisateur, mais pas selon ses moyens financiers. Il s'agit d'une allocation mensuelle non assortie de conditions à l'utilisation. À l'instar du cas anglais, l'Italie affiche un système mixte.

États-Unis. Dans certains États, les citoyens se procurent des assurances privées. C'est le cas dans les États où existent des assurances de services de longue durée [Coe et Wu, 2012]. Il s'agit toutefois d'un marché relativement restreint, qui ne constituait en 2004 que 4 % des dépenses totales en services de longue durée [Li et Jensen, 2011]. Les citoyens n'ont par ailleurs pas accès à une couverture publique élaborée en matière de services de soutien à domicile. Le programme *Medicare* est généreux en soins post-hospitaliers et couvre presque tous les aînés, mais il en va autrement en ce qui concerne les services de longue durée offerts dans les installations de type AL. Pour sa part, *Medicaid*, destiné aux personnes ayant un faible revenu, et qui ne couvrait que 7,7 % des aînés en 2002, est davantage orienté vers les services de longue durée [Wiener *et al.*, 2009]. À ces programmes fédéraux

s'ajoutent différents programmes locaux. En Californie, plusieurs comtés participent au programme *Assisted Living Waiver* [DHCS, 2018]. Dans certaines conditions, ce dernier finance l'entièreté des soins et des services requis par la personne. Celle-ci doit cependant payer les frais de loyer en fonction d'un taux variable dépendant de ses revenus [CANHR, 2018].

3.5 Tendances

La transition démographique influence le secteur des LHCPA. Les aînés, devenant plus nombreux et vivant désormais plus longtemps hors des murs institutionnels, consomment des services variés pour pallier leur perte d'autonomie et maintenir leur qualité de vie.

3.5.1 Montée de l'économie mixte en services à domicile

Les SAD ont connu un vent de privatisation dans les dernières années, et rien ne laisse penser que cette tendance changera dans les années à venir. Au contraire, ce secteur est aujourd'hui soutenu par une industrie bien développée. À ce titre, les juridictions suivent toutes une même direction.

Les pays scandinaves, reconnus pour leur couverture généreuse en SAD [Colombo *et al.*, 2011], ne font pas exception. En Finlande, les services à domicile montrent une marchandisation croissante depuis les années 1990. L'offre publique de ces services a diminué d'environ 40 % par rapport au niveau de 1990, et les Finlandais déboursent de plus en plus pour les obtenir [Mathew Puthenparambil *et al.*, 2017]. La couverture publique a également décliné depuis les années 1980 en Suède [Szebehely et Trydegard, 2012].

Cela dit, même en forte présence d'entreprises privées pour la dispensation des SAD, l'État demeure généralement impliqué dans leur financement. La croissance des services offerts par l'entreprise privée, combinée à la coexistence du financement public pour ces mêmes services, donne lieu à ce que Glendinning [2012] qualifie d'« économie mixte ». Ce genre d'économie s'observe par exemple en Italie où le « paiement compagnon », une allocation mensuelle de 487 euros destinée aux aînés vulnérables pour acheter des SAD, peut être utilisé auprès de fournisseurs privés [Gori, 2012]. En Europe, les prestataires demeurent toutefois majoritairement sous la gouverne du secteur public [Genet *et al.*, 2012].

3.5.2 Ajustement de l'offre et de la demande de LHCPA

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une transition épidémiologique, caractérisée par une prévalence croissante de maladies chroniques et entraînant une augmentation et une diversification des ressources requises pour combler les besoins [Roy *et al.*, 2010]. Suivant ce mouvement, la demande de services offerts à domicile augmente, que ce soit en variété ou en intensité. Parallèlement, le secteur des LHCPA, qui était relativement marginal voilà quelques dizaines d'années, connaît une expansion significative.

États-Unis. Le secteur de l'*assisted living* s'est d'abord développé pour répondre aux besoins d'une clientèle plutôt autonome. Il s'agit d'un secteur relativement jeune. En 1999, le tiers des installations existaient depuis moins de cinq ans [Stevenson et Grabowski, 2010]. Par ailleurs, puisque la clientèle a tendance à vieillir sur place, sa santé s'est graduellement détériorée avec les années. Dans diverses installations, elle s'est donc passablement alourdie, et les résidences ressemblent parfois davantage aux *nursing homes* américaines qu'à des milieux de vie pour personnes en légère perte d'autonomie.

L'alourdissement de la clientèle a eu pour conséquence d'inciter les propriétaires à transformer graduellement l'offre de services pour répondre aux besoins de leurs résidents dont l'autonomie se dégradait. Aujourd'hui, de nombreuses installations proposent des services gradués en fonction de l'intensité des services requis, incluant des aires spécialisées selon le type de difficultés vécues par les résidents.

Angleterre. Ball et Nanda [2013] prévoient une augmentation considérable de la demande en LHCPA. Toutefois, ils estiment que le secteur rencontrera des défis importants en raison des coûts de loyer, ceux-ci étant gonflés par le manque d'espace où construire. Même en présence de suffisamment de terrain, ils craignent que les coûts de loyer demeurent trop élevés. Ultimement, le manque d'offre en LHCPA adaptés risque d'accroître la demande de soins offerts en milieu institutionnel [Ball et Nanda, 2013].

3.5.3 Ressources humaines et capacité d'offrir des services à domicile

La capacité des LHCPA d'offrir des services de qualité à leur clientèle repose sur le travail d'un personnel aux compétences variées. Or, la gestion des ressources humaines rencontre des défis partagés par différentes juridictions, notamment en ce qui concerne le recrutement [Jorgensen *et al.*, 2009]. Des travaux laissent ainsi entendre qu'une attention particulière devra être portée à cette question afin d'assurer une réponse adéquate à la future demande de services par les aînés.

*De nombreux pays de l'OCDE connaissent déjà ou s'attendent à connaître des difficultés pour recruter et fidéliser le personnel dans le secteur de la dépendance, et la plupart d'entre eux ont élaboré et mis en œuvre des solutions pour y remédier [...]. Ces difficultés largement répandues témoignent d'un handicap majeur du secteur, à savoir qu'il est étroitement lié à un contexte marqué par la diminution de la capacité de la population à accomplir les actes de la vie quotidienne. Elles témoignent également des efforts que doivent déployer les pays de l'OCDE pour faire face aux conséquences du vieillissement de leur population [Colombo *et al.*, 2011].*

Nouvelle-Zélande. Les aînés qui ont des besoins dépendent de personnes qui ont un statut parfois précaire. Cela peut nuire à la qualité des services rendus. Parmi les problèmes qui touchent la main-d'œuvre, Jorgensen et ses collaborateurs [2009] rapportent les éléments suivants : un manque d'heures assurées de travail, une faible rémunération, une rétention insuffisante du personnel et une carence de compétences. Dans la majorité des juridictions, les conditions de travail du secteur

des services à domicile sont difficiles et les employés sont peu rémunérés. L'Organisation mondiale de la Santé [2016] souligne également les stéréotypes négatifs liés à l'emploi dans le secteur des services de longue durée, et le fait que les conditions de travail devraient être améliorées pour assurer une offre de services suffisante.

États-Unis. Wiener et ses collaborateurs [2009] font remarquer que les entreprises en services à domicile aux États-Unis font face à une pénurie d'infirmières, de *home health aides* ainsi que de *personal care attendants*, et que le manque de formation de ces deux derniers groupes risque d'affecter la qualité des services offerts.

CONCLUSION

Les LHCPA offrent à de nombreux aînés une gamme variée de services. Afin d'assurer la qualité et la sécurité de ces services et de l'environnement dans lequel ils sont offerts, le Québec a récemment modifié sa réglementation en adoptant le Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés. D'autres juridictions ont élaboré différentes mesures de régulation. Dans cet état des pratiques, nous avons présenté ces mesures selon les dimensions du contrôle, de la prestation de services et du financement. Nous avons fait état des pratiques adoptées en la matière à l'extérieur du Québec.

Les mesures de contrôle s'inscrivent dans les lois et s'appliquent différemment selon le contexte, souvent par la mise sur pied d'organismes chargés d'inspecter ou d'évaluer les LHCPA. Il existe actuellement peu de recherche scientifique réalisée sur les effets de la régulation ou du contrôle exercé par les États sur ces lieux. Toutefois, la documentation législative de nombreuses juridictions aborde de manière explicite certaines obligations, normes ou standards que doivent respecter les LHCPA. S'inspirer de cette documentation pose toutefois certaines difficultés, notamment celle de distinguer les types d'installation tel que définis selon les services offerts et la clientèle qui y vit. Les LHCPA présentent une terminologie diversifiée et ne répondent pas à une classification univoque. Enfin, les lois et les règlements qui y sont associés ont parfois un caractère générique qui ne permet pas de dégager des indicateurs précis pour certaines des normes ou des standards, notamment en matière de prestation de services.

Les services offerts dans les LHCPA nécessitent la participation de différentes personnes, qu'il s'agisse d'employés sous la responsabilité du propriétaire de l'installation ou d'employés mobiles du secteur public offrant des services de soutien à domicile. Nous avons pu constater qu'il existe des normes relatives à la formation et à la qualification du personnel des LHCPA, aux ratios de personnel, à l'obligation de détenir un permis pour certaines classes d'emploi, à la gestion et à l'aide à la prise des médicaments. Si certaines règles sont précises, par exemple pour ce qui touche la gestion liée à la médication, les ratios de personnel sont souvent moins définis.

Nous avons rapporté trois types de financement des services dispensés dans les LHCPA. D'une part, certains de ces services sont offerts par le secteur public par le biais des services de soutien à domicile. D'autre part, ils peuvent être inclus dans les ententes signées entre les locataires et les locateurs, de telle sorte qu'un supplément au loyer en facilite l'accès, et ce, même lorsqu'ils ne sont pas offerts directement par le secteur public. Enfin, les systèmes mixtes empruntent à ces deux types de financement.

Bien que la régulation affiche des variations régionales parfois considérables, certaines grandes tendances du développement du secteur des LHCPA ont pu être dégagées. À l'échelle internationale, les services à domicile tendent à être de plus en plus offerts dans une économie mixte où le privé prend une part croissante des

activités de prestation, tandis que le financement tend à être public. En parallèle, la demande de LHCPA augmente. Pour répondre à cette augmentation, il sera nécessaire de porter une attention particulière à la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée et de qualité.

Cet état des pratiques contribue à combler un besoin de connaissances sur la régulation des LHCPA, ce qui devrait permettre de soulever certains enjeux d'intérêt pour le secteur des RPA québécoises. Bien qu'il manque d'études scientifiques permettant de déterminer ce qui permet d'assurer à la fois la sécurité, la qualité et la viabilité des LHCPA, le présent rapport fait un premier survol de la manière dont se fait la régulation de ces lieux au Canada (hors Québec) et à l'international. Il s'agit donc d'une plate-forme susceptible de contribuer aux développements futurs, tant en ce qui concerne l'élaboration de politiques publiques que la recherche. Ces dernières permettront par ailleurs d'améliorer les connaissances pour rendre la réponse sociosanitaire québécoise aussi efficace et efficiente que possible face aux défis posés par les transitions démographique et épidémiologique. Au Québec, les RPA occupent déjà une place de choix parmi les solutions disponibles pour répondre aux besoins de logement des aînés. Avec le vieillissement de la population, la régulation des RPA constituera une contribution incontournable à la réussite de la réponse sociosanitaire.

RÉFÉRENCES

- Age UK. Personal budgets and direct payments in adult social care. Factsheet 24. Londres, Angleterre : Age UK; 2016. Disponible à : https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/factsheets/fs24_personal_budgets_and_direct_payments_in_social_care_fcs.pdf.
- Alberta Government. Assessing compliance with accommodation standards in supportive living and long-term care accommodations (April 1, 2016 - March 31, 2017). Edmonton, AB : Alberta Government; 2017. Disponible à : <http://standardsandlicensing.alberta.ca/documents/statistics.pdf>.
- Alberta Health. Accommodation Standards Licensing and Public Reporting [site Web]. Edmonton, AB : Alberta Health; 2017. Disponible à : <http://standardsandlicensing.alberta.ca/> (consulté le 16 avril 2018).
- Alberta Health. Accommodation standards and licensing: Information guide. Edmonton, AB : Alberta Health; 2015. Disponible à : <https://open.alberta.ca/dataset/5df02564-7dbe-41ed-a966-6086d2a46031/resource/781c9bbe-c0f7-4efc-b121-5d4d949b08c1/download/cc-accommodation-guide5-2015.pdf>.
- Alberta Health Services (AHS). Continuing care. Edmonton, AB : AHS; 2017. Disponible à : <http://www.albertahealthservices.ca/assets/info/pf/if-pf-cc-faqs.pdf>.
- Ball M et Nanda A. Household attributes and the future demand for retirement housing. *IJHMA* 2013;6(1):45-62.
- Bravo G, Dubois M-F, Demers L, Dubuc N, Blanchette D, Painter K, et al. Comparing the resident populations of private and public long-term care facilities over a 15-year period: A study from Quebec, Canada. *Ageing Soc* 2015;35(10):2039-52.
- Bravo G, Dubois M-F, Demers L, Dubuc N, Blanchette D, Painter K, et al. Does regulating private long-term care facilities lead to better care? A study from Quebec, Canada. *Int J Qual Health Care* 2014;26(3):330-6.
- British Automatic Fire Sprinkler Association (BAFSA). Sprinkler Information. Legislation (England, Scotland, Wales) [site Web]. Peterborough, Royaume-Uni : BAFSA; 2017. Disponible à : <https://www.bafsa.org.uk/sprinkler-systems/legislation/> (consulté le 16 avril 2018).
- California Advocates for Nursing Home Reform (CANHR). California's Assisted Living Waiver [site Web]. Sacramento, CA : CANHR; 2018. Disponible à : http://www.canhr.org/factsheets/rcfe_fs/html/fs_alw.htm (consulté le 16 avril 2018).
- California Department of Health Care Services (DHCS). Assisted Living Waiver [site Web]. Sacramento, CA : DHCS; 2018. Disponible à : <http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/AssistedLivingWaiver.aspx> (consulté le 16 avril 2018).

- Carder P, O'Keeffe J, O'Keeffe C. Compendium of residential care and assisted living regulations and policy: 2015 edition. Washington, DC : Assistant Secretary for Planning and Evaluation (ASPE), U.S. Department of Health and Human Services; 2015. Disponible à : <https://aspe.hhs.gov/pdf-report/compendium-residential-care-and-assisted-living-regulations-and-policy-2015-edition>.
- Carder P, Morgan LA, Eckert JK. Small board-and-care homes: A fragile future. Dans : Golant SM et Hyde J, réd. The assisted living residence: A vision for the future. Baltimore, MD : Johns Hopkins University Press; 2008 : 143-66.
- Care Quality Commission (CQC). Care Quality Commission [site Web]. Newcastle upon Tyne, Royaume-Uni : 2017. Disponible à : <https://www.cqc.org.uk/>.
- Care Quality Commission (CQC). How CQC regulates: Community adult social care services. Provider handbook. Newcastle upon Tyne, Royaume-Uni : CQC; 2016a. Disponible à : <http://www.cqc.org.uk/file/160141>.
- Care Quality Commission (CQC). Supporting Documents [site Web]. Newcastle upon Tyne, Royaume-Uni : CQC; 2016b. Disponible à : <http://www.cqc.org.uk/content/provider-supporting-documents-online-application> (consulté le 15 février 2017).
- Care Quality Commission (CQC). How CQC regulates: Community adult social care services. Appendices to the provider handbook. Newcastle upon Tyne, Royaume-Uni : CQC; 2015a. Disponible à : http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20150327_asc_community_provider_handbook_appendices_march_15_update_01.pdf.
- Care Quality Commission (CQC). How CQC regulates: Community health services. Provider handbook. Newcastle upon Tyne, Royaume-Uni : CQC; 2015b. Disponible à : https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20150327_community_health_provider_handbook_march_15_update_01.pdf.
- Care Quality Commission (CQC). Housing with care: Guidance on regulated activities for providers of supported living and extra care housing. Newcastle upon Tyne, Royaume-Uni : CQC; 2015c. Disponible à : https://www.housinglin.org.uk/_assets/Resources/Housing/OtherOrganisation/CQC_20151023_provider_guidance-housing_with_care.pdf.
- Care Quality Commission (CQC). About this guidance [site Web]. Newcastle upon Tyne, Royaume-Uni : CQC; 2015d. Disponible à : <http://www.cqc.org.uk/guidance-providers/regulations-enforcement/about-guidance> (consulté le 16 février 2017).
- Christiansen L et Sompayrac J. Assisted-living regulation issues: A business case for action or creative destruction. IJBSR 2015;5(9):31-9.
- Coe NB et Wu AY. Costs and concerns among residents in seniors housing and care communities: Evidence from the Residents Financial Survey. Chestnut Hill, MA : Center for Retirement Research at Boston College; 2012. Disponible à : <http://crr.bc.edu/working-papers/costs-and-concerns-among-residents-in-seniors-housing-and-care-communities-evidence-from-the-residents-financial-survey/>.

- Colombo F, Llana-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance. Paris, France : Éditions OCDE; 2011. Disponible à : <http://www.oecd.org/fr/publications/besoin-d-aide-9789264097766-fr.htm>.
- Dale C, St John S, Hanna J. Financing of long-term care and long-term care insurance for the aged: A literature-based comparison of seven OECD countries. Auckland, Nouvelle-Zélande : Retirement Policy and Research Centre, University of Auckland; 2013. Disponible à : <http://docs.business.auckland.ac.nz/Doc/WP-2012-2-International-Comparison-LTC-Final2.pdf>.
- Demers L, Bravo G, Dubois M-F, Dubuc N, Corbin C. La certification des résidences privées pour aînés et la réponse aux besoins des retraités. Vie et vieillissement 2015;12(2):51-8.
- Department of Health. Operational and care service standards for community care facilities. Charlottetown, PE : Government of Prince Edward Island; 2016. Disponible à : <https://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/publications/ccfos2016linked.pdf>.
- Department of Health and Wellness. Continuing Care [site Web]. Halifax, NS : Government of Nova Scotia; 2017. Disponible à : <http://novascotia.ca/dhw/ccs/long-term-care.asp>.
- Genet N, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman RB. Home care across Europe: Current structure and future challenges. Copenhagen, Danemark : European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization; 2012. Disponible à : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf.
- Glendinning C. Home care in England: Markets in the context of under-funding. Health Soc Care Community 2012;20(3):292-9.
- Golant SM et Hyde J. The assisted living residence: A vision for the future. Baltimore, MD : Johns Hopkins University Press; 2008.
- Gori C. Home care in Italy: A system on the move, in the opposite direction to what we expect. Health Soc Care Community 2012;20(3):255-64.
- Gouvernement de l'Ontario. Personnes âgées : trouver un logement [site Web]. Toronto, ON : 2017. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/page/personnes-agees-trouver-un-logement> (consulté le 16 avril 2018).
- Gouvernement de l'Ontario. Règlement de l'Ontario 166/11 : dispositions générales. Toronto, ON : 2014. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/110166> (consulté le 20 février 2017).
- Gouvernement de l'Ontario. Loi de 2010 sur les maisons de retraite, L.O. 2010, chap. 11. Toronto, ON : 2010. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/10r11> (consulté le 20 février 2017).

- Gouvernement du Manitoba. Loi sur les services sociaux, c S165 de la C.P.L.M. Winnipeg, MB : 2014. Disponible à : <http://web2.gov.mb.ca/laws/statutes/ccsm/pdf.php?cap=s165> (consulté le 23 février 2017).
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick. Règlement relatif aux installations de placement communautaire de type résidentiel, Règl du N-B 83-77. Fredericton, NB : 2017. Disponible à : <https://www.canlii.org/fr/nb/legis/regl/regl-du-n-b-83-77/derniere/regl-du-n-b-83-77.html>.
- Gouvernement du Québec. Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés. Gazette officielle du Québec, 150^e année, n^o 12, p. 1759-76; 2018. Disponible à : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=68136.pdf>.
- Gouvernement du Québec. Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Québec, Qc : 2017. Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>.
- Gouvernement du Québec. Supplément au loyer [site Web]. Québec, Qc : 2016. Disponible à : <http://www4.gouv.qc.ca/FR/Portail/Citoyens/Evenements/vivre-en-logement/Pages/supplement-loyer.aspx>.
- Government of Alberta. Seniors' Lodge Program [site Web]. Edmonton, AB : 2017. Disponible à : http://www.seniors-housing.alberta.ca/housing/seniors_lodge_program.html.
- Government of Alberta. Alberta Housing Act, R.S.A. 2000, c. A-25. Edmonton, AB : Alberta Queen's Printer; 2015a. Disponible à : <http://www.qp.alberta.ca/documents/Acts/A25.pdf>.
- Government of Alberta. Supportive Living Accommodation Licensing Act, S.A., 2009, c. S-23.5. Edmonton, AB : Alberta Queen's Printer; 2015b. Disponible à : <http://www.qp.alberta.ca/documents/Acts/S23P5.pdf>.
- Government of Alberta. Protection for Persons in Care Act, S.A., 2009, c. P-29.1. Edmonton, AB : Alberta Queen's Printer; 2015c. Disponible à : <http://canlii.ca/t/52dxl>.
- Government of Alberta. Supportive living accommodation standards and checklist (Effective as of April 2010). Edmonton, AB : 2010. Disponible à : <https://open.alberta.ca/publications/4840067>.
- Government of British Columbia. Community Care and Assisted Living Regulation, BC Reg 217/2004. Victoria, BC : Queen's Printer; 2016. Disponible à : <https://www.canlii.org/en/bc/laws/regu/bc-reg-217-2004/125830/bc-reg-217-2004.html> (consulté le 21 février 2017).
- Government of British Columbia. Community Care and Assisted Living Act, SBC 2002, c 75. Victoria, BC : Queen's Printer; 2015. Disponible à : <https://www.canlii.org/en/bc/laws/stat/sbc-2002-c-75/119519/sbc-2002-c-75.html> (consulté le 21 février 2017).

- Government of Newfoundland and Labrador. Personal Care Home Regulations, NLR 15/01. St. John's, NL : Queen's Printer; 2004. Disponible à : <https://www.canlii.org/en/nl/laws/regu/nlr-15-01/latest/nlr-15-01.html>.
- Government of Prince Edward Island. Community Care Facilities and Nursing Homes Act, RSPEI 1988, c C-13. Charlottetown, PE : 2010. Disponible à : <https://www.canlii.org/en/pe/laws/stat/rspei-1988-c-c-13/81628/rspei-1988-c-c-13.html>.
- Government of Saskatchewan. The Personal Care Homes Act, SS 1989-90, c P-6.01. Regina, SK : Queen's Printer; 2016. Disponible à : <https://www.canlii.org/en/sk/laws/stat/ss-1989-90-c-p-6.01/111221/ss-1989-90-c-p-6.01.html>.
- Howe AL, Jones AE, Tilse C. What's in a name? Similarities and differences in international terms and meanings for older peoples' housing with services. *Ageing Soc* 2013;33(4):547-78.
- Jorgensen D, Parsons M, Reid MG, Weidenbohm K, Parsons J, Jacobs S. The providers' profile of the disability support workforce in New Zealand. *Health Soc Care Community* 2009;17(4):396-405.
- Juul-Sandberg J. TENLAW: Tenancy law and housing policy in multi-level Europe - National report for Denmark. Odense, Danemark : University of Southern Denmark; 2014. Disponible à : http://findresearcher.sdu.dk/portal/files/96722865/National_Report_for_Denmark_May_2014.pdf.
- Kristensen H. Housing in Denmark. Copenhagen, Danemark : Centre for Housing and Welfare – Realdania Research; 2007. Disponible à : http://boligforskning.dk/sites/default/files/Housing_130907.pdf.
- Landry R et Lemieux V. Les politiques sociales : dilemmes des interventions de l'État-Providence. Dans : Dumont F, Langlois S, Martin Y, réd. *Traité des problèmes sociaux*. Québec, Qc : Institut québécois de recherches sur la culture; 1994 : 997-1012.
- Lemieux V. Les politiques publiques et les alliances d'acteurs. Dans : Lemieux V, Bergeron P, Bégin C, Bélanger G, réd. *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*. Québec, Qc : Presses de l'Université Laval; 1994 : 107-28.
- Li Y et Jensen GA. The impact of private long-term care insurance on the use of long-term care. *Inquiry* 2011;48(1):34-50.
- Long Term & Continuing Care Association of Manitoba. *Options for Seniors. Independent, Retirement & Assisted Living* [site Web]. Winnipeg, MB : 2017. Disponible à : http://www.ltcam.mb.ca/options_retirement.htm (consulté le 23 février 2017).
- Mathew Puthenparambil J, Kröger T, Van Aerschot L. Users of home-care services in a Nordic welfare state under marketisation: The rich, the poor and the sick. *Health Soc Care Community* 2017;25(1):54-64.

- Ministère de la Santé, Aînés et Vie active. Le vieillissement chez soi : choix de logement pour les aînés du Manitoba. Winnipeg, MB : Gouvernement du Manitoba; 2016. Disponible à : <http://www.gov.mb.ca/health/aginginplace/docs/aip.fr.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Registre des résidences privées pour aînés [site Web]. Québec, Qc : MSSS; 2016. Disponible à : <http://k10.pub.msss.rtss.qc.ca/K10accueil.asp> (consulté le 16 avril 2018).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les services d'aide à domicile et le chèque emploi-service. Québec, Qc : MSSS; 2009. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-513-02F.pdf>.
- Ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels. Rénovation de gicleurs automatiques dans tous les usages de soins [site Web]. North York, ON : Gouvernement de l'Ontario; 2016. Disponible à : https://www.mcscs.jus.gov.on.ca/french/FireMarshal/FireServiceResources/Announcements/Retrofit_fr.html.
- Ministère du Développement social. Normes et procédures des établissements résidentiels pour adultes. Fredericton, NB : Gouvernement du Nouveau-Brunswick; 2013. Disponible à : <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/Standards/AdultResidential-f.pdf>.
- Ministry of Health. Residential Care Facilities [site Web]. Victoria, BC : British Columbia Government; 2017a. Disponible à : <http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/finding-assisted-living-or-residential-care/residential-care-facilities> (consulté le 21 février 2017).
- Ministry of Health. About Assisted Living Residences [site Web]. Victoria, BC : British Columbia Government; 2017b. Disponible à : <http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/finding-assisted-living-or-residential-care/assisted-living-residences> (consulté le 21 février 2017).
- Mollica RL. Trends in state regulation of assisted living. *Generations* 2008;32(3):67-70.
- Mot E, Faber R, Geerts J, Willemé P. Performance of long-term care systems in Europe. ENEPRI Research Report No. 117. Bruxelles, Belgique : European Network of Economic Policy Research Institutes (ENEPRI); 2012. Disponible à : <https://core.ac.uk/download/pdf/16756237.pdf>.
- National Center for Assisted Living (NCAL). Assisted Living 2016 State Regulatory Review. Washington, DC : NCAL; 2016. Disponible à : https://www.ahcancal.org/ncal/advocacy/regs/Documents/2016_reg_review.pdf.
- OECD/European Union. A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. OECD Health Policy Studies. Paris, France : OECD Publishing; 2013. Disponible à : https://www.uems.eu/_data/assets/pdf_file/0003/1497/A_Good_Life_in_Old_Age_2013_OECD-EC_EN.pdf.

- Office de réglementation des maisons de retraite (ORMR). L'ORMR en bref [site Web]. Toronto, ON : ORMR 2017. Disponible à : <http://www.rhra.ca/fr/about/who-we-are/> (consulté le 20 février 2017).
- Office de réglementation des maisons de retraite (ORMR). Rapport annuel 2015-2016. Toronto, ON : ORMR; 2016. Disponible à : <https://www.rhra.ca/wp-content/uploads/2017/12/ORMR-Rapport-annuel-2015-2016.pdf>.
- Office de réglementation des maisons de retraite (ORMR). Guide en langage simple : vue d'ensemble de la nouvelle Loi de 2010 sur les maisons de retraite. Toronto, ON : ORMR; 2010. Disponible à : <https://www.rhra.ca/wp-content/uploads/2017/10/Guide-en-langage-simple-de-lORMR.pdf>.
- Office of the Assisted Living Registrar. Registrant Handbook. Assisted Living: Seniors. Vancouver, BC : British Columbia Ministry of Health; 2011. Disponible à : <https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2011/seniors-registrant-handbook.pdf>.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Panorama de la santé 2013 : les indicateurs de l'OCDE. Paris, France : Éditions OCDE; 2013. Disponible à : <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Genève, Suisse : Éditions de l'OMS; 2016. Disponible à : <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr/>.
- Protecteur du citoyen. Les résidences privées pour aînés : plus que de simples entreprises de location résidentielle. Québec, Qc : Protecteur du citoyen; 2016. Disponible à : https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/2016-06-16_droit-aines-residences-privees.pdf.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Le programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique. Québec, Qc : RAMQ; 2016. Disponible à : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/depliants/depl-aide-domestique-fr.pdf>.
- Revenu Québec. Crédit d'impôt pour maintien à domicile des aînés [site Web]. Québec, Qc : Revenu Québec; 2017. Disponible à : <https://www.revenuquebec.ca/fr/citoyens/credits-dimpot/credit-dimpot-pour-maintien-a-domicile-des-aines/>.
- Richardson GP. The basic elements of system dynamics. Dans : Meyers RA, éd. Encyclopedia of complexity and systems science. New York, NY : Springer; 2009 : 8967-74.
- Roy DA, Litvak É, Paccaud F. Des réseaux responsables de leur population : moderniser la gestion et la gouvernance en santé. Montréal, Qc : Éditions du Point; 2010.
- Ryman Healthcare. Living & Care Options [site Web]. Christchurch, Nouvelle-Zélande : Ryman Healthcare Ltd; 2017. Disponible à : <https://www.rymanhealthcare.co.nz/living-and-care-options>.

- Social Protection Committee and European Commission. Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society. Luxembourg : Publications Office of the European Union; 2014. Disponible à : <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=12808&langId=en>.
- Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). Rapport sur les résidences pour personnes âgées. Région de l'Atlantique. Ottawa, ON : SCHL; 2017a. Disponible à : http://publications.gc.ca/collections/collection_2017/schl-cmhc/nh2-33/NH2-33-2017-fra.pdf.
- Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). Rapport sur les résidences pour personnes âgées. Alberta. Ottawa, ON : SCHL; 2017b. Disponible à : http://publications.gc.ca/collections/collection_2017/schl-cmhc/nh2-32/NH2-32-2017-fra.pdf.
- Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). Rapport sur les résidences pour personnes âgées. Colombie-Britannique. Ottawa, ON : SCHL; 2017c. Disponible à : http://publications.gc.ca/collections/collection_2017/schl-cmhc/nh2-34/NH2-34-2017-fra.pdf.
- Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). Rapport sur les résidences pour personnes âgées. Fait saillants - Canada. Ottawa, ON : SCHL; 2016. Disponible à : <https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/data-and-research/publications-and-reports/seniors-housing-report>.
- Société d'habitation du Québec (SHQ). Programme AccèsLogis Québec. Québec, Qc : SHQ; 2017a. Disponible à : http://www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/documents/depliant_acceslogis.pdf.
- Société d'habitation du Québec (SHQ). Offre de services de repas et admissibilité au crédit d'impôt pour maintien à domicile des aînés [site Web]. Québec, Qc : SHQ; 2017b. Disponible à : http://www.habitation.gouv.qc.ca/actualites/actualites/article/offre_de_services_de_repas_et_admissibilite_au_credits_dimpot_pour_maintien_a_domicile_des_aines.html.
- Statistique Canada. Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2009 à 2036. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2010. Disponible à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-520-x/91-520-x2010001-fra.pdf>.
- Stevenson DG et Grabowski DC. Sizing up the market for assisted living. Health Aff (Millwood) 2010;29(1):35-43.
- Stolt R, Blomqvist P, Winblad U. Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care. Soc Sci Med 2011;72(4):560-7.
- Sykes W et Groom C. Older people's experiences of home care in England. Manchester, Royaume-Uni : Equality and Human Rights Commission; 2011. Disponible à : <https://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/research-report-79-older-peoples-experiences-of-home-care-in-england.pdf>.

- Szebehely M et Trydegard GB. Home care for older people in Sweden: A universal model in transition. *Health Soc Care Community* 2012;20(3):300-9.
- Tyvimaa T et Gibler KM. Senior house operations in Finland. *Seniors Hous Care J* 2010;18(1):77-90.
- Tyvimaa T et Kemp CL. Finnish seniors' move to a senior house: Examining the push and pull factors. *J Hous Elderly* 2011;25(1):50-71.
- UK Government. First-tier Tribunal (Care Standards) [site Web]. Londres, Angleterre : 2017a. Disponible à : <https://www.gov.uk/courts-tribunals/first-tier-tribunal-care-standards>.
- UK Government. Attendance Allowance [site Web]. Londres, Angleterre : 2017b. Disponible à : <https://www.gov.uk/attendance-allowance/overview>.
- UK Government. The Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2014. Londres, Angleterre : The Stationery Office (TSO); 2014. Disponible à : https://www.legislation.gov.uk/uksi/2014/2936/pdfs/uksi_20142936_en.pdf.
- Wiener JM, Anderson WL, Gage B. Making the system work for home care quality. *J Healthc Qual* 2009;31(2):18-23.

ANNEXE A

Stratégies de recherche d'information

Littérature scientifique

Bases de données bibliographiques

Date de la recherche : 30 janvier 2017

Limites : 2006 - ; anglais et français

PubMed (NLM)

- #1 homes for the aged/standards[mh] OR homes for the aged/organization and administration[mh] OR homes for the aged/legislation and jurisprudence[mh] OR nursing homes/standards[mh] OR nursing homes/organization and administration[mh] OR nursing homes/legislation and jurisprudence[mh] OR long-term care/standards[mh] OR long-term care/legislation and jurisprudence[mh] OR long-term care/organization and administration[mh] OR housing for the elderly/standards[mh] OR housing for the elderly/ organization and administration[mh] OR housing for the elderly/legislation and jurisprudence[mh]
- #2 quality assurance, health care[mh] OR quality of health care[mh] OR quality improvement[mh] OR quality indicators, health care[mh]
- #3 private sector[mh]
- #4 assisted living[tiab] OR care facility*[tiab] OR care home*[tiab] OR community care[tiab] OR "homes for the aged"[tiab] OR independent living[tiab] OR long-term care facilit*[tiab] OR long-term care system*[tiab] OR long-term residential care[tiab] OR nursing home*[tiab] OR old age home*[tiab] OR (older[ti] AND housing[ti]) OR residential aged care[tiab] OR residential care[tiab] OR "retirement care home*" [tiab] OR "retirement home*" [tiab] OR senior home[tiab] OR senior homes[tiab] OR "seniors' home"[tiab] OR "seniors' homes"[tiab] OR seniors home[tiab] OR seniors homes[tiab] OR senior housing[tiab] OR "seniors' housing"[tiab] OR seniors housing[tiab] OR supportive housing[tiab] OR supportive living[tiab]
- #5 advanced age[tiab] OR aged[tiab] OR ageing[tiab] OR aging[tiab] OR elder*[tiab] OR geriatric*[tiab] OR old age[tiab] OR retired[tiab] OR retiree*[tiab] OR senior*[tiab]
- #6 act[tiab] OR standard*[tiab] OR accredit*[tiab] OR regulat*[tiab] OR certifica*[tiab] OR licen*[tiab] OR polic*[tiab]
- #7 quality[tiab] OR qualcare[tiab] OR security[tiab] OR performance[tiab]
- #8 private[all fields] OR non-governmental[all fields]
- #9 (#1 AND #2 AND #3) OR (#4 AND #5 AND #6 AND #7 AND #8)
- #10 meal*[tiab] OR food[tiab] OR nutrition*[tiab] OR care[tiab] OR nursing[tiab] OR service*[tiab] OR caregiver[tiab] OR assistance[tiab] OR domestic*[tiab] OR recreation*[tiab] OR animation[tiab] OR activit*[tiab]
- #11 #4 AND #5 AND #8 AND #10
- #12 financ*[tiab] OR fund*[tiab]
- #13 #4 AND #5 AND #8 AND #12)
- #14 #9 OR #11 OR #13 = 174

CINAHL, PsycINFO, Social Sciences Abstracts, EconLit (EBSCO)

- #1 TI (assisted living OR care facility* OR care home* OR community care OR "homes for the aged" OR independent living OR long-term care OR long-term residential care OR nursing home* OR old age home* OR (older[ti] AND housing[ti]) OR residential aged care OR residential care OR "retirement care home*" OR "retirement home*" OR (senior* N2 (home OR homes or housing)) OR supportive housing OR supportive living)
- #2 AB (assisted living OR care facility* OR care home* OR community care OR "homes for the aged" OR independent living OR long-term care OR long-term residential care OR nursing home* OR old age home* OR (older[ti] AND housing[ti]) OR residential aged care OR residential care OR "retirement care home*" OR "retirement home*" OR (senior* N2 (home OR homes or housing)) OR supportive housing OR supportive living)
- #3 TI (advanced age OR aged OR ageing OR aging OR elder* OR geriatric* OR old age OR retired OR retiree* OR senior*)
- #4 AB (advanced age OR aged OR ageing OR aging OR elder* OR geriatric* OR old age OR retired OR retiree* OR senior*)
- #5 TX (act OR standard* OR accredit* OR regulat* OR certifica* OR licen* OR polic*)
- #6 TI (quality OR qualcare OR security OR performance)
- #7 AB (quality OR qualcare OR security OR performance)
- #8 TX (private OR non-governmental)
- #9 (#1 OR #2) AND (#3 OR #4) AND #5 AND (#6 OR #7) AND #8
- #10 TI (meal* OR food OR nutrition* OR nursing OR caregiver* OR assistance OR domestic* OR recreation* OR animation OR activit*)
- #11 #1 AND (#3 OR #4) AND #10 AND #8
- #12 TI financ* OR fund*
- #13 #1 AND (#3 OR #4) AND #12 AND #8
- #14 #9 OR #11 OR #13

CINAHL = 305, 237

PsycINFO = 126, 31

Social Sciences Abstracts = 32, 9

EconLit = 50, 40

Littérature grise

Date de la consultation des sites : 2 février 2017

Limites : 2006 - ; anglais et français

Évaluation des technologies en santé (ÉTS), guides de pratique et organismes gouvernementaux

International

- Guidelines International Network (G-I-N), www.g-i-n.net
- International Network for Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), <http://www.inahta.org>

Canada

- Alberta Health (<http://www.health.alberta.ca/>)
- Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (<http://www.cadth.ca/fr>)
- BC Guidelines (<http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines>)
- Health Quality Ontario (HQO), (<http://www.hqontario.ca/accueil>)
- Infobanque de l'Association médicale canadienne (AMC), <http://www.cma.ca>
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/qual/acces/wait-attente-fra.php>
- Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), Ontario (<http://www.ices.on.ca/>)
- Institute of Health Economics (IHE), Alberta (<http://www.ihe.ca/>)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Québec (<http://www.msss.gouv.qc.ca/>)
- Ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, Ontario (<https://www.mcscs.jus.gov.on.ca/>)
- Ministry of Health, Colombie-Britannique (<http://www2.gov.bc.ca/>)
- Office de réglementation des maisons de retraite (ORMR), Ontario (<http://www.rhra.ca/fr/>)
- Office of the Assisted Living Registrar (OALR), Colombie-Britannique (<http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/assisted-living-registrar>)
- Protecteur du citoyen, Québec (<https://protecteurducitoyen.qc.ca/>)
- Statistique Canada (<http://www.statcan.gc.ca/>)

États-Unis

- California Department of Health Care Services (DHCS), Californie (<http://www.dhcs.ca.gov/>)
- National Guideline Clearinghouse (NGC), <http://guideline.gov/>
- U.S. Department of Health & Human Services (<https://aspe.hhs.gov/>)
- U.S. Preventive Services Task Forces (USPSTF), <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>

Australie et Nouvelle-Zélande

- National Health and Medical Research Council (NHMRC), Australie (<http://www.nhmrc.gov.au/>)
- New Zealand Guidelines Group (NZGG), <http://www.health.govt.nz/about-ministry/ministry-health-websites/new-zealand-guidelines-group>
- Retirement Living (<http://www.retirementliving.org.au/>)

Royaume-Uni

- Care Quality Commission (CQC), <http://www.cqc.org.uk/>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), <http://www.nice.org.uk>

Belgique et France

- Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), Belgique (<https://kce.fgov.be/fr>)
- Haute Autorité de Santé (HAS), France (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249588/fr/accueil)

Sociétés, organisations et associations

- A Place for Mom Inc., États-Unis (<http://www.assistedliving.com/>)
- Age UK, Royaume-Uni (<http://www.ageuk.org.uk/>)
- British Automatic Fire Sprinkler Association (BAFSA), Royaume-Uni (<http://www.bafsa.org.uk/>)
- California Advocates for Nursing Home Reform (CANHR), États-Unis (<http://www.canhr.org/>)
- Long Term & Continuing Care Association of Manitoba, Manitoba (<http://www.ltcam.mb.ca/>)
- National Center for Assisted Living (NCAL), États-Unis (<https://www.ahcancal.org/>)
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), (<http://www.oecd.org/fr/>)
- Organisation mondiale de la santé (OMS), <http://www.who.int/fr/>
- Ryman Healthcare, Nouvelle-Zélande (<https://www.rymanhealthcare.co.nz/>)

- Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), Canada (<https://www.cmhc-schl.gc.ca/>)
- Société d'habitation du Québec (SHQ), Québec (<http://www.habitation.gouv.qc.ca/>)
- Social Protection Committee and the European Commission services, Europe (https://ec.europa.eu/commission/index_fr)

Autres sites consultés

- Campbell Collaboration (<https://www.campbellcollaboration.org/campbell-library.html>)
- Social Care Online (<http://www.scie-socialcareonline.org.uk/>)

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563
inesss.qc.ca

