

LA CERTIFICATION DES RÉSIDENCES PRIVÉES POUR ÂÎNÉS ET LA RÉPONSE AUX BESOINS DES RETRAITÉS

INTRODUCTION

Depuis le début de son expansion, dans les années 1980, le secteur des résidences privées pour aînés (RPA) s'est profondément transformé. Les interventions de l'État pour améliorer la sécurité de leurs résidents et la qualité des services qu'ils reçoivent ne sont pas étrangères à cette évolution.

Pour estimer la capacité des RPA à répondre aux besoins des retraités et, en particulier, des aînés en perte d'autonomie, nous rappellerons d'abord l'origine de l'expansion des RPA et les motifs qui ont amené le gouvernement du Québec à mettre en place un programme de certification de ces résidences. Nous décrirons ensuite sommairement en quoi consiste ce programme et quels effets il semble avoir obtenus, en nous basant principalement sur les résultats d'une étude récente subventionnée par les Instituts de recherche en santé du Canada (voir l'encadré ci-dessous). En conclusion, nous dégagerons les enjeux que soulève la poursuite de l'objectif d'assurer aux aînés résidant en RPA un milieu de vie sécuritaire et de qualité.

Notre projet de recherche visait à évaluer l'effet de la certification des RPA sur la qualité des soins qu'y reçoivent les résidents qui éprouvent des difficultés à accomplir au moins deux activités de la vie quotidienne. L'étude se divisait en deux volets. Le premier consistait à mesurer les effets de la certification sur les résidents de RPA, en Estrie et en Montérégie; l'autre portait sur l'émergence, la formulation et la mise en œuvre de la politique de certification. La méthode de sélection des résidents et les outils utilisés pour mesurer la qualité des soins avant et après la certification sont décrits dans Bravo et coll. (2014, 2014a). Pour réaliser le second volet de l'étude, nous avons examiné plusieurs documents (lois et projets de loi, règlements, guides, manuels d'application, débats à l'Assemblée nationale et en commission

parlementaire, mémoires, articles scientifiques). Entre novembre 2010 et novembre 2012, nous avons également mené 29 entrevues semi-structurées : 13 avec des agents du secteur public ayant participé à la conception ou à la mise en œuvre de la politique au palier provincial (n=4), régional (n=3) ou local (n=6), 2 avec des représentants de groupes d'intérêt et 14 avec des exploitants de RPA (9 unités et moins, n=6; 10 unités à 39, n=5; 40 unités et plus, n=3).

LES RÉSIDENCES SANS PERMIS : LORSQUE LE SECTEUR PRIVÉ COMBLE LES LACUNES DES SERVICES PUBLICS

Contrairement à une idée reçue, la plupart des aînés québécois sont pleinement autonomes et continuent de vivre dans leur domicile sans requérir d'assistance. Ce n'est qu'à partir de 75 ans qu'un nombre significatif d'aînés souffrent d'incapacités qui réduisent leur autonomie (MSSS, 2014).

Au Québec, dans les années 1960 et 1970, il était de bon aloi d'offrir à des aînés en légère perte d'autonomie – le plus souvent des femmes – une chambre dans ce que l'on appelait, selon l'époque, des foyers ou des centres d'accueil. De leur côté, les aînés souffrant de problèmes de santé importants résidaient plutôt dans les centres hospitaliers de soins de longue durée ou les unités de soins de longue durée des hôpitaux. En 1984-1985, le taux d'hébergement des personnes de 65 ans et plus s'élevait ainsi à 6,8 % (MSSS, 1997).

À partir du milieu des années 1980, cette politique d'institutionnalisation des aînés a été abandonnée. D'une part, son maintien aurait occasionné des coûts exorbitants compte tenu de la croissance anticipée du nombre de personnes âgées ; d'autre part, la grande majorité de celles-ci souhaitent demeurer chez elles plutôt que de finir leurs jours dans un établissement de soins. Ces deux arguments ont justifié de faire de



LOUIS DEMERS, Ph. D.
PROFESSEUR
ÉCOLE NATIONALE
D'ADMINISTRATION PUBLIQUE



GINA BRAVO, Ph. D.
MARIE-FRANCE DUBOIS, Ph. D.
NICOLE DUBUC, Ph. D.
PROFESSEURES
FACULTÉ DE MÉDECINE ET
DES SCIENCES DE LA SANTÉ
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
CHERCHEUSES
CENTRE DE RECHERCHE
SUR LE VIEILLESSEMENT
CSSS-INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE

CINTHIA CORBIN, M. SC.
COORDONNATRICE DE PROJETS
CENTRE DE RECHERCHE
SUR LE VIEILLESSEMENT
CSSS-IUGS



Notre engagement

À titre de membre du RQRA :

Je m'engage à respecter tous les règlements de mon regroupement.

Je déclare que j'adhère pleinement aux valeurs organisationnelles fondamentales du RQRA de respect, d'intégrité et d'excellence sur lesquelles s'appuie le RQRA pour réaliser sa mission et qu'il véhicule auprès de ses membres.

Je crois à la qualité de vie de mes résidents. Cette qualité de vie passe par le droit à la dignité, au respect, à l'autonomie, à l'intimité et à l'information.

Par conséquent :

Je m'engage

- à respecter l'ensemble des lois et règlements touchant mon secteur d'activités, notamment la Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- à agir de façon professionnelle, intègre, équitable, respectueuse et responsable à l'égard de mes résidents, de leur famille, de mes employés et de mes autres partenaires;
- à offrir des services sécuritaires et de qualité à mes résidents en m'inspirant des meilleures pratiques connues dans le domaine;
- à appliquer des règles rigoureuses d'hygiène et de propreté pour tous les aspects de l'environnement physique de ma résidence;
- à doter ma résidence de programmes ou de mécanismes d'amélioration continue de la qualité;
- à doter ma résidence d'un programme de formation continue s'adressant à l'ensemble des employés (gestionnaires, personnel clinique, préposés, employés de bureau, du service alimentaire et d'entretien, etc.);
- à favoriser, dans la mesure de mes moyens, le développement de mon secteur d'activités et à projeter une image positive des résidences pour aînés membres du RQRA.

Signature



D'autres organismes s'assurent de la qualité des services dans les résidences pour personnes âgées. Pour être membres du Réseau québécois de résidences pour aînés, les résidences doivent être certifiées et prendre cet engagement.

« Chez soi, le premier choix », comme l'affirmait le titre de la politique de soutien à domicile de 2003 (MSSS, 2003). L'effet de cette désinstitutionnalisation est saisissant : de 1985 à 2010, le nombre de « places » en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) est passé de 42 441 à 33 996, faisant chuter le taux d'hébergement de 6,8 % à 2,9 % (MSSS, 2011)¹.

En dépit de cette primauté officiellement accordée au domicile comme milieu de vie (MSSS, 1994, 2003, 2005), les budgets minimes consacrés au

soutien à domicile dans les années 1970 n'ont jamais cru suffisamment par la suite pour appliquer cette pensée; ce qui aurait été nécessaire pour faire du chez-soi des aînés en perte d'autonomie l'axe d'une offre de services qui leur permette de poursuivre leur existence dans des conditions sécuritaires (Demers et Pelchat, 2013).

C'est en conjonction directe avec cette évolution de l'offre de services publics de longue durée qu'un marché de résidences privées avec services s'adressant à une clientèle aînée a pris son essor dans les années 1980. Un grand nombre de résidences de type unifamilial et une variété de résidences de taille moyenne et de maisons de chambre se sont ainsi déployées à la grandeur du Québec pendant que des complexes haut de gamme se multipliaient dans les grands centres urbains.

Pendant quelques années, ce marché des résidences avec services s'est développé sans que le gouvernement n'intervienne pour le réglementer. La piètre qualité des services qu'offraient certaines résidences (Bravo et coll., 1999) et les risques pour la sécurité de leurs résidents que d'autres posaient (Bravo et coll., 2002) ont toutefois fait les manchettes. Des cas d'abus et de négligence envers des résidents ont également été rapportés (MSSS, 1994a).

Avec la refonte de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), en 1991, le MSSS s'est reconnu une responsabilité envers les aînés en perte d'autonomie logés en résidence privée. La loi interdisait désormais à quiconque d'exercer les activités propres à un CHSLD sans détenir un permis délivré par le ministre (article 437). Un recensement de ces « résidences sans permis » a ainsi été mené en 1994. Il dressait le portrait suivant : en juin 1994, le Québec comptait 2 450 résidences privées, offrant 82 000 places dont le taux d'occupation était de 81 %. Le quart des résidents requéraient des services (aide et assistance, soins infirmiers, surveillance). Les immeubles de neuf unités d'habitation ou moins constituaient la moitié du parc de résidences mais n'accueillaient que 9 % de la clientèle. À l'inverse, les immeubles offrant 100 places et plus ne comptaient que pour 8 % des résidences mais logeaient

¹ En 2010, il faut ajouter à ce nombre de places en CHSLD 5 852 places en ressources intermédiaires (RI) et 2 225 en ressources de type familial (RTF) (MSSS, 2011).

plus de 50 % de la clientèle (Demers-Allan, 1999; MSSS, 1994a).

LA CERTIFICATION DES RPA : UN PROCESSUS ÉVOLUTIF

La priorité donnée à la reconfiguration du « réseau » et au virage ambulatoire peut sans doute, en partie, expliquer l'absence de suivi législatif ou réglementaire pour redresser la situation, et ce, jusqu'en 2002. L'Assemblée nationale du Québec adoptait alors le projet de loi n° 101 qui créait juridiquement les résidences pour personnes âgées (RPA)² et instituait un registre sur lequel elles devraient obligatoirement s'inscrire.

Cinq ans s'écouleront encore avant que le processus de certification ne soit mis en branle. Avec l'adoption du projet de loi n° 83, en 2005, les RPA sont d'abord légalement tenues d'obtenir un certificat de conformité délivré par l'agence régionale de la santé et des services sociaux de leur territoire. Le règlement sur les conditions d'obtention de ce certificat entre lui-même en application le 1^{er} février 2007. Pour recevoir son certificat de conformité, une résidence doit satisfaire à 24 des articles du règlement qu'un évaluateur du Conseil québécois d'agrément (CQA) vient vérifier sur place. Tant qu'une infraction au règlement subsiste, une résidence n'est pas certifiée. Dans ce cas, la consigne prévalant dans le « réseau » est de ne pas leur adresser de personnes.

Le règlement comprend une série de « critères sociosanitaires » sur l'échange d'information, la santé et la sécurité des résidents, l'alimentation et la médication. À ceux-ci s'ajoutent des « exigences » qui rendent l'obtention du certificat de conformité conditionnelle au respect des lois et des règlements généraux, comme la Loi sur les produits alimentaires, la Loi sur la sécurité dans les édifices publics, la Loi sur le bâtiment et les règlements municipaux en matière d'hygiène, de salubrité, de sécurité ou de construction. Selon les personnes que nous avons interviewées dans le cadre de notre recherche, quatre articles du règle-

ment ont posé d'importantes difficultés d'application.

Les deux premiers portent sur la délégation, à des employés d'une RPA, des soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne et de l'administration des médicaments. Le Code des professions autorise que l'on délègue de tels actes dans la mesure où ceux-ci sont posés dans le cadre du programme de soutien à domicile d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) (art. 39.7 et 39.8). En pratique, cette délégation suppose que des infirmières et des infirmiers du CSSS évaluent la condition des résidents qui pourraient recevoir ces soins, forment les employés des RPA de leur territoire appelés à les donner et leur confient ces actes selon les règles de soins du CSSS. Pour plusieurs RPA, le plus souvent de petite ou de moyenne taille, l'application de ces règles de soins implique que ce qui était autrefois accompli de manière informelle se fasse désormais selon un protocole et soit noté dans un dossier sujet à vérification par le personnel infirmier du CSSS. Ces procédures occasionnent toutefois un surcroît de travail pour l'exploitant et le personnel, ce qui réduit le temps qu'ils peuvent consacrer aux résidents. Il faut enfin signaler que les règles de soins varient d'un CSSS à l'autre, les exigences qu'elles posent ne sont pas uniformes.

Les deux autres articles dont l'application a posé problème ont trait à la sécurité des résidents. Le premier porte sur l'obligation faite aux RPA d'établir un plan de sécurité incendie en collaboration avec le service incendie de leur municipalité. Le second a pour objet le respect de la Loi sur le bâtiment et de la Loi sur la sécurité dans les édifices publics ou, pour ce qui est des immeubles comptant neuf unités d'habitation ou moins, des règlements municipaux³. Selon ces règlements et parce que la rigueur de l'application des normes générales varie d'une localité à l'autre, certaines RPA devaient apporter des correctifs, parfois coûteux, pour accroître la sécurité de leur édifice

² « Une résidence pour personnes âgées est un immeuble d'habitation collective où sont offerts, contre le paiement d'un loyer, des chambres ou des logements destinés à des personnes âgées et une gamme plus ou moins étendue de services, principalement reliés à la sécurité et à l'aide à la vie domestique ou à la vie sociale, à l'exception d'une installation maintenue par un établissement et d'un immeuble ou d'un local d'habitation où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire ou d'une ressource de type familial. » (article 346.01 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, modifié en novembre 2011).

³ Les résidences de neuf unités ou moins, n'étant pas des édifices publics au sens de la Loi sur la sécurité dans les édifices publics et de la Loi sur le bâtiment, étaient assujetties aux règlements de leur municipalité en matière de sécurité. Depuis l'entrée en vigueur du nouveau règlement visant les RPA, en 2013, les petites RPA doivent elles aussi respecter ces lois.



La qualité et la sécurité tiennent en partie à la hausse des coûts qui se répercutent sur les loyers et posent un problème d'accessibilité aux moins nantis.

avant d'obtenir leur certificat de conformité tandis que d'autres, de nature et de fonctionnement plutôt comparables, obtenaient leur certificat sans devoir apporter d'améliorations à leur résidence. Sur la base de l'expérience acquise lors de la première vague de certification, la LSSSS est modifiée en novembre 2009 par la sanction du projet de loi n° 56. Celui-ci fait passer la durée de validité d'un certificat de deux ans à trois et le délai requis pour faire une demande de renouvellement d'un certificat de 90 jours à six mois. Ces modifications entrent en vigueur le 1^{er} février 2010. Au CQA, l'interprétation des critères de certification est également revue pour en resserrer et en uniformiser l'application.

En novembre 2011, l'Assemblée nationale adopte le projet de loi n° 16. La loi sur les services de santé et les services sociaux désigne désormais une RPA comme une résidence privée pour aînés et lui donne une nouvelle définition⁴. En mars 2013, le règlement qui fait suite à ce changement législatif entre en vigueur. Beaucoup plus détaillé que celui qu'il remplace⁵, il accroît et précise les obligations auxquelles l'exploitant d'une RPA doit satisfaire pour obtenir et renouveler son certificat de conformité. Parmi les nouvelles obligations, on note : l'instauration d'une attestation temporaire de

conformité préalable à l'obtention d'un premier certificat, la vérification des antécédents judiciaires du personnel et des bénévoles œuvrant dans une RPA, la fixation du nombre de surveillants requis en tout temps dans une résidence selon sa taille, la spécification des compétences et de la formation requises des préposés et l'instauration d'un registre des incidents et des accidents.

Le règlement distingue aussi deux catégories de RPA selon qu'elles offrent des services destinés à des personnes âgées autonomes ou semi-autonomes. La différence entre les deux tient à leur offre de services et non à leur clientèle. La nuance est subtile, mais importante : toutes les RPA peuvent accueillir des aînés en perte d'autonomie, mais seules celles du second type peuvent donner elles-mêmes des soins infirmiers ou des services d'assistance personnelle. Les autres doivent recourir à un tiers, comme le CSSS, pour les offrir. Selon les données du registre des RPA en date du 2 avril 2014, 8,8 % des RPA sont du premier type, 80,1 % du second type et 11,1 % ont une offre de services mixte.

La nouvelle réglementation incorpore aussi les précisions apportées par un comité interministériel aux normes de sécurité incendie dans les RPA (MSP 2011). Jusque là, les services incendie des municipalités devaient porter un jugement sur les risques encourus par les aînés habitant une RPA à partir de critères imprécis, susceptibles d'être interprétés et appliqués avec un degré variable de rigueur. Ces précisions visaient surtout à appuyer les services incendie des petites municipalités, ceux des grands centres urbains disposant déjà d'une expertise en matière de prévention des incendies.

À partir du 18 mars 2013, les RPA sont également assujetties au chapitre Bâtiment du Code de sécurité. Ce chapitre comporte une série d'exigences de sécurité incendie auxquelles les propriétaires de RPA doivent se conformer à des dates variées jusqu'en mars 2018. L'installation d'avertisseurs de fumée et d'un système de détection et d'alarme incendie ainsi que l'ajout de séparations coupe-

⁴ «Aux fins de la présente loi, est une résidence privée pour aînés 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» (art. 346.0.1 de la LSSSS).

⁵ Alors que le règlement de 2007 avait 26 articles, celui de 2013 en compte 88.

feu en font partie. Il faut signaler en dernier lieu l'obligation pour les RPA d'avoir installé des dispositifs de limitation de la température de l'eau chaude au plus tard en décembre 2013.

Confrontés à des investissements parfois majeurs pour satisfaire à ces nouvelles normes, près d'une centaine de propriétaires auraient choisi de fermer leur résidence ou d'en faire un édifice purement locatif en 2013-2014 (Dubuc, 2014). Conséquemment, le MSSS reporte au 1er avril 2015 la date ultime à laquelle l'exploitant d'une RPA devra avoir vérifié les antécédents judiciaires de ses employés et de ses bénévoles. Les RPA dont les services sont destinés à des aînés autonomes et qui comptent moins de 50 unités de logement se voient en outre autorisés à reporter jusqu'au 31 octobre 2015 l'installation d'un système d'appel à l'aide et l'atteinte d'un seuil minimal de personnel en tout temps (MSSS, 2014).

LES EFFETS DE LA CERTIFICATION SUR LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ

Selon l'étude que nous avons réalisée, la certification semble avoir contribué à rehausser la sécurité des RPA et la qualité des services qui y sont offerts. Une analyse comparative de la qualité des soins donnés aux résidents de RPA de l'Estrie et de la Montérégie entre 1995-2000 et 2010-2012 a ainsi montré que la proportion de résidents recevant des soins adéquats est passée de 79,7 % à 92,1 % (Bravo et coll., 2014, p. 332). Comme le signalent les auteurs de l'étude, cette amélioration implique néanmoins qu'environ 9 000 personnes âgées résidant en RPA ne bénéficient toujours pas de services adéquats en 2010-2012.

Ces résultats, obtenus au moyen d'un outil standardisé – l'échelle de mesure de l'adéquation des soins (Phillips, Morrison et Chae, 1990) –, vont dans le même sens que le jugement, porté par les résidents en mesure de s'exprimer et les exploitants des résidences, sur l'évolution de la qualité des services entre les deux périodes. Ces effets positifs doivent toutefois être interprétés en tenant compte des deux facteurs suivants. Premièrement, en 2010-2012, les résidents des RPA souffraient de limitations cognitives et fonctionnelles moins sévères qu'en 1995-2000. Leurs besoins



Les résidences de 100 unités et plus ont pris une place prépondérante en moins de 10 ans.

étaient donc alors moins grands qu'à la fin des années 1990. Deuxièmement, l'amélioration observée de la qualité des soins résulte en partie de la réduction du nombre de RPA comptant neuf unités et moins. Dans les deux périodes d'observation, ce sont ces résidences dont la qualité des services laissait le plus à désirer.

Selon les données extraites du registre des RPA, le Québec comptait 919 RPA de moins de 10 unités le 31 mars 2008, soit un an après le démarrage de la première ronde de certification⁶. Ce nombre a chuté de 312 en six ans pour atteindre 607 en mars 2014, soit une baisse de 33,9%. Pendant ce temps, le nombre total de résidences passait de 2 279 à 1 947 (-14,6%) tandis que le nombre d'unités d'habitation augmentait de 95 742 à 111 150 (+16,1%). Cette évolution contrastée témoigne de la place

Environ 9 000 personnes âgées résidant en RPA ne bénéficient toujours pas de services adéquats en 2010-2012.

⁶ En 2007, le nombre de résidences qu'indique le registre des RPA est artificiellement bas du fait de l'entrée en vigueur du règlement sur la certification.



La certification semble avoir contribué à rehausser la sécurité des RPA et la qualité des services qui y sont offerts. Selon les données montréalaises, en 10 ans, la proportion de résidents recevant des soins adéquats est passée de 79,7 % à 92,1 %.

prépondérante prise par les résidences de 100 unités et plus pendant cette période, leur nombre passant de 272 à 342 (+25,7 %). Si la certification n'a pas causé à elle seule cette évolution du marché, elle y a néanmoins directement contribué.

L'effet indirect de la certification sur la qualité des soins rejoint le propos de certains de nos informateurs. Selon ceux qui ont suivi le processus de certification, à l'échelle du Québec ou d'une région, la première tournée de certification a avant tout eu pour effet d'instaurer des conditions propices à l'amélioration des pratiques de soins comme la formalisation de l'administration des médicaments. Ces observateurs n'escomptaient

Un problème d'accessibilité se pose pour les aînés moins nantis.

pas de modifications d'envergure à court terme quant à la qualité des soins, même si, à long terme, c'était toujours cet objectif qui restait visé. Il faut par ailleurs noter qu'à cette époque les vérifications faites par le CQA portaient sur la conformité des documents et non sur celle des comportements. D'autre part, des exploitants de petites et de moyennes résidences ont souligné que le temps passé par leur personnel à « remplir des papiers » réduisait d'autant celui qu'ils

pouvaient consacrer à prendre soin des résidents et contribuait à faire perdre à leur résidence son caractère familial.

L'effet de la certification sur la sécurité des RPA est plus difficile à établir avec précision. On peut toutefois avancer que cet effet s'apparente à celui que nous venons de dégager pour la qualité des soins. Premièrement, la certification a forcé plusieurs propriétaires de RPA à faire un « choix d'affaires », c'est-à-dire soit à investir pour mettre leur résidence aux normes si elle ne l'était pas déjà, soit à abandonner ce marché. Un certain nombre de propriétaires ont ainsi investi dans des moyens de prévention et de protection contre les incendies (murs pare-feu, systèmes d'alarme, gicleurs et autres) qui ont amélioré la sécurité de leur résidence.

Deuxièmement, au cours des dernières années, le marché des RPA s'est nettement déplacé vers les résidences de 100 unités et plus, comme nous l'avons indiqué ci-dessus. Ces édifices récents offrent d'emblée un environnement physique sécuritaire puisqu'ils répondent à des normes exigeantes en matière de construction et de sécurité.

Troisièmement, selon nos informateurs, les RPA posant de réels dangers à leurs résidents ont pratiquement disparu. L'augmentation du nombre de représentants d'organismes publics portant un regard extérieur sur le fonctionnement des RPA – agence régionale, infirmière du CSSS, commissaire régional aux plaintes, CQA, Régie du bâtiment, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, service municipal de sécurité incendie – a en effet permis d'assurer une surveillance plus efficace des situations problématiques et d'intervenir pour les corriger.

Bref, l'effet positif de la certification sur la qualité des services et la sécurité dans les RPA tient en bonne partie à la hausse des coûts liée au respect des conditions d'obtention d'un certificat de conformité. Ces coûts se répercutant sur le montant des loyers, un problème d'accessibilité se pose pour les aînés moins nantis. En 2010-

⁷ C'est-à-dire où l'occupant reçoit moins d'une heure et demie de soins par jour.

⁸ Le loyer moyen pour une chambre se compare à celui d'un appartement pour chacune des catégories de résidence.

⁹ C'est-à-dire où l'occupant reçoit une heure et demie de soins par jour ou plus.

2012, seulement 7,5 % des résidents des RPA de l'Estrie et de la Montérégie s'estimaient pauvres ou très pauvres contre 27,6 % en centre d'hébergement de soins de longue durée, en ressources intermédiaires ou en ressources de type familial (Bravo et coll., 2014a). Selon la Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL), le coût moyen d'un appartement standard⁷ dans une RPA au Québec en février 2014 était de 1 557 \$. Il était de 1 322 \$ dans une résidence comptant de 10 à 49 unités, de 1 425 \$ dans une résidence de 50 à 89 unités et de 1 613 \$ dans une résidence de 90 unités et plus⁸ (SCHL, 2014, p. 59). Le loyer moyen d'une unité « avec soins assidus⁹ » s'élevait de son côté à 2 656 \$ (SCHL, 2014, p. 15). À titre de comparaison, le montant maximal de « contribution financière des adultes hébergés » pour une chambre individuelle en CHSLD était de 1 758 \$ en décembre 2014 (RAMQ, 2014).

LA CERTIFICATION ET LA RÉPONSE AUX BESOINS DES RETRAITÉS

La certification des résidences privées pour aînés permet-elle de répondre aux besoins des retraités, nouveaux et anciens ? En contribuant à rehausser la sécurité des aînés résidant en RPA et la qualité des soins qu'ils y reçoivent, elle a du même coup concouru à satisfaire les *baby-boomers*, qui ont des attentes plus élevées que leurs parents quant à leurs conditions de vie à la retraite (Brown-Wilson, 2008). Les critères d'appréciation des *baby-boomers* s'appliquant aussi aux conditions de vie de leurs parents, on peut présumer que l'évolution récente du marché des RPA est également une réponse à ces exigences.

Quant aux retraités de longue date, nous avons pu observer au cours de notre recherche que bon nombre d'entre eux se plaisaient dans de petites résidences n'offrant le plus souvent que des chambres ou de petits appartements, à un coût moindre que dans les grands complexes immobiliers. Plusieurs exploitants compensent l'absence de luxe ou de personnel professionnel en entretenant une ambiance familiale que plusieurs résidents apprécient.

On ne peut que se réjouir à l'idée que l'on protège mieux les aînés résidant en RPA des risques de périr dans un incendie, de recevoir des soins inappropriés ou d'être victimes d'abus et de

maltraitance. En contrepartie, on doit admettre que ces avancées limitent leur éventail de choix. D'une part, compte tenu du risque que pose, pour une personne peu autonome, le fait de vivre dans une résidence où elle ne pourra pas être évacuée à temps en cas d'incendie, on ne lui laisse plus le loisir d'assumer ce risque. Elle devra donc être relocalisée dans une autre résidence même si ce n'est pas ce qu'elle désire.

D'autre part, comme nous l'avons signalé, l'amélioration de la sécurité des aînés vivant en RPA et de la qualité des soins qu'ils y reçoivent va de pair avec une hausse des coûts de fonctionnement des résidences et, par suite, du prix des loyers. Ne pouvant répartir sur un large bassin de clients le coût des changements requis pour mettre leur résidence aux normes de conformité, plusieurs propriétaires de petites et de moyennes RPA ont choisi de se retirer de ce marché. Ce faisant, la certification a accéléré la marginalisation de ces résidences, limitant du même coup les options offertes aux aînés. C'est particulièrement le cas dans les zones moins densément peuplées et dans les quartiers défavorisés des grandes villes, là où la clientèle n'a accès ni financièrement ni géographiquement à des complexes résidentiels.

L'application du règlement sur la certification des RPA adopté en 2013 accroît les exigences de qualité et de sécurité des résidences et, par voie de conséquence, occasionnera des dépenses supplémentaires pour plusieurs d'entre elles. Si ces augmentations ont pour effet de rehausser le niveau des loyers, ce qui est probable, le gouvernement du Québec se trouvera tôt ou tard confronté à la nécessité d'intervenir dans le domaine des soins de longue durée pour en faciliter l'accès. Ce pourrait être en rehaussant l'offre de services à domicile, en bonifiant les programmes d'accès au logement, en augmentant les places en ressources intermédiaires et de type familial ou en apportant une aide financière aux propriétaires de RPA. Autrement, les retraités qui n'ont ni maison à vendre ni régime de retraite substantiel dans lequel puiser seront acculés à

La certification a du même coup concouru à satisfaire les *baby-boomers*, qui ont des attentes plus élevées que leurs parents quant à leurs conditions de vie à la retraite.

vivre dans des lieux d'habitation inadéquats ou à faire peser sur leurs proches un fardeau économique que ceux-ci ne voudront ou ne pourront peut-être pas toujours assumer.

• SERVICE GRATUIT •



**HÉBERGEMENT
Conseil** Inc.

*Un service complet de ressources spécialisées
pour vous accompagner dans votre recherche
d'hébergement.*

 **888-902-3778**
www.hebergement.qc.ca

Déménagement CA Service d'accompagnement **PRESTIGE**

www.demenagementca.com

(514) (450) (800) **668-5203** **65 ans +** **10% de rabais**

Évaluation	Triage	Entreposage
Planification	Emballage	Décoration
Coordination	Déballage	Plan 2D

RÉFÉRENCES

Bravo, G., M.-F. Dubois, L. Demers, N. Dubuc et coll. (2014), « Does regulating private long-term care facilities lead to better care? A study from Quebec, Canada », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 26, no 3, p. 330-336.

Bravo, G., M.-F. Dubois, N. Dubuc, L. Demers et coll. (2014a) « Comparing the resident population of private and public long-term care facilities over a 15-year period: a study from Quebec, Canada » *Ageing and Society*, doi:10.1017/S0144686X14000725.

Bravo, G., M.-F. Dubois, P. De Wals et coll. (2002), « Relationship between regulatory status, quality of care and 3-year mortality in Canadian residential care facilities: A longitudinal study », *Health Services Research*, vol. 37, no 5, p. 1181-1195.

Bravo, G., M.-F. Dubois, M. Charpentier, P. De Wals et A. Émond (1999), « Quality of care in unlicensed homes for the aged in the Eastern Townships of Quebec », *Canadian Medical Association Journal*, May 18, vol. 160, no 10, p. 1441-1445.

Brown-Wilson, K. (2008), « Tomorrow's Assisted Living. Inseparable from the Looming Financial Crisis in Long-Term Care » dans S. M. Golant et J. Hyde (dir.), *The Assisted Living Residence. A Vision for the Future*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.

Demers, L. et Y. Pelchat (2013) « Mésestimée et méconnue, la contribution des services de soutien à domicile au vieillir chez soi », *Revue canadienne de politique sociale/Canadian Review of Social Policy*, nos 68-69, p. 39-54.

Demers-Allan, A. (1999), « Nouveaux modes d'hébergement/les ressources résidentielles », *Forum québécois sur le vieillissement. Une société québécoise vieillissante: Le bogue de l'an 2010?*, Association québécoise de gérontologie, p. 30-32.

Dubuc, A. (2014), « Résidences pour personnes âgées: une centaine de fermetures », *La Presse*, 6 mai. <http://affaires.lapresse.ca/economie/quebec/201405/05/01-4763917-residences-pour-personnes-agees-une-centaine-de-fermetures.php> (page consultée le 28 novembre 2014).

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2014), <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Limitations-dans-les-activites-selon-lage-et-selon-le-sexe> (page consultée le 25 septembre 2014).

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011), *Info-Hébergement*, septembre.

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003), *Chez soi: le premier choix. La politique de soutien à domicile*, Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997), *Recueil des fiches statistiques rédigées dans le cadre du dossier « Bilan et perspectives pour le système sociosanitaire québécois »*, Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994), *Les services à domicile de première ligne*. Cadre de référence, Québec.

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

Ministère de la Sécurité publique (2011), *Complément au Guide pratique. La prévention des incendies et l'évacuation des résidences hébergeant des personnes âgées*, novembre.

Phillips L. R., E. F. Morrison et Y. M. Chae (1990), « The QUALCARE Scale: Developing an instrument to measure quality of care », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 27, p. 61-75.

Régie de l'assurance maladie du Québec (2014), <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/Pages/hebergement-etablissement-public.aspx> (page consultée le 4 décembre 2014).

Société canadienne d'hypothèque et de logement (2014), *Rapport sur les résidences pour personnes âgées*. Québec, http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/65989/65989_2014_A01.pdf?lang=fr (page consultée le 29 novembre 2014).