

## **INFORMATION TO USERS**

This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.

**The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted.** Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.

In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps. Each original is also photographed in one exposure and is included in reduced form at the back of the book.

Photographs included in the original manuscript have been reproduced xerographically in this copy. Higher quality 6" x 9" black and white photographic prints are available for any photographs or illustrations appearing in this copy for an additional charge. Contact UMI directly to order.

**UMI<sup>®</sup>**

**Bell & Howell Information and Learning  
300 North Zeeb Road, Ann Arbor, MI 48106-1346 USA  
800-521-0600**

**Université de Sherbrooke**

**IDENTIFICATION DES FACTEURS ASSOCIÉS À LA QUALITÉ DES SOINS ET  
DÉVELOPPEMENT D'UN OUTIL DE REPÉRAGE DES RESSOURCES  
D'HÉBERGEMENT DISPENSANT DES SOINS INADÉQUATS À LEUR  
CLIENTÈLE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE**

**par**

**Marie-France Dubois**

**Programme des Sciences Cliniques**

**Thèse présentée à la Faculté de médecine  
en vue de l'obtention du grade de  
philosophiae doctor (Ph.D.) en Sciences cliniques**

**Le 1<sup>er</sup> mai 1998**



National Library  
of Canada

Acquisitions and  
Bibliographic Services

395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

Bibliothèque nationale  
du Canada

Acquisitions et  
services bibliographiques

395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

*Your file Votre référence*

*Our file Notre référence*

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-40522-2

**Canada**

## **MEMBRES DU JURY DE LA THÈSE**

**Madame Hélène Payette, Ph.D.** (Présidente du jury)  
Directrice du programme des sciences cliniques  
Université de Sherbrooke  
Centre de recherche en gérontologie et gériatrie  
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

**Madame Gina Bravo, Ph.D.** (Directrice de thèse)  
Département des sciences de la santé communautaire  
Université de Sherbrooke  
Centre de recherche en gérontologie et gériatrie  
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

**Monsieur René Verreault, Ph.D.** (Membre extérieur à l'Université)  
Département de médecine sociale et préventive  
Université Laval  
Unité de recherche en gériatrie  
Centre St-Augustin, Beauport

**Monsieur Jean-François Boivin, Ph.D.** (Membre extérieur à l'Université)  
Département d'épidémiologie et de biostatistiques  
Université McGill  
Centre d'épidémiologie clinique et de recherche en santé publique  
Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis, Montréal



## TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES .....	ii
LISTE DES TABLEAUX .....	v
LISTE DES FIGURES .....	viii
LISTE DES ENCADRÉS .....	x
LISTE DES SIGLES ET DES SYMBOLES .....	xi
RÉSUMÉ .....	xv
I INTRODUCTION.....	1
II PROBLÉMATIQUE .....	3
III OBJECTIFS .....	11
IV RECENSION DES ÉCRITS .....	12
IV.1 Mesure de la qualité des soins .....	12
IV.2 Relation entre les caractéristiques générales de la résidence et la qualité des soins .....	23
IV.3 Relation entre les caractéristiques du personnel et la qualité des soins .....	37
IV.4 Relation entre les caractéristiques des résidants et la qualité des soins .....	39
IV.5 Outil de repérage .....	51
V MÉTHODOLOGIE.....	60
V.1 Population visée et stratégie d'échantillonnage.....	60
V.2 Recrutement des participants .....	64
V.3 Déroulement des entrevues.....	66

V.4	Instruments de mesure .....	67
V.4.1	Grille d'évaluation de la qualité des soins .....	68
V.4.2	Questionnaire d'informations générales.....	73
V.4.3	Variables complémentaires.....	74
V.5	Taille de l'échantillon .....	75
V.6	Analyses statistiques .....	80
V.6.1	Définition des variables dépendantes et indépendantes.....	80
V.6.2	Description de l'échantillon .....	81
V.6.3	Développement des modèles de prédiction .....	82
V.6.4	Choix des seuils.....	86
VI	RÉSULTATS .....	89
VI.1	Recrutement des résidences et des personnes âgées hébergées .....	89
VI.2	Caractéristiques des ressources d'hébergement.....	92
VI.3	Caractéristiques des personnes âgées hébergées.....	97
VI.4	Qualité des soins dispensés par les ressources d'hébergement .....	99
VI.5	Facteurs associés à une mauvaise qualité des soins .....	102
VI.6	Outil de repérage des ressources d'hébergement dispensant des soins inadéquats.....	117
VI.6.1	Qualité globale des soins .....	121
VI.6.2	Espace réservé à la personne âgée .....	125
VI.6.3	Ensemble de la résidence.....	129
VI.6.4	Soins physiques.....	132
VI.6.5	Maintien des soins de santé .....	135
VI.6.6	Aspect psychosocial des soins .....	138
VI.6.7	Respect des droits .....	142
VI.6.8	Situation financière .....	145
VII	DISCUSSION.....	150
VII.1	Aspects méthodologiques.....	150
VII.2	Étude des facteurs reliés à la qualité des soins .....	154
VII.3	Outil de repérage .....	163
VII.3.1	Peut-on améliorer la performance de l'outil ? .....	165
VII.3.2	Comment utiliser l'outil de façon optimale ?.....	170
VIII	CONCLUSION .....	174

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>178</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>180</b>
<b>ANNEXE I Questionnaire d'informations générales .....</b>	<b>191</b>
<b>ANNEXE II Grille d'évaluation de la qualité des soins.....</b>	<b>198</b>
<b>ANNEXE III Outil de repérage des ressources d'hébergement dispensant des soins inadéquats à leur clientèle âgée en perte d'autonomie .....</b>	<b>221</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau IV.1	Indices de qualité rencontrés lors de la recension des écrits .....	15
Tableau IV.2	Relation entre la taille de la résidence et la qualité des soins.....	24
Tableau IV.3	Relation entre le type d'organisation et la qualité des soins.....	27
Tableau IV.4	Relation entre les montants perçus et la qualité des soins.....	30
Tableau IV.5	Relation entre d'autres caractéristiques générales et la qualité des soins .....	32
Tableau IV.6	Relation entre les ressources humaines et la qualité des soins.....	38
Tableau IV.7	Relation entre les heures du personnel et la qualité des soins.....	40
Tableau IV.8	Relation entre d'autres caractéristiques du personnel et la qualité des soins .....	41
Tableau IV.9	Relation entre la lourdeur de la clientèle et la qualité des soins.....	43
Tableau IV.10	Relation entre d'autres caractéristiques des résidants et la qualité des soins .....	47
Tableau IV.11	Distinction entre le dépistage et le repérage .....	52
Tableau IV.12	Résultats d'un test de repérage .....	56
Tableau V.1	Dénombrement des ressources d'hébergement situées en Estrie, selon le réseau et la taille.....	62
Tableau V.2	Liste des variables mises en relation avec la qualité des soins.....	69
Tableau V.3	Nombre de ressources d'hébergement (nombre de sujets par ressource) devant être tirées de chacune des strates du plan de sondage.....	79
Tableau V.4	Interactions utilisées comme variables indépendantes .....	81

Tableau VI.1	Caractéristiques des ressources d'hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie .....	93
Tableau VI.2	Caractéristiques des personnes âgées en perte d'autonomie habitant les ressources d'hébergement .....	98
Tableau VI.3	Qualité des soins dispensés par les ressources d'hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie.....	99
Tableau VI.4	Relations bivariées entre les différentes cotes de qualité et l'ensemble des variables indépendantes.....	103
Tableau VI.5	Relations entre les différentes cotes de qualité et les termes d'interaction .....	106
Tableau VI.6	Liste des facteurs ayant un effet spécifique sur la cote globale ainsi que sur la cote à chacune des sous-échelles de la <i>Grille d'Évaluation de la Qualité des Soins</i> .....	109
Tableau VI.7	Validité prédictive de l'outil pour la qualité globale des soins (critère de soins inadéquats : cote > 2).....	123
Tableau VI.8	Validité prédictive de l'outil pour la qualité globale des soins (critère de soins inadéquats : cote > 3).....	124
Tableau VI.9	Validité prédictive de l'outil pour la qualité de l'espace réservé à la personne âgée (critère de soins inadéquats : cote > 2).....	127
Tableau VI.10	Validité prédictive de l'outil pour la qualité de l'espace réservé à la personne âgée (critère de soins inadéquats : cote > 3).....	128
Tableau VI.11	Validité prédictive de l'outil pour la qualité de l'ensemble de la résidence (critère de soins inadéquats : cote > 2).....	130
Tableau VI.12	Validité prédictive de l'outil pour la qualité de l'ensemble de la résidence (critère de soins inadéquats : cote > 3).....	131
Tableau VI.13	Validité prédictive de l'outil pour la qualité des soins physiques (critère de soins inadéquats : cote > 2).....	134
Tableau VI.14	Validité prédictive de l'outil pour la qualité des soins physiques (critère de soins inadéquats : cote > 3).....	134

Tableau VI.15	Validité prédictive de l'outil pour la qualité du maintien des soins de santé (critère de soins inadéquats : cote > 2) .....	137
Tableau VI.16	Validité prédictive de l'outil pour la qualité du maintien des soins de santé (critère de soins inadéquats : cote > 3) .....	138
Tableau VI.17	Validité prédictive de l'outil pour la qualité de l'aspect psychosocial des soins (critère de soins inadéquats : cote > 2).....	140
Tableau VI.18	Validité prédictive de l'outil pour la qualité de l'aspect psychosocial des soins (critère de soins inadéquats : cote > 3).....	141
Tableau VI.19	Validité prédictive de l'outil pour la qualité du respect des droits (critère de soins inadéquats : cote > 2).....	144
Tableau VI.20	Validité prédictive de l'outil pour la qualité du respect des droits (critère de soins inadéquats : cote > 3).....	144
Tableau VI.21	Validité prédictive de l'outil pour la qualité de la situation financière (critère de soins inadéquats : cote > 2).....	146
Tableau VI.22	Validité prédictive de l'outil pour la qualité de la situation financière (critère de soins inadéquats : cote > 3).....	147
Tableau VI.23	Validité prédictive de l'outil de repérage – résumé.....	149
Tableau VII.1	Impact de l'ajout de l'opinion d'un résidant choisi aléatoirement sur la capacité de repérage de l'outil .....	168
Tableau VII.2	Sensibilité et spécificité associées à l'utilisation suggérée de l'outil .....	172

## LISTE DES FIGURES

Figure IV.1	Relation entre la taille de la résidence et la qualité des soins.....	25
Figure IV.2	Relation entre le type d'organisation et la qualité des soins.....	28
Figure IV.3	Relation entre les montants perçus et la qualité des soins.....	31
Figure IV.4	Relation entre la lourdeur de la clientèle et la qualité des soins.....	45
Figure IV.5	Processus d'identification des ressources dispensant des soins inadéquats aux personnes âgées en perte d'autonomie.....	54
Figure VI.1	Synthèse du processus de recrutement des ressources d'hébergement.....	90
Figure VI.2	Synthèse du processus de recrutement des personnes âgées hébergées.....	91
Figure VI.3	Distribution du nombre de dimensions problématiques (critère de soins inadéquats : cote > 2).....	101
Figure VI.4	Distribution du nombre de dimensions problématiques (critère de soins inadéquats : cote > 3).....	102
Figure VI.5	Exemple hypothétique d'un questionnaire complété.....	119
Figure VI.6	Courbe ROC pour la prédiction de la qualité globale des soins (critère de soins inadéquats : cote > 2).....	122
Figure VI.7	Courbe ROC pour la prédiction de la qualité globale des soins (critère de soins inadéquats : cote > 3).....	123
Figure VI.8	Courbe ROC pour la prédiction de la qualité de l'espace réservé à la personne âgée (critère de soins inadéquats : cote > 2).....	126
Figure VI.9	Courbe ROC pour la prédiction de la qualité de l'espace réservé à la personne âgée (critère de soins inadéquats : cote > 3).....	128

Figure VI.10	Courbe ROC pour la prédiction de la qualité de l'ensemble de la résidence (critère de soins inadéquats : cote > 2).....	130
Figure VI.11	Courbe ROC pour la prédiction de la qualité de l'ensemble de la résidence (critère de soins inadéquats : cote > 3).....	131
Figure VI.12	Courbe ROC pour la prédiction de la qualité des soins physiques (critère de soins inadéquats : cote > 2).....	133
Figure VI.13	Courbe ROC pour la prédiction de la qualité des soins physiques (critère de soins inadéquats : cote > 3).....	134
Figure VI.14	Courbe ROC pour la prédiction de la qualité du maintien des soins de santé (critère de soins inadéquats : cote > 2).....	136
Figure VI.15	Courbe ROC pour la prédiction de la qualité du maintien des soins de santé (critère de soins inadéquats : cote > 3).....	137
Figure VI.16	Courbe ROC pour la prédiction de la qualité de l'aspect psychosocial des soins (critère de soins inadéquats : cote > 2).....	139
Figure VI.17	Courbe ROC pour la prédiction de la qualité de l'aspect psychosocial des soins (critère de soins inadéquats : cote > 3).....	141
Figure VI.18	Courbe ROC pour la prédiction de la qualité du respect des droits (critère de soins inadéquats : cote > 2).....	143
Figure VI.19	Courbe ROC pour la prédiction de la qualité du respect des droits (critère de soins inadéquats : cote > 3).....	143
Figure VI.20	Courbe ROC pour la prédiction de la qualité de la situation financière (critère de soins inadéquats : cote > 2).....	146
Figure VI.21	Courbe ROC pour la prédiction de la qualité de la situation financière (critère de soins inadéquats : cote > 3).....	147



## LISTE DES ENCADRÉS

Encadré VI.1	Équation prédictive de la qualité globale des soins .....	122
Encadré VI.2	Équation prédictive de la qualité de l'espace réservé à la personne âgée .....	126
Encadré VI.3	Équation prédictive de la qualité de l'ensemble de la résidence.....	129
Encadré VI.4	Équation prédictive de la qualité des soins physiques .....	133
Encadré VI.5	Équation prédictive de la qualité du maintien des soins de santé .....	136
Encadré VI.6	Équation prédictive de la qualité de l'aspect psychosocial des soins .....	139
Encadré VI.7	Équation prédictive de la qualité du respect des droits .....	142
Encadré VI.8	Équation prédictive de la qualité de la situation financière .....	145

## **LISTE DES SIGLES ET DES SYMBOLES**

### **Sigles**

<b>3MS</b>	<b>Modified Mini-Mental State Examination : instrument de mesure des fonctions cognitives;</b>
<b>AQDR</b>	<b>Association québécoise de défense des droits des retraités;</b>
<b>AVQ</b>	<b>Activités de la vie quotidienne;</b>
<b>CCI</b>	<b>Coefficient de corrélation intraclasse;</b>
<b>CHCD</b>	<b>Centre hospitalier de soins de courte durée;</b>
<b>CHSLD</b>	<b>Centre d'hébergement et de soins de longue durée;</b>
<b>CLSC</b>	<b>Centre local de services communautaires;</b>
<b>Courbe ROC</b>	<b>Receiver Operating Characteristic Curve : courbe caractéristique de la performance d'un test;</b>
<b>FQCHSLD</b>	<b>Fédération québécoise des centres d'hébergement et de soins de longue durée;</b>
<b>MRC</b>	<b>Municipalité régionale de comté;</b>
<b>MSSS</b>	<b>Ministère de la Santé et des Services sociaux;</b>
<b>OMS</b>	<b>Organisation Mondiale de la Santé;</b>
<b>SMAF</b>	<b>Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle;</b>
<b>SUDAAN</b>	<b>SURvey DATA ANalysis : logiciel d'analyse des données permettant de tenir compte du plan d'échantillonnage;</b>
<b>VP+</b>	<b>Valeur prédictive positive : probabilité qu'une résidence pour laquelle le test de repérage est positif dispense réellement des soins inadéquats;</b>
<b>VP-</b>	<b>Valeur prédictive négative : probabilité qu'une résidence pour laquelle le test de repérage est négatif dispense réellement des soins adéquats.</b>

## Symboles

$\alpha$	Alpha, probabilité d'une erreur de type I;
$\beta$	Bêta, probabilité d'une erreur de type II ( $\beta=1$ -Puissance);
$C_{1h}$	Coût de la collecte des données dans une ressource d'hébergement de la strate h;
$C_{2h}$	Coût de la collecte des données d'un résidant d'une ressource d'hébergement de la strate h;
$\delta$	Delta, différence cliniquement importante;
$E(C_h)$	Coût moyen de la collecte des données dans la strate h;
$h$	Numéro de strate ( $h=1, 2, \dots, 10$ );
$k$	Nombre de variables;
$M_{hi}$	Taille de la population des résidants dans la ressource d'hébergement i de la strate h;
$\bar{M}_h$	Taille moyenne de la population des résidants des ressources d'hébergement de la strate h;
$m_h$	Taille de l'échantillon des résidants dans chacune des ressources d'hébergement de la strate h;
$N_h$	Taille de la population des ressources d'hébergement de la strate h;
$n_h$	Taille de l'échantillon des ressources d'hébergement de la strate h;
$n$	Taille de l'échantillon des ressources d'hébergement; $n = \sum_{h=1}^{10} n_h$ ;
$r$	Estimé du coefficient de corrélation;
$S_h^2$	Variance de la somme des cotes de qualité des soins des résidants des ressources d'hébergement de la strate h;

$S_{2hi}^2$	Variance des cotes de qualité des soins dispensés aux résidents de la ressource d'hébergement i de la strate h;
$\text{Var}(\hat{\theta})$	Variance de l'estimateur $\hat{\theta}$ ;
$y_{hij}$	Qualité des soins dispensés au résident j de la ressource d'hébergement i de la strate h;
$Y_{hi}$	Somme des cotes de qualité des soins des résidents de la ressource d'hébergement i de la strate h;
$\bar{Y}_{hi}$	Qualité moyenne des soins dispensés aux résidents de la ressource d'hébergement i de la strate h;
$\bar{Y}_h$	Qualité moyenne des soins dispensés aux résidents de la strate h;
$\hat{y}_h$	Estimé de la qualité moyenne des soins dispensés aux résidents de la strate h;
$z_\alpha$	Valeur à droite de laquelle l'aire sous la courbe est de $\alpha$ dans une loi normale centrée réduite.

## NOTE

Dans ce document, le générique masculin ou féminin est utilisé sans discrimination et uniquement à titre épïcène pour alléger la lecture du texte

## RÉSUMÉ

Un grand nombre de personnes âgées en perte d'autonomie résident en milieu d'hébergement. La qualité des soins dispensés par ces milieux n'est toutefois pas optimale dans certains cas. Quoique la négligence ou l'omission d'intervenir, la violence psychologique, la violence physique, le non-respect des droits et les abus financiers soient inacceptables, de telles situations existent et sont souvent non rapportées. Tous jugent qu'il est impérieux d'intervenir dans les résidences où les personnes âgées sont la cible de tels traitements afin de protéger les aînés et éviter que des situations similaires ne se reproduisent. Mais avant de passer à l'action, encore faut-il pouvoir identifier ces milieux. Une évaluation périodique de tous les établissements serait certes idéale, mais une telle approche n'est pas réaliste dans le contexte actuel des compressions budgétaires qui sévissent dans le domaine de la santé et des services sociaux. La présente étude avait donc comme objectifs principaux l'identification des facteurs associés à la qualité des soins et l'élaboration d'un outil de repérage des ressources d'hébergement dispensant des soins inadéquats à leur clientèle âgée en perte d'autonomie. Des soins inadéquats correspondent ici à des soins de qualité inférieure à ce qu'un résidant est en droit de recevoir étant donné ses besoins.

Des données recueillies auprès de 88 ressources d'hébergement ont permis d'identifier les éléments à inclure dans l'outil. Il s'agit des caractéristiques des résidences ayant un effet spécifique sur l'inadéquation des soins. L'outil proposé est un questionnaire de deux pages, non menaçant, facile, rapide et peu dispendieux à administrer. L'utilisateur le complète par le biais d'un entretien

téléphonique avec le responsable de la résidence étudiée. Huit équations prédictives permettent alors, à partir des informations recueillies, d'estimer la qualité des soins dispensés par le milieu globalement ainsi que pour chacune des sept sous-dimensions de la qualité des soins. Pour chaque équation, deux seuils permettent de classer l'établissement comme étant potentiellement de bonne qualité, problématique ou négligent. Ces seuils ont été sélectionnés de façon à assurer la meilleure sensibilité tout en conservant un niveau acceptable de spécificité.

Les résultats suggèrent une bonne validité prédictive de l'outil. Globalement, l'instrument identifie comme potentiellement problématiques 48% des milieux avec une sensibilité de 85% et une spécificité de 65%. De plus, il juge potentiellement négligents 12% des établissements avec une sensibilité de 75% et une excellente spécificité de 93%. En ce qui concerne les sept sous-dimensions de la qualité des soins, les résidences problématiques sont ciblées avec une sensibilité d'au moins 77% pour six d'entre elles. Les indices de spécificité sont pour leur part supérieurs à 60% dans presque tous les cas. Les milieux négligents sont repérés avec une sensibilité de plus de 85% pour six des sept sous-dimensions de la qualité des soins. La spécificité est ici supérieure à 65% dans la majorité des cas.

Lorsque l'identification des milieux problématiques est recherchée et que la cote globale excède le seuil de positivité associé, il est recommandé d'entreprendre une évaluation globale du milieu. Cependant, lorsque la cote



globale prédite est sous le seuil de positivité, il est avantageux de procéder à l'évaluation spécifique des seules sous-dimensions, s'il y en a, pour lesquelles la cote prédite dépasse le seuil de positivité associé. Pour un utilisateur uniquement concerné par les milieux négligents, cette approche d'évaluation spécifique est conseillée quelle que soit la cote globale prédite.

Ces résultats concernant la validité prédictive de l'outil de repérage doivent toutefois être interprétés avec réserve puisque celle-ci a été évaluée sur l'échantillon des ressources d'hébergement qui ont servi à l'élaboration de l'instrument. Il faut donc être conscient que les différents paramètres de sensibilité, de spécificité et de valeurs prédictives sont ici surestimés.

## **I INTRODUCTION**

Avec le vieillissement de la population, un nombre grandissant de personnes âgées en perte d'autonomie vivent en milieu d'hébergement (Moore et al., 1997). La qualité des soins dispensés par ces milieux n'est toutefois pas optimale dans certains cas. Quoique la négligence ou l'omission d'intervenir, la violence psychologique, la violence physique, le non-respect des droits et les abus financiers soient inacceptables, de telles situations existent et sont souvent non rapportées. Il est donc impérieux d'identifier les milieux où les personnes âgées sont la cible de tels traitements et d'intervenir pour les protéger et éviter que des situations similaires ne se reproduisent.

Une évaluation périodique de tous les milieux d'hébergement serait certes idéale dans un monde sans contrainte. Toutefois, une telle approche n'est pas réaliste dans le contexte actuel des compressions budgétaires qui sévissent dans le domaine de la santé et des services sociaux. Une alternative consiste à outiller les intervenants d'un instrument leur permettant de cibler un nombre restreint de résidences auprès desquelles une évaluation poussée est nécessaire. La présente étude avait donc comme objectifs principaux l'identification des facteurs associés à la qualité des soins et l'élaboration d'un outil de repérage des ressources d'hébergement dispensant des soins inadéquats à leur clientèle âgée en perte d'autonomie.

Pour ce, nous avons utilisé les données d'une étude antérieure qui visait à comparer la qualité des soins dispensés par les réseaux d'hébergement avec et sans permis du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Un premier objectif secondaire du présent projet était de résoudre les difficultés méthodologiques relatives à cette étude comparative. Les données furent ensuite utilisées pour l'atteinte du premier objectif principal qui était d'identifier les facteurs reliés à la qualité des soins. Enfin, un questionnaire de repérage a été construit pour permettre la collecte des facteurs précédemment identifiés (deuxième objectif principal) et la validité prédictive de cet outil fut étudiée (deuxième objectif secondaire).

Le prochain chapitre de cette thèse expose plus en détails les principaux éléments de la problématique qui sous-tend ce projet. Les objectifs, présentés de façon formelle au chapitre III, se voient du même coup justifiés. Le chapitre IV concerne la recension des écrits effectuée afin d'identifier les facteurs potentiellement reliés à la qualité des soins, les attributs d'un outil de repérage et la façon d'étudier sa validité prédictive. Le cinquième chapitre décrit les aspects méthodologiques de l'étude de laquelle proviennent les données utilisées ainsi que leurs répercussions sur l'élaboration de l'outil de repérage. Le chapitre VI présente l'ensemble des résultats et leur interprétation. Au chapitre VII, ces résultats sont discutés de même que les forces et les faiblesses de l'étude. Enfin le chapitre VIII conclut cette thèse en présentant un bref résumé de l'étude ainsi que certaines suggestions susceptibles d'alimenter de futurs projets de recherche.

## II PROBLÉMATIQUE

Le vieillissement accéléré de la population est un fait bien établi. Les personnes de 65 ans et plus représentaient 11% de la population totale du Québec en 1991. Elles en formeront 13% à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle, et plus de 20% en 2031. Alors que l'ensemble de la population connaîtra un accroissement d'environ 8% d'ici l'an 2000, la population âgée de 65 ans et plus augmentera de 27%. Le phénomène est encore plus marqué chez le groupe des 75 ans et plus : celui-ci verra son importance s'accroître de 42% (Champagne, 1996).

Par contre, il est aussi reconnu que cette augmentation de l'espérance de vie ne s'accompagne pas d'une augmentation comparable de l'espérance de vie en bonne santé (Blanchet, 1985). Ainsi, le vieillissement de la population se traduit par un accroissement du nombre de personnes souffrant d'incapacités. L'*Enquête sur la santé et les limitations d'activités* établit à 31% la prévalence des incapacités chez les personnes de 65 à 74 ans. Elle s'élève à 55% chez les personnes de 75 ans et plus (Saucier, 1992).

Les personnes âgées aux prises avec des incapacités trouvent la majeure partie de l'aide dont elles ont besoin dans leur environnement familial. En effet, des études américaines, canadiennes et québécoises indiquent que de 70% à 80% des soins et services personnels sont assurés par la famille (Hébert et al., 1997; Garant & Bolduc, 1990). Malheureusement, les mesures de soutien aux aidants naturels sont largement insuffisantes (Corporation professionnelle des

travailleurs sociaux du Québec, 1992) et, dans plusieurs cas, le manque de soutien conduit à un épuisement du réseau informel. C'est alors que l'hébergement en milieu protégé s'impose.

Pour combler ce besoin d'hébergement, le secteur public a développé un réseau de ressources pour personnes âgées en fonction des niveaux de soins requis. Les résidences d'accueil et les pavillons visent les aînés souffrant d'une perte d'autonomie légère ou modérée alors que les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) accueillent une clientèle beaucoup plus dépendante. Cependant, au moment où la demande de services d'hébergement augmente, l'offre en provenance du secteur public diminue puisque la volonté gouvernementale est de réduire le taux d'institutionnalisation à moins de 5% (RRSSS, 1995 et 1996) et de privilégier les programmes de maintien à domicile. Ce contexte socio-économique favorise grandement la prolifération de ressources d'hébergement privées ne détenant pas le permis du MSSS.

À leur ouverture, la plupart des résidences sans permis visent une clientèle autonome. Toutefois, en vieillissant, les résidants connaissent une détérioration de leurs capacités fonctionnelles et une augmentation de leurs besoins en soins et services de santé. De plus, en conséquence à la diminution de l'offre en provenance du secteur public, plusieurs de ces établissements accueillent maintenant des personnes qui présentent une perte d'autonomie significative au moment même de leur admission. Or l'article 437 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* stipule que nul ne peut exercer des activités propres

à la mission d'un établissement de santé s'il n'est pas titulaire du permis délivré à cette fin par le MSSS (L.R.Q., chapitre S-4.2). Opérant dans l'illégalité du fait de l'alourdissement de leur clientèle, les ressources d'hébergement sans permis sont ainsi fréquemment qualifiées de « clandestines » ou « d'illicites ».

Il existe donc deux grands types de ressources d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie : les résidences détenant un permis du MSSS et les résidences sans permis. Un inventaire dressé récemment par les régies régionales à la demande du MSSS révèle qu'au Québec, 60% des personnes âgées hébergées le sont par des résidences sans permis, contre 40% par le réseau avec permis (MSSS, 1994). En nombre absolu, cela signifie que le secteur public dessert actuellement environ 48 000 personnes âgées et que 72 000 aînés vivent dans des résidences sans permis.

La majorité des établissements pour personnes âgées avec et sans permis hébergent une population très hétérogène. Plusieurs résidents sont incontinents et souffrent d'atteinte cognitive ou de perte d'autonomie sévère : ils nécessitent donc des soins continus. D'autres résidents sont tout simplement très âgés. Ils sont mentalement compétents et ont quelques limitations pour effectuer certaines activités de la vie quotidienne (AVQ). Ces derniers n'ont donc besoin que de surveillance ou d'assistance modérée dans les AVQ. Les résidences doivent également répondre aux besoins psychosociaux de l'ensemble de leur clientèle en offrant des activités variées et adaptées. La cohabitation des personnes âgées aux fonctions cognitives intactes et altérées pose enfin un défi de taille au

développement d'un milieu d'hébergement dans lequel règne un climat harmonieux.

En partie parce qu'il est difficile de rencontrer les besoins d'une clientèle aussi vaste, la qualité des soins dispensés par les ressources d'hébergement avec et sans permis n'est pas toujours optimale. En effet, certains résidents reçoivent des soins de qualité inférieure à ce qu'ils devraient recevoir étant donné leurs besoins. Comme les résidences pour personnes âgées ressemblent davantage à des milieux de vie qu'à des établissements de santé, l'appréciation de la qualité des soins ne doit pas être uniquement basée sur l'aspect technique des soins mais doit également prendre en considération les caractéristiques du milieu de vie (salubrité, sécurité, intimité, ...), la qualité des relations interpersonnelles et le respect des valeurs et des droits de la personne âgée. (Grau et al., 1995; Braithwaite et al., 1992; Kane, 1988; Donabedian, 1980).

Le secteur public est régi par un ensemble de règles et de normes organisationnelles. Par exemple, on exige une quantité minimale de personnel et certaines normes de sécurité, on réglemente l'organisation des services et on établit des protocoles d'intervention. Le gouvernement tente d'assurer la qualité des soins en contrôlant le respect de ces normes par des inspections ou des rapports périodiques. Or, dans le contexte budgétaire actuel, il y a lieu de se questionner sur la rigueur d'application des normes et sur la fréquence des contrôles. De plus, quoique les normes organisationnelles visent à favoriser la qualité des soins, elles ne l'assurent pas nécessairement. Le seul autre moment

où ces milieux sont visités est en réponse à des préoccupations ou à des plaintes particulières.

Quant aux résidences sans permis, elles n'entretiennent aucun lien formel avec le MSSS et ne sont pas soumises aux normes qui régissent les établissements du réseau public. Outre le code du bâtiment et les normes municipales en matière de zonage et de prévention des incendies, ces résidences échappent à toute forme de contrôle. Bien que l'article 489 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* confère aux régies régionales un pouvoir d'inspection et de relocalisation des résidants des milieux sans permis (MSSS, 1993 et 1994), celles-ci n'interviennent encore une fois qu'à la suite du dépôt d'une plainte formelle.

Or, dans un secteur comme dans l'autre, le système de plaintes s'avère peu utilisé, peut-être parce qu'il est peu connu des aînés et de leurs proches. On peut aussi penser que plusieurs personnes âgées sont isolées, dépendantes et incapables, voire inaptes, à exprimer leurs besoins et à défendre leurs intérêts. D'ailleurs, les résidants hésitent souvent à critiquer ceux qui les soignent (Pearson et al., 1993; Davies & Ware, 1988). Il est rare que les pensionnaires signalent l'existence d'un problème ou la survenue d'un incident. Plusieurs raisons expliquent cette réticence : les personnes âgées ont peur d'éventuelles représailles, ne connaissent pas toujours leurs droits, ont peur de voir mettre en doute la fiabilité et la crédibilité de leur déclaration et craignent que leur signalement soit considéré sans intérêt ou exagéré et que leur plainte soit



ignorée (Spencer, 1994). De plus, se plaindre et revendiquer n'est pas dans la culture de plusieurs aînés qui considèrent que les soins reçus sont un privilège et non un droit.

Quoique les membres du personnel d'un établissement puissent également être témoins d'une situation de soins inadéquats, ces derniers sont également hésitants face à la dénonciation. Encore une fois, plusieurs facteurs peuvent expliquer ce silence. Les principaux sont la peur de représailles telles la perte de l'emploi, le manque de soutien et le sentiment qu'il est inutile de dénoncer ces cas parce qu'aucune mesure corrective ne sera prise (Spencer, 1994).

Pourtant, la négligence ou l'omission d'intervenir (tarder à changer des vêtements souillés, ne pas installer l'appareil auditif), la violence psychologique (infantilisation, humiliation), la violence physique (bousculades, contentions excessives), le non-respect des droits ou les abus financiers peuvent entraîner de sérieux problèmes de santé, des blessures permanentes, une augmentation des incapacités, la perte d'estime de soi, la peur, l'angoisse et même la mort dans certains cas (Spencer, 1994; Institute of Medicine, 1986). Il est donc impérieux d'identifier les milieux où les personnes âgées sont la cible de tels mauvais traitements et d'intervenir pour les protéger et éviter que des situations similaires ne se reproduisent.

Devant la réticence des personnes âgées et des employés des résidences à dénoncer les situations d'inadéquation des soins, les intervenants du réseau socio-sanitaire doivent prendre l'initiative d'identifier eux-mêmes les milieux qui dispensent des soins de faible qualité. L'évaluation périodique de toutes les ressources d'hébergement n'est toutefois pas réaliste dans le contexte actuel des restrictions budgétaires imposées au réseau de la santé et des services sociaux. Les intervenants ont donc besoin d'un outil de repérage leur permettant d'identifier de la façon la plus juste possible les résidences dispensant des soins inadéquats et ainsi de restreindre le nombre de ressources nécessitant une évaluation plus poussée. C'était l'un des objectifs principaux du présent projet.

L'élaboration d'un tel outil exigeait toutefois l'atteinte préalable d'un autre objectif principal visant la connaissance des facteurs associés à la qualité des soins. En février 1996, nous entreprenions une étude visant à évaluer et à comparer la qualité des soins dispensés par les réseaux d'hébergement avec et sans permis (Bravo et al., 1997). À cette fin, la *Grille d'évaluation de la qualité des soins* a été administrée à un échantillon représentatif des résidents des deux réseaux, permettant une évaluation exhaustive et rigoureuse de la qualité des soins dispensés par les deux types de résidences pour personnes âgées. Les données recueillies touchaient également les caractéristiques générales de ces résidences pour personnes âgées, de leurs responsables, des employés et de la clientèle hébergée, permettant ainsi de mettre en relation chacun de ces facteurs avec la qualité des soins.

La conception de l'étude comparative présentait plusieurs difficultés méthodologiques dont la résolution était également sous la responsabilité de l'auteure. Ces difficultés se situaient notamment au niveau de la stratégie d'échantillonnage, de la détermination de la taille d'échantillon et de l'analyse des données. En effet, la comparaison de la qualité des soins offerts par les deux réseaux d'hébergement exigeait l'administration de la *Grille* à un ensemble de résidents hébergés par un certain nombre de résidences. Or, il était légitime de s'attendre à ce que les cotes de qualité des résidents d'un même milieu soient corrélées. Une telle corrélation intra-résidence viole le postulat d'indépendance des observations, postulat sur lequel repose la statistique classique.

La première étape du présent projet était donc de résoudre les difficultés méthodologiques relatives à l'étude comparative. Suite à la réalisation de cette étude, les données furent utilisées pour identifier les facteurs liés à la qualité des soins. Ceci a enfin permis l'élaboration et la validation d'un outil de repérage des ressources d'hébergement dispensant des soins inadéquats à leur clientèle en perte d'autonomie. Les objectifs du présent projet sont rappelés de façon plus formelle au prochain chapitre.

### **III OBJECTIFS**

Les deux objectifs principaux de ce projet étaient :

*Objectif principal 1* Identifier les facteurs associés à la qualité des soins;

*Objectif principal 2* Proposer un instrument de repérage des ressources d'hébergement dispensant des soins inadéquats à leur clientèle âgée en perte d'autonomie.

L'atteinte de ces objectifs devait passer par la réalisation préalable d'un premier objectif secondaire :

*Objectif secondaire 1* Résoudre certaines difficultés méthodologiques relatives à l'étude comparative de la qualité des soins dispensés aux personnes âgées en perte d'autonomie par les réseaux d'hébergement avec et sans permis, étude de laquelle proviennent les données nécessaires à l'atteinte des objectifs principaux;

Enfin, suite à la réalisation des deux objectifs principaux, un second objectif secondaire était visé :

*Objectif secondaire 2* Étudier la validité prédictive de l'instrument proposé.

L'identification des éléments à inclure dans l'outil de repérage devait passer par une recension exhaustive des écrits. Une synthèse de celle-ci est fournie au chapitre suivant.

## **IV RECENSION DES ÉCRITS**

Le présent chapitre porte sur la recension des écrits qui visait principalement à identifier les caractéristiques des établissements associées à la qualité des soins dispensés aux résidants. Les écrits consultés pour le développement de l'outil de repérage y sont également résumés.

### **IV.1 Mesure de la qualité des soins**

La recension des écrits portant sur la qualité des soins dispensés par les établissements de santé mène à un fouillis de conclusions contradictoires. Cette incohérence est principalement due à la nature multidimensionnelle du concept de la qualité des soins qui mène à diverses définitions et façons de la mesurer. Par exemple, un auteur peut estimer la qualité par la sécurité des lieux, un autre par la richesse du personnel alors qu'un troisième s'appuie sur la satisfaction des résidants. Il n'est alors pas surprenant que trois tels auteurs n'arrivent pas aux mêmes conclusions lorsqu'ils examinent la relation entre leur mesure de qualité et un facteur donné.

Le type d'évaluation utilisé dans les diverses études est cependant uniforme : il s'agit d'une évaluation normative. Dans ce type d'évaluation, les soins sont jugés de qualité s'ils rejoignent des normes et des critères de référence. Ainsi, dans tous les articles passés en revue, les auteurs s'appuient sur le postulat qu'il existe une relation forte entre la qualité réelle des soins et le respect des critères et des normes choisis. Les normes sont relatives à la

structure, au processus et/ou aux résultats telles que catégorisées par Donabedian (1966; 1969; 1980; 1982).

L'évaluation de la qualité des soins sous l'angle de la *structure* (input) fait référence à la capacité d'offrir des soins de qualité. On s'intéresse alors aux ressources disponibles et à la mesure dans laquelle celles-ci sont employées de façon adéquate pour atteindre les résultats escomptés. L'évaluation de la structure implique donc un examen de l'aménagement physique, de la formation, de l'expérience et de la compétence des employés ainsi que de l'organisation administrative de l'établissement de soins.

Pour sa part, l'évaluation du *processus* porte sur les services, c'est-à-dire sur la façon dont les employés dispensent les soins y compris leur façon d'interagir avec les résidants. L'évaluation du processus est souvent basée sur une revue par les pairs. Les pratiques sont jugées à partir de standards établis. On apprécie par exemple l'adéquation des services aux besoins, les interactions psychologiques et sociales qui existent entre les personnes âgées et leurs soignants, l'accessibilité aux services, l'étendue de la couverture des services, le caractère multiprofessionnel et inter-organisationnel des soins ainsi que leur continuité dans le temps et dans l'espace (Contandriopoulos et al., 1992).

Enfin, dans l'évaluation de la qualité des soins basée sur les *résultats* (outcome), on observe les changements de l'état de santé pouvant être attribuables aux soins. L'hypothèse implicite est donc que de bons résultats ne

sont pas dus au hasard mais sont plutôt une conséquence de bons soins. L'évaluation est souvent basée sur le taux de mortalité, le taux de guérison, la réduction des symptômes, le renvoi au domicile, etc. Dans le cas particulier de sujets âgés habitant une ressource d'hébergement, il n'y a cependant pas de renvois au domicile et la mortalité est inévitable en bout de ligne. Les soins sont donc jugés adéquats lorsque la santé des résidents se comporte telle qu'attendue étant donnée leur condition. En outre, il est de plus en plus clair que la santé n'est pas le seul résultat désiré dans les ressources d'hébergement. Puisque les résidents peuvent y demeurer pour de longues périodes de temps, la qualité de vie dans la résidence est également un résultat souhaité et important.

On retrouve au tableau IV.1 l'ensemble des indices de qualité rencontrés lors de la recension des écrits. Ceux-ci sont classés selon l'aspect auquel ils font référence : la structure, le processus, les résultats ou plus d'une perspective à la fois.

On remarque que la qualité des soins est très souvent évaluée sous l'angle de la structure. L'avantage incontestable de cette approche est le concret et l'accessibilité de l'information. On évalue la structure comme un indicateur indirect du processus et des résultats. On postule l'existence de la relation « structure → processus → résultats » et, par conséquent, que si la structure est adéquate, les services (processus) le seront, ainsi que les résultats présumés (Champagne et al., 1985). L'approche souffre cependant d'une limite majeure

**Tableau IV.1 Indices de qualité rencontrés lors de la recension des écrits**

Indices de qualité	Références
<b>Structure</b>	
Ratio personnel / résidant	Aaronson et al., 1994 Lemke & Moos, 1989 Lemke & Moos, 1986 Fottler et al., 1981 Beattie & Bullock, 1964
Présence quotidienne d'un médecin	Karuzza & Katz, 1994
Qualifications ou formation du personnel	Karuzza & Katz, 1994 Lemke & Moos, 1989 Nyman, 1988b Lemke & Moos, 1986 Ullmann, 1986 Meiners, 1982 Greenwald & Linn, 1971
Fréquence de présence du médecin aux réunions interdisciplinaires	Karuzza & Katz, 1994
Temps moyen de réponse du médecin à une urgence	Karuzza & Katz, 1994
Couverture de cas graves et d'urgences externes	Karuzza & Katz, 1994
Sécurité	Lemke & Moos, 1989 Nyman, 1988b Litwin & Monk, 1987 Lemke & Moos, 1986 Greenwald & Linn, 1971
Confort	Lemke & Moos, 1989 Lemke & Moos, 1986
Services offerts	Lemke & Moos, 1989 Lemke & Moos, 1986 Ullmann, 1986 Frech, 1985 Lee & Birnbaum, 1983 Meiners, 1982 Gottesman, 1974 Greenwald & Linn, 1971 Anderson et al., 1969

...suite



**Tableau IV.1 Indices de qualité rencontrés lors de la recension des écrits (suite)**

<b>Indices de qualité</b>	<b>Références</b>
Caractéristiques de la résidence	Nyman, 1988b Litwin & Monk, 1987 Ullmann, 1987 Ullmann, 1986 Ullmann, 1985 Ullmann, 1981 Greenwald & Linn, 1971
Caractéristiques de la chambre	Nyman, 1988b
Activités appropriées, individualisées et variées	Nyman, 1988b
Heures travaillées par différents types de professionnels	Nyman, 1988b Elwell, 1984 Palm & Nelson, 1984 Fottler et al., 1981 Gottesman & Bourestom, 1974 Anderson et al., 1969 Holmberg & Anderson, 1968
Ratio résidents / chambre	Elwell, 1984 Lee & Birnbaum, 1983 Meiners, 1982 Anderson et al., 1969 Holmberg & Anderson, 1968
Index de disponibilité des professionnels : temps de disponibilité, sur appel ou sur place, et type de professionnel	Meiners, 1982
Index : heures de soins par une infirmière diplômée et dépenses relatives aux infirmières diplômées, au régime alimentaire et aux soins des patients	Greene & Monahan, 1981
Variété des types d'employés	Anderson et al., 1969 Holmberg & Anderson, 1968
Ratio heures des infirmières diplômées / heures du personnel infirmier	Anderson et al., 1969
Ratio résidents / chambre de bain	Anderson et al., 1969 Holmberg & Anderson, 1968
Résidence construite dans le but spécifique d'héberger des personnes âgées en perte d'autonomie	Anderson et al., 1969 Holmberg & Anderson, 1968
Ratio nombre d'infirmières diplômées / personnel infirmier	Holmberg & Anderson, 1968

...suite

**Tableau IV.1 Indices de qualité rencontrés lors de la recension des écrits (suite)**

Indices de qualité	Références
<b>Processus</b>	
Interactions entre les résidants et les employés	Lindesay & Skea, 1997 Gottesman, 1974
Utilisation de contentions	Aaronson et al., 1994 Zinn et al., 1993a Zinn et al., 1993b
Utilisation de sondes urinaires	Zinn et al., 1993a Zinn et al., 1993b
Abus psychologique	Pillemer & Bachman-Prehn, 1991
Abus physique	Pillemer & Bachman-Prehn, 1991
Autonomie des résidants : flexibilité dans l'emploi du temps, avis du résidant dans la prise de décision, intimité	Lemke & Moos, 1989 Lemke & Moos, 1986
Contrôle des résidants : indépendance et influence dans la résidence	Lemke & Moos, 1989 Lemke & Moos, 1986
Harmonie dans la résidence : chaleur, absence de conflits, support, bonnes relations entre les résidants et entre les employés et les résidants	Lemke & Moos, 1989 Lemke & Moos, 1986 Beattie & Bullock, 1964
Suivi des plans de soin	Nyman, 1988b
Suivi des plans diététiques ou adéquation des repas	Nyman, 1988b Litwin & Monk, 1987 Greenwald & Linn, 1971
Suivi des plans de médication	Nyman, 1988b
Qualité de certains types de services	Litwin & Monk, 1987 Ullmann, 1987 Ullmann, 1985 Schlenker & Shaughnessy, 1984 Ullmann, 1981
Résidence jugée efficace et efficiente	Winn & McCaffree, 1976
Tenue des dossiers médicaux	Greenwald & Linn, 1971
Index : tolérance face aux résidants, respect pour les différences individuelles et désir de s'adapter à ces différences	Beattie & Bullock, 1964

...suite

**Tableau IV.1 Indices de qualité rencontrés lors de la recension des écrits (suite)**

Indices de qualité	Références
<b>Résultats</b>	
Escarres de decubitus	Aaronson et al., 1994 Zinn et al., 1993a Zinn et al., 1993b
Mortalité	Zinn et al., 1993a Zinn et al., 1993b Spector & Takada, 1991 Linn et al., 1977
Amélioration ou déclin de l'état fonctionnel	Spector & Takada, 1991 Linn et al., 1977
Aspect physique des résidants	Nyman, 1988b
Qualité de vie des résidants	Nyman, 1988b
Nombre moyen de patients sur la liste d'attente	Ullmann, 1986
Renvois au domicile ‡	Weissert & Scanlon, 1985 Linn et al., 1977
Plaintes	Riportella-Muller & Slesinger, 1982
Isolement ou sentiments de solitude	Weihl, 1981 Curry & Ratliff, 1973
Satisfaction des résidants	Weihl, 1981 Curry & Ratliff, 1973
Existence d'amitiés à l'intérieur de la résidence	Weihl, 1981
Satisfaction et propreté des résidants	Greenwald & Linn, 1971
Pourcentage de résidants participant aux activités leur étant destinées	Anderson et al., 1969 Holmberg & Anderson, 1968
<b>Plus d'une perspective à la fois</b>	
Index : droits des résidants, comportement, qualité de vie, évaluation du résidant, qualité des soins infirmiers	Johnson-Pawson & Infeld, 1996
Index : utilisation de sondes urinaires, escarres de decubitus, infections urinaires, utilisation d'antibiotiques	Cherry, 1993 Cherry, 1991

‡ Au Québec, une personne âgée admise en résidence d'hébergement passera habituellement le reste de sa vie en institution. La réalité est différente aux États-Unis où les résidants des « nursing homes » peuvent être renvoyés au domicile, puis revenir et ainsi de suite.

...suite

**Tableau IV.1 Indices de qualité rencontrés lors de la recension des écrits (suite)**

Indices de qualité	Références
Nombre d'infractions : sécurité contre le feu; construction; lieux physiques; hygiène; diète; droits des résidants; fonds personnels; administration et soin des résidants	Cherry, 1993
Violations de certains standards de certification Medicaid	Munroe, 1990 Nyman, 1988a Nyman, 1988c Riportella-Muller & Slesinger, 1982 Christianson, 1979
Multiphasic Environmental Assessment Procedure : ratio personnel/résidant, richesse du personnel, confort, sécurité, services, autonomie et contrôle des résidants, harmonie dans la résidence	Lemke & Moos, 1989
Index : qualité des soins infirmiers, de la nourriture, des activités de loisir, propreté et sécurité, qualité des soins médicaux, de la réadaptation, du travail social, des caractéristiques de la résidence	Ullmann, 1987 Litwin & Monk, 1987 Ullmann, 1981
Index : observance des standards de l'État et des standards fédéraux (résidence, formation des employés, tenue des dossiers, ...) et Periodic Medical Review (qualité des soins infirmiers et médicaux, signes de négligence ou d'abus, ...)	Ullmann, 1984 Lee & Birnbaum, 1983
Impression de deux infirmières formatrices	Waxman et al., 1984
Impression d'un expert en évaluation de résidences	Waxman et al., 1984
Professional Medical Review : structure et processus	Koetting, 1980
Index : nourriture, qualité des soins médicaux, qualité de l'entretien ménager, observance des standards d'hébergement, plaintes	Walsh, 1979
Évaluation des soins faite par six travailleurs sociaux sur une échelle à cinq degrés allant de mauvais à excellents soins	Linn, 1974

...suite

**Tableau IV.1 Indices de qualité rencontrés lors de la recension des écrits (suite et fin)**

Indices de qualité	Références
Index : installations physiques, activités et services offerts, personnel, tenue des dossiers médicaux, adéquation des repas, propreté des lieux et des résidants	Levey et al., 1973
Index d'existence et d'adéquation : personnel infirmier, caractéristiques du personnel professionnel, dossiers et installations, traitement médical et thérapeutique	Kosberg & Tobin, 1972
Nursing Home Rating Scale : installations physiques, sécurité, services offerts, personnel, tenue des dossiers médicaux, adéquation des repas, satisfaction et propreté des résidants	Greenwald & Linn, 1971
Impression de deux travailleurs sociaux sur une échelle à quatre degrés allant de mauvais à excellents soins	Greenwald & Linn, 1971
Index : installations physiques, personnel et services, occupations, liberté dans la vie quotidienne et socialisation	Townsend, 1962

puisque ce postulat est rarement établi et donc très contestable. D'ailleurs, alors que les aspects structurels d'une résidence sont gages de qualité pour certains auteurs, d'autres les traitent plutôt comme des facteurs potentiellement reliés à la qualité des soins. Ils ne croient donc pas à la relation implicite puisqu'ils cherchent à savoir si un tel lien existe. À titre d'exemple, pensons au ratio personnel/résidant. Certains auteurs utilisent cette variable comme indice de qualité (Cf. tableau IV.1). D'autres cherchent plutôt à savoir si ce même ratio est un facteur prédictif de la qualité des soins, comme nous le verrons à la section IV.3. Ceci constitue une source supplémentaire de confusion dans la littérature sur la qualité des soins.

On observe que peu d'auteurs utilisent des indicateurs de qualité faisant référence au processus. L'évaluation du processus se rapproche pourtant du construit visé puisqu'on examine si certains aspects des soins sont dispensés correctement. L'envers de la médaille est cependant la complexité de la mesure. Une bonne fidélité inter-observateur des mesures est également difficile à obtenir.

L'utilisation des résultats peut sembler à prime abord une méthode attrayante pour l'évaluation de la qualité des soins. Dans certaines situations, la mesure d'un résultat est très simple (présence ou absence d'un certain symptôme) alors que dans d'autres cas, elle peut être plus complexe (ex. : satisfaction des résidents). La principale faiblesse de ce type d'appréciation de la qualité est cependant qu'il s'avère impossible, dans des conditions non expérimentales, d'attribuer les changements aux soins prodigués. Il faudrait pouvoir tenir compte de tous les facteurs externes pouvant être à l'origine des résultats étudiés. De plus, même si les résultats peuvent être une bonne indication globale de la qualité des soins, ils ne permettent pas de comprendre la nature des déficiences ou des forces auxquelles ces résultats peuvent être attribuables.

Donabedian mentionne qu'une évaluation optimale de la qualité n'implique pas le choix entre les trois perspectives d'évaluation. Il existe certes une interrelation entre celles-ci mais la présence d'une composante ne garantit pas la

présence des autres. Ainsi, une mesure de la qualité des soins devrait comporter l'évaluation de chacune de ces trois perspectives. Soulignons que près de la moitié des auteurs recensés (22/50) utilisent un indicateur de la qualité des soins qui tient compte d'au moins deux perspectives à la fois. Notons que les impressions d'experts ont été classées dans cette catégorie puisque nous avons postulé que ces derniers rendaient leur jugement en se basant sur les aspects structurels, le processus et les résultats. Il en est de même pour la violation des standards de certification Medicaid, ces derniers touchant plusieurs perspectives de la qualité.

Dans les sections qui suivent, un résumé des écrits consultés est présenté. Les facteurs étudiés sont regroupés en trois grandes catégories: la première concerne les caractéristiques générales de la résidence, la seconde celles de son personnel et la troisième, celles ayant trait à la clientèle qu'elle héberge. Pour chacun des facteurs présentés, il aurait certes été intéressant d'effectuer une méta-analyse pour résumer les résultats des différentes études. Cependant, les différences conceptuelles dans la mesure de la variable dépendante (qualité des soins) d'un article à l'autre empêchent l'utilisation des techniques de méta-analyse. En conséquence, cette revue offre plutôt une interprétation générale des conclusions accumulées par les nombreux écrits.

Mentionnons que certains auteurs ont déjà publié des synthèses portant sur la relation entre la qualité des soins et quelques-uns des facteurs présentés dans les pages qui suivent (Cefalu, 1995; Davis, 1991; O'Brien et al., 1983; Kart

& Manard, 1976; Kosberg, 1973). Ces articles ne sont cependant pas à jour et les facteurs étudiés sont en nombre très limité.

Les études recensées proviennent pour la plupart des États-Unis et la présence ou l'absence de relations linéaires entre la qualité et les différents facteurs est testée à un niveau de signification de 5% (quelquefois 10%). À l'exception de l'étude de Lindesay et Skea (1997), l'unité d'analyse est la résidence dans tous les cas. Notons enfin que les caractéristiques régionales pouvant affecter la qualité des soins (ex.: taux de chômage, compétition du marché) ne seront pas discutées puisque toutes les résidences de la présente étude proviennent d'une même région. Par conséquent, de telles caractéristiques ne peuvent servir à discriminer les établissements entre eux.

#### **IV.2 Relation entre les caractéristiques générales de la résidence et la qualité des soins**

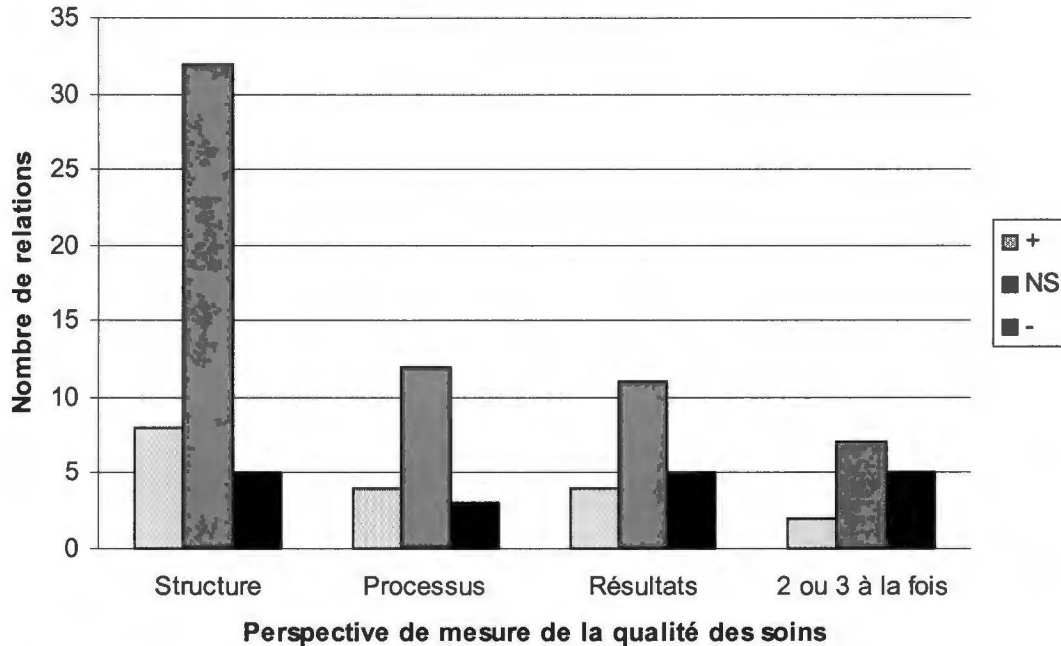
Un facteur souvent mis en relation avec la qualité des soins est la taille de la ressource d'hébergement. Le tableau IV.2 rend compte des conclusions rapportées par les auteurs, selon leur perspective de mesure de la qualité des soins. Puisqu'à l'intérieur d'un même article, on utilise souvent plusieurs indicateurs de qualité, la figure IV.1 complète le tableau en révélant le nombre total de relations positives, non significatives et négatives rapportées sous chacune des perspectives. Quoiqu'aucun consensus ne puisse être dégagé, la plupart des auteurs suggèrent une relation non significative entre la taille et la qualité des soins.



**Tableau IV.2 Relation entre la taille de la résidence et la qualité des soins ‡**

Relation	Perspective de mesure de la qualité des soins			2 ou 3 perspectives à la fois
	Structure	Processus	Résultats	
Positive	Karuza & Katz, 1994 <sup>[M, n=353]</sup> Lemke & Moos, 1986 <sup>[M, n=244]</sup> Greene & Monahan, 1981 <sup>[M, n=24]</sup> Ullmann, 1981 <sup>[B, n=494]</sup> Gottesman, 1974 <sup>[B, n=40]</sup>	Ullmann, 1981 <sup>[B, n=494]</sup> Winn & McCaffree, 1976 <sup>[B, n=2124]</sup> Beattie & Bullock, 1964 <sup>[B, n=80]</sup>	Weihl, 1981 <sup>[B, n=21]</sup>	Levey et al., 1973 <sup>[M, n=129]</sup> Kosberg & Tobin, 1972 <sup>[B, n=214]</sup>
NS	Karuza & Katz, 1994 <sup>[M, n=353]</sup> Nyman, 1988b <sup>[M, n=247]</sup> Lemke & Moos, 1986 <sup>[M, n=244]</sup> Elwell, 1984 <sup>[B, n=424]</sup> Fottler et al., 1981 <sup>[M, n=43]</sup> Gottesman, 1974 <sup>[B, n=40]</sup> Greenwald & Linn, 1971 <sup>[B, n=26]</sup> Anderson et al., 1969 <sup>[M, n=118]</sup> Beattie & Bullock, 1964 <sup>[B, n=80]</sup>	Aaronson et al., 1994 <sup>[M, n=449]</sup> Zinn et al., 1993b <sup>[M, n=438]</sup> Pillemer & Bachman-Prehn, 1991 <sup>[M, n=31]</sup> Nyman, 1988b <sup>[M, n=247]</sup> Lemke & Moos, 1986 <sup>[M, n=244]</sup> Ullmann, 1981 <sup>[B, n=494]</sup> Gottesman, 1974 <sup>[B, n=40]</sup> Greenwald & Linn, 1971 <sup>[B, n=26]</sup>	Zinn et al., 1993b <sup>[M, n=438]</sup> Spector & Takada, 1991 <sup>[M, n=80]</sup> Nyman, 1988b <sup>[M, n=247]</sup> Weihl, 1981 <sup>[B, n=21]</sup> Linn et al., 1977 <sup>[M, n=30]</sup> Curry & Ratliff, 1973 <sup>[B, n=26]</sup>	Cherry, 1993 <sup>[M, n=210]</sup> Cherry, 1991 <sup>[M, n=134]</sup> Munroe, 1990 <sup>[M, n=455]</sup> Ullmann, 1981 <sup>[B, n=494]</sup> Linn, 1974 <sup>[M, n=40]</sup> Levey et al., 1973 <sup>[M, n=129]</sup>
Négative	Aaronson et al., 1994 <sup>[M, n=449]</sup> Lemke & Moos, 1986 <sup>[M, n=244]</sup> Fottler et al., 1981 <sup>[M, n=43]</sup> Gottesman, 1974 <sup>[B, n=40]</sup> Greenwald & Linn, 1971 <sup>[B, n=26]</sup>	Zinn et al., 1993b <sup>[M, n=438]</sup> Lemke & Moos, 1986 <sup>[M, n=244]</sup> Greenwald & Linn, 1971 <sup>[B, n=26]</sup>	Aaronson et al., 1994 <sup>[M, n=449]</sup> Zinn et al., 1993b <sup>[M, n=438]</sup> Riportella-Muller & Slesinger, 1982 <sup>[B, 462]</sup> Curry & Ratliff, 1973 <sup>[B, n=26]</sup> Greenwald & Linn, 1971 <sup>[B, n=26]</sup>	Nyman, 1988a <sup>[M, n=135]</sup> Riportella-Muller & Slesinger, 1982 <sup>[B, n=462]</sup> Greenwald & Linn, 1971 <sup>[B, n=26]</sup> Townsend, 1962 <sup>[B, n=173]</sup>

‡ B : relation bivariée, M : relation multivariée ; n = nombre de résidences



**Figure IV.1 Relation entre la taille de la résidence et la qualité des soins**

Un doute persiste cependant du fait qu'une quantité non négligeable de relations positives ou négatives ont également été observées dans des études portant sur plus de 200 résidences pour personnes âgées (Aaronson et al., 1994; Karuza & Katz, 1994; Zinn et al., 1993b; Lemke & Moos, 1986; Riportella-Muller & Slesinger, 1982; Ullmann, 1981; Winn & McCaffree, 1976; Kosberg & Tobin; 1972). Ces écrits rapportent entre autres que, dans les grandes résidences, un médecin est souvent sur place, le personnel est qualifié, des sessions de formation sont offertes aux employés, plus de services sont disponibles et la sécurité est accrue. Les services de réadaptation y sont également de meilleure qualité et les grandes résidences sont jugées plus efficaces et efficientes.

Le ratio personnel/résidant est cependant supérieur dans les petites résidences. Ces dernières offrent également un climat plus chaleureux et de meilleures relations existent entre les employés et les résidants. Les personnes âgées se sentent moins isolées dans les petits établissements, les contentions y sont moins utilisées et on rapporte une moins grande proportion d'escarres de decubitus. Les petites résidences font enfin l'objet de moins de plaintes et de violations de standards.

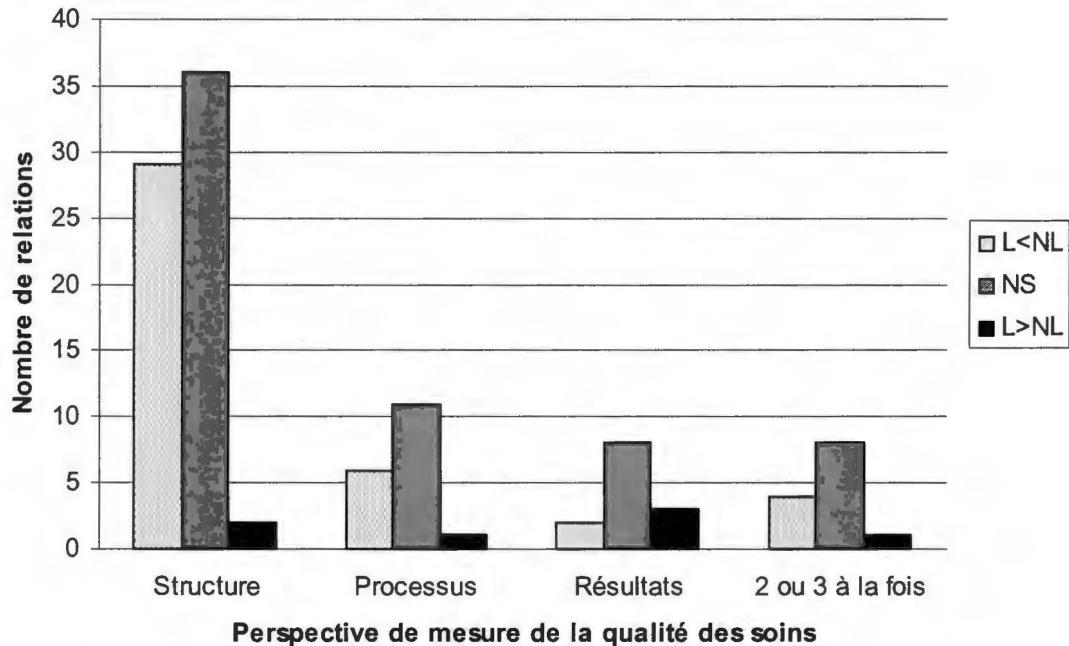
Le tableau IV.3 et la figure IV.2 rapportent les relations observées par les auteurs entre la qualité des soins et le type d'organisation (à but lucratif ou non lucratif). À l'exception de quelques conclusions marginales en faveur des résidences à but lucratif, les études démontrent une meilleure qualité des soins dans les résidences à but non lucratif ou ne décèlent aucune différence entre les deux types d'organisation. La supériorité des résidences à but non lucratif semble toutefois restreinte aux aspects structurels de la qualité. Ce qui ressort surtout est que les milieux à but lucratif emploient moins de personnel et que ce personnel est moins qualifié et passe moins de temps auprès des résidants. Ceci n'est pas vraiment surprenant puisque si les propriétaires de ces résidences désirent attirer de nouveaux clients, ils doivent offrir des prix compétitifs. Ainsi, la seule façon de maximiser leurs profits est de réduire les dépenses et d'offrir moins à leurs résidants. Heureusement, cette réduction de l'input ne semble pas trop affecter le processus et les résultats.

**Tableau IV.3 Relation entre le type d'organisation et la qualité des soins ‡**

Relation §	Perspective de mesure de la qualité des soins			
	Structure	Processus	Résultats	2 ou 3 perspectives à la fois
L < NL	Aaronson et al., 1994 <sup>[M, n=449]</sup> Karuza & Katz, 1994 <sup>[B, n=353]</sup> Lemke & Moos, 1989 <sup>[M, n=132]</sup> Nyman, 1988b <sup>[M, n=247]</sup> Ullmann, 1987 <sup>[B, n=431]</sup> Lemke & Moos, 1986 <sup>[M, n=244]</sup> Elwell, 1984 <sup>[B, n=424]</sup> Fottler et al., 1981 <sup>[M, n=43]</sup> Greene & Monahan, 1981 <sup>[M, n=24]</sup> Gottesman, 1974 <sup>[B, n=40]</sup> Gottesman & Bourestom, 1974 <sup>[B, n=40]</sup> Anderson et al., 1969 <sup>[M, n=118]</sup> Holmberg & Anderson, 1968 <sup>[M, n=118]</sup>	Lemke & Moos, 1989 <sup>[M, n=132]</sup> Ullmann, 1987 <sup>[B, n=431]</sup> Lemke & Moos, 1986 <sup>[M, n=244]</sup>	Nyman, 1988b <sup>[M, n=247]</sup> Riportella-Muller & Slesinger, 1982 <sup>[B, n=462]</sup>	Cherry, 1993 <sup>[M, n=210]</sup> Lemke & Moos, 1989 <sup>[M, n=132]</sup> Ullmann, 1987 <sup>[B, n=431]</sup> Koetting, 1980 <sup>[B, n=136]</sup>
NS	Karuza & Katz, 1994 <sup>[B, n=353]</sup> Lemke & Moos, 1989 <sup>[M, n=132]</sup> Nyman, 1988b <sup>[M, n=247]</sup> Lemke & Moos, 1986 <sup>[M, n=244]</sup> Ullmann, 1986 <sup>[B, n=265]</sup> Fottler et al., 1981 <sup>[M, n=43]</sup> Gottesman, 1974 <sup>[B, n=40]</sup> Anderson et al., 1969 <sup>[M, n=118]</sup> Holmberg & Anderson, 1968 <sup>[M, n=118]</sup>	Aaronson et al., 1994 <sup>[M, n=449]</sup> Zinn et al., 1993b <sup>[M, n=438]</sup> Pillemer & Bachman-Prehn, 1991 <sup>[M, n=31]</sup> Lemke & Moos, 1989 <sup>[M, n=132]</sup> Nyman, 1988b <sup>[M, n=247]</sup> Ullmann, 1987 <sup>[B, n=431]</sup> Winn & McCaffree, 1976 <sup>[B, n=2124]</sup> Gottesman, 1974 <sup>[B, n=40]</sup>	Zinn et al., 1993b <sup>[M, n=438]</sup> Spector & Takada, 1991 <sup>[M, n=80]</sup> Nyman, 1988b <sup>[M, n=247]</sup> Ullmann, 1986 <sup>[B, n=265]</sup> Weissert & Scanlon, 1985 <sup>[M, n=?]</sup> Anderson et al., 1969 <sup>[M, n=118]</sup> Holmberg & Anderson, 1968 <sup>[M, n=118]</sup>	Johnson-Pawlson & Infeld, 1996 <sup>[M, n=198]</sup> Cherry, 1993 <sup>[M, n=210]</sup> Cherry, 1991 <sup>[M, n=134]</sup> Munroe, 1990 <sup>[M, n=455]</sup> Nyman, 1988a <sup>[M, n=135]</sup> Riportella-Muller & Slesinger, 1982 <sup>[B, n=462]</sup> Levey et al., 1973 <sup>[M, n=129]</sup>
L > NL	Ullmann, 1986 <sup>[B, n=265]</sup> Frech, 1985 <sup>[M, n=600]</sup>	Nyman, 1988b <sup>[M, n=247]</sup>	Aaronson et al., 1994 <sup>[M, n=449]</sup> Zinn et al., 1993b <sup>[M, n=438]</sup> Spector & Takada, 1991 <sup>[M, n=80]</sup>	Townsend, 1962 <sup>[B, n=173]</sup>

‡ B : relation bivariée, M : relation multivariée ; n = nombre de résidences

§ L : à but lucratif, NL : à but non lucratif; L<NL : Qualité inférieure dans les résidences à but lucratif; L>NL : Qualité supérieure dans les résidences à but lucratif



**Figure IV.2 Relation entre le type d'organisation et la qualité des soins (L<NL : qualité des soins supérieure dans les résidences à but non lucratif, L>NL : qualité des soins supérieure dans les résidences à but lucratif)**

Riportella-Muller et Slesinger (1982) sont les seules à avoir étudié la relation entre la qualité des soins (mesurée par le nombre de violations) et l'interaction « taille \* type d'organisation ». Pour les petites résidences, elles rapportent moins de violations dans les établissements à but non lucratif. À l'opposé, lorsque la taille est élevée, le nombre de violations est supérieur dans les résidences à but non lucratif. L'augmentation du nombre de violations avec la taille s'observe seulement dans les résidences à but non lucratif. En effet, dans les résidences à but lucratif, le nombre de violations varie peu en fonction de la taille.

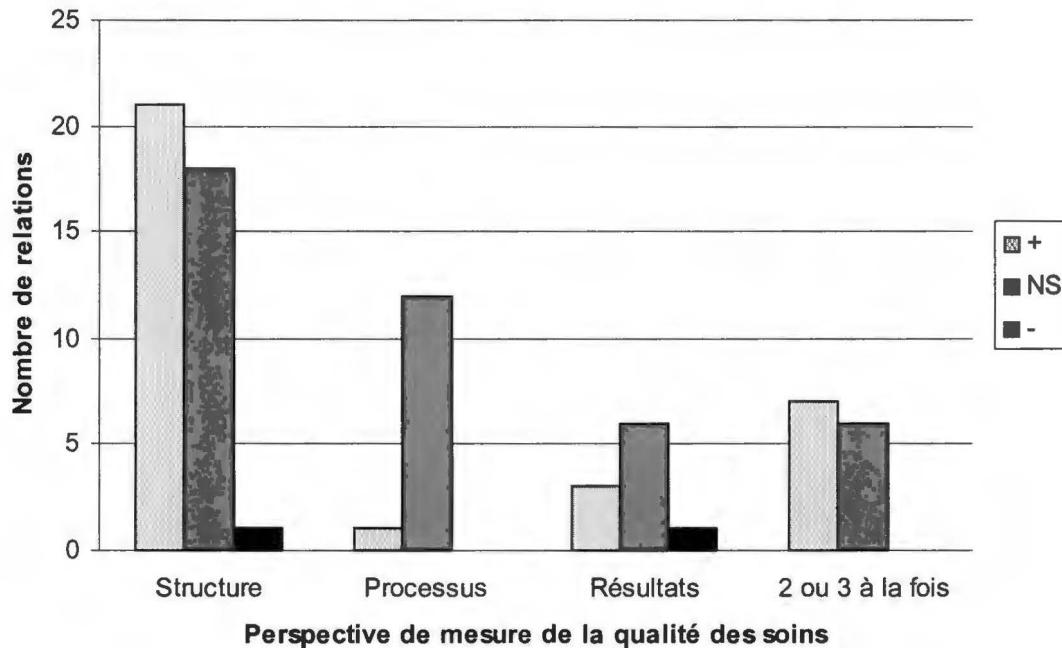
D'après le dicton « vous en avez pour votre argent », on peut s'attendre à ce que lorsque les coûts sont élevés, la qualité l'est également. Le tableau IV.4 et la figure IV.3 résument les conclusions des écrits consultés dans lesquels les auteurs définissent les coûts à l'aide d'une des quatre variables suivantes : le coût per diem estimé d'un résidant (Munroe, 1990; Nyman, 1988b; Nyman, 1988c; Ullmann, 1987; Ullmann, 1986; Ullmann, 1985; Ullmann, 1984; Schlenker & Shaughnessy, 1984; Palm & Nelson, 1984; Elwell, 1984; Meiners, 1982; Linn, 1974; Levey et al., 1973; Anderson et al., 1969), l'argent perçu par la résidence en provenance du résidant, de ses assurances personnelles ou des fonds publics (Aaronson et al., 1994; Zinn et al., 1993b; Pillemer & Bachman-Prehn, 1991; Nyman, 1988a; Greene & Monahan, 1981; Linn et al., 1977; Kosberg & Tobin, 1972; Greenwald & Linn, 1971; Anderson et al., 1969), les profits réalisés par la résidence (Munroe, 1990) ou les frais supplémentaires imposés pour une variété de soins et services (Kosberg & Tobin, 1972).

Soulignons que les coûts plus élevés semblent surtout avoir un effet sur l'aspect structurel de la qualité des soins, c'est-à-dire sur ce qui est offert aux résidents. Ceci est inévitable puisque les coûts sont habituellement établis en fonction des services offerts. Il est rassurant de constater que la façon dont les soins sont dispensés (processus) ne semble pas être affectée par les coûts. Seules Greenwald & Linn (1971) démontrent une relation positive entre les coûts et l'adéquation des repas. Curieusement, deux études rapportent une relation négative entre les coûts et un indicateur de qualité. Nyman (1988b) a tout d'abord observé que les activités individualisées sont moins fréquentes lorsque le

**Tableau IV.4 Relation entre les montants perçus et la qualité des soins ‡**

Relation	Perspective de mesure de la qualité des soins			2 ou 3 perspectives à la fois
	Structure	Processus	Résultats	
Positive	Aaronson et al., 1994 <sup>[M, n=449]</sup> Nyman, 1988b <sup>[M, n=303]</sup> Ullmann, 1986 <sup>[M, n=265]</sup> Ullmann, 1985 <sup>[M, n=368]</sup> Elwell, 1984 <sup>[B, n=424]</sup> Palm & Nelson, 1984 <sup>[M, n=40]</sup> Meiners, 1982 <sup>[M, n=1147]</sup> Greene & Monahan, 1981 <sup>[M, n=24]</sup> Greenwald & Linn, 1971 <sup>[B, n=26]</sup> Anderson et al., 1969 <sup>[M, n=118]</sup>	Greenwald & Linn, 1971 <sup>[B, n=26]</sup>	Zinn et al., 1993b <sup>[M, n=438]</sup> Linn et al., 1977 <sup>[M, n=30]</sup> Greenwald & Linn, 1971 <sup>[B, n=26]</sup>	Nyman, 1988a <sup>[M, n=135]</sup> Linn, 1974 <sup>[B, n=40]</sup> Levey et al., 1973 <sup>[M, n=129]</sup> Kosberg & Tobin, 1972 <sup>[B, n=214]</sup> Greenwald & Linn, 1971 <sup>[B, n=26]</sup>
NS	Nyman, 1988b <sup>[M, n=303]</sup> Ullmann, 1986 <sup>[M, n=265]</sup> Elwell, 1984 <sup>[B, n=424]</sup> Meiners, 1982 <sup>[M, n=1147]</sup> Greenwald & Linn, 1971 <sup>[B, n=26]</sup>	Zinn et al., 1993b <sup>[M, n=438]</sup> Pillemer & Bachman-Prehn, 1991 <sup>[M, n=31]</sup> Nyman, 1988b <sup>[M, n=303]</sup> Ullmann, 1985 <sup>[M, n=368]</sup> Schlenker & Shaughnessy, 1984 <sup>[M, n=74]</sup> Greenwald & Linn, 1971 <sup>[B, n=26]</sup>	Zinn et al., 1993b <sup>[M, n=438]</sup> Nyman, 1988b <sup>[M, n=303]</sup> Ullmann, 1986 <sup>[M, n=265]</sup> Linn et al., 1977 <sup>[M, n=30]</sup>	Munroe, 1990 <sup>[M, n=455]</sup> Nyman, 1988c <sup>[M, n=269]</sup> Ullmann, 1987 <sup>[M, n=368]</sup> Ullmann, 1984 <sup>[M, n=368]</sup> Greenwald & Linn, 1971 <sup>[B, n=26]</sup>
Négative	Nyman, 1988b <sup>[M, n=303]</sup>		Aaronson et al., 1994 <sup>[M, n=449]</sup>	

‡ B : relation bivariée, M : relation multivariée ; n = nombre de résidences



**Figure IV.3 Relation entre les montants perçus et la qualité des soins**

coût per diem d'un résidant est plus élevé. Enfin, selon Aaronson et al. (1994), les résidences percevant plus d'argent présentent un plus haut taux d'escarres de decubitus. En ce qui concerne les index globaux de qualité, les relations positives observées peuvent être dues au fait que les index contiennent des mesures de structure qui, nous l'avons déjà mentionné, sont forcément reliées aux coûts.

Le tableau IV.5 porte enfin sur d'autres caractéristiques générales. Une dizaine d'auteurs ont voulu savoir si le taux d'occupation était un facteur associé à la qualité des soins. La plupart n'ont pas observé de relation. Cependant, sous une perspective de structure, certaines relations négatives sont rapportées. Malgré le fait que tous aient utilisé un devis transversal et qu'il est donc



**Tableau IV.5 Relation entre d'autres caractéristiques générales et la qualité des soins ‡**

Autres caractéristiques générales	Relation	Perspective de mesure de la qualité des soins			2 ou 3 perspectives à la fois
		Structure	Processus	Résultats	
Taux d'occupation	Positive		Winn & McCaffree, 1976 <sup>[B, n=2124]</sup>	Zinn et al., 1993b <sup>[M, n=438]</sup>	
	NS	Nyman, 1988b <sup>[M, n=247]</sup> Elwell, 1984 <sup>[B, n=424]</sup> Fottler et al., 1981 <sup>[M, n=43]</sup> Anderson et al., 1969 <sup>[M, n=118]</sup>	Zinn et al., 1993b <sup>[M, n=438]</sup> Nyman, 1988b <sup>[M, n=247]</sup>	Zinn et al., 1993b <sup>[M, n=438]</sup> Nyman, 1988b <sup>[M, n=247]</sup> Weissert & Scanlon, 1985 <sup>[M, n=?]</sup>	Nyman, 1988a <sup>[M, n=135]</sup> Greenwald & Linn, 1971 <sup>[B, n=26]</sup>
	Négative	Elwell, 1984 <sup>[B, n=424]</sup> Fottler et al., 1981 <sup>[M, n=43]</sup> Greene & Monahan, 1981 <sup>[M, n=24]</sup>			
Contrôle externe (CE) ou non (N)	CE < N		Litwin & Monk, 1987 <sup>[B, n=34]</sup>		Cherry, 1993 <sup>[M, n=210]</sup>
	NS	Karuza & Katz, 1994 <sup>[B, n=353]</sup> Litwin & Monk, 1987 <sup>[B, n=34]</sup> Greene & Monahan, 1981 <sup>[M, n=24]</sup> Anderson et al., 1969 <sup>[M, n=118]</sup>	Litwin & Monk, 1987 <sup>[B, n=34]</sup>	Spector & Takada, 1991 <sup>[M, n=80]</sup> Anderson et al., 1969 <sup>[M, n=118]</sup>	Cherry, 1991 <sup>[M, n=134]</sup> Litwin & Monk, 1987 <sup>[B, n=34]</sup> Levey et al., 1973 <sup>[M, n=129]</sup>
	CE > N	Gottesman & Bourestom, 1974 <sup>[B, n=40]</sup> Anderson et al., 1969 <sup>[M, n=118]</sup>	Litwin & Monk, 1987 <sup>[B, n=34]</sup>	Spector & Takada, 1991 <sup>[M, n=80]</sup>	Cherry, 1993 <sup>[M, n=210]</sup> Cherry, 1991 <sup>[M, n=134]</sup> Levey et al., 1973 <sup>[M, n=129]</sup> Kosberg & Tobin, 1972 <sup>[B, n=214]</sup>

‡ B : relation bivariée, M : relation multivariée ; n = nombre de résidences

...suite

**Tableau IV.5 Relation entre d'autres caractéristiques générales et la qualité des soins ‡ (suite)**

Autres caractéristiques générales	Relation	Perspective de mesure de la qualité des soins			
		Structure	Processus	Résultats	2 ou 3 perspectives à la fois
Dépenses	Positive	Lee & Birnbaum, 1983 <sup>[M, n=671]</sup> Greene & Monahan, 1981 <sup>[M, n=24]</sup>			Lee & Birnbaum, 1983 <sup>[M, n=671]</sup> Walsh, 1979 <sup>[M, n=136]</sup>
	NS	Lee & Birnbaum, 1983 <sup>[M, n=671]</sup> Greene & Monahan, 1981 <sup>[M, n=24]</sup>		Spector & Takada, 1991 <sup>[M, n=80]</sup>	Koetting, 1980 <sup>[M, n=136]</sup> Christianson, 1979 <sup>[M, n=30]</sup>
	Négative	Greene & Monahan, 1981 <sup>[M, n=24]</sup>			
Milieu environnant : urbain (U) ou rural (R)	U < R	Nyman, 1988b <sup>[M, n=247]</sup>		Nyman, 1988b <sup>[M, n=247]</sup>	Nyman, 1988a <sup>[M, n=135]</sup> Kosberg & Tobin, 1972 <sup>[B, n=214]</sup>
	NS	Nyman, 1988b <sup>[M, n=247]</sup> Anderson et al., 1969 <sup>[M, n=118]</sup>	Nyman, 1988b <sup>[M, n=247]</sup>	Nyman, 1988b <sup>[M, n=247]</sup>	
Âge de la résidence	NS	Greene & Monahan, 1981 <sup>[M, n=24]</sup>			Levet et al., 1973 <sup>[M, n=129]</sup>
Intervenants recommandent (R) ou non (N) ce milieu	R > N				Kosberg & Tobin, 1972 <sup>[B, n=214]</sup>
Résidence fait partie d'une chaîne (C) ou non (N)	C < N	Greene & Monahan, 1981 <sup>[M, n=24]</sup>			
	NS	Ullmann, 1986 <sup>[B, n=265]</sup>		Ullmann, 1986 <sup>[B, n=265]</sup> Weissert & Scanlon, 1985 <sup>[M, n=?]</sup>	Kosberg & Tobin, 1972 <sup>[B, n=214]</sup>

‡ B : relation bivariée, M : relation multivariée ; n = nombre de résidences

...suite

**Tableau IV.5 Relation entre d'autres caractéristiques générales et la qualité des soins ‡ (suite)**

Autres caractéristiques générales	Relation	Perspective de mesure de la qualité des soins			
		Structure	Processus	Résultats	2 ou 3 perspectives à la fois
Membre d'association (A) ou non (N)	NS		Winn & McCaffree, 1976 <sup>[B, n=2394]</sup>		
	A > N				Kosberg & Tobin, 1972 <sup>[B, n=214]</sup>
Surveillance externe §	NS	Fottler et al., 1981 <sup>[M, n=43]</sup>			
Nombre d'activités organisées	Positive			Spector & Takada, 1991 <sup>[M, n=80]</sup>	
	NS			Spector & Takada, 1991 <sup>[M, n=80]</sup>	
Nombre de patients admis/an	NS				Greenwald & Linn, 1971 <sup>[B, n=26]</sup>
Nombre de patients renvoyés/an	NS		Aaronson et al., 1994 <sup>[M, n=449]</sup>		Greenwald & Linn, 1971 <sup>[B, n=26]</sup>
	Négative	Aaronson et al., 1994 <sup>[M, n=449]</sup>			
Nombre de personnes sur la liste d'attente	NS				Greenwald & Linn, 1971 <sup>[B, n=26]</sup>
Nombre de niveaux de soins ¥	Positive		Winn & McCaffree, 1976 <sup>[B, n=2300]</sup>		Kosberg & Tobin, 1972 <sup>[B, n=214]</sup>
Niveau de soin ¥	NS				Cherry, 1991 <sup>[M, n=134]</sup> Nyman, 1988a <sup>[M, n=135]</sup>

‡ B : relation bivariée, M : relation multivariée ; n = nombre de résidences

§ Le responsable surveille les méthodes et performances des autres ressources d'hébergement pour personnes âgées au niveau local, régional ou national

¥ Aux États-Unis, une même résidence peut dispenser des soins de base et/ou intermédiaires et/ou intensifs. Certaines résidences offrent plusieurs niveaux de soins alors que d'autres en offrent un seul.

...suite

**Tableau IV.5 Relation entre d'autres caractéristiques générales et la qualité des soins ‡ (suite et fin)**

Autres caractéristiques générales	Relation	Perspective de mesure de la qualité des soins			
		Structure	Processus	Résultats	2 ou 3 perspectives à la fois
Unité de réadaptation (R) ou non (N)	NS	Karuza & Katz, 1994 <sup>[B, n=353]</sup>			
	R > N	Karuza & Katz, 1994 <sup>[B, n=353]</sup>			
Unité de démence (D) ou non (N)	NS	Karuza & Katz, 1994 <sup>[B, n=353]</sup>			
	D > N	Karuza & Katz, 1994 <sup>[B, n=353]</sup>			
Affiliation universitaire (U) ou non(N)	NS	Karuza & Katz, 1994 <sup>[B, n=353]</sup>			
	U > N	Karuza & Katz, 1994 <sup>[B, n=353]</sup>			
Présence d'étudiants stagiaires	NS	Karuza & Katz, 1994 <sup>[B, n=353]</sup>			
Activités de recherche	NS	Karuza & Katz, 1994 <sup>[B, n=353]</sup>			

‡ B : relation bivariée, M : relation multivariée ; n = nombre de résidences

impossible de connaître le sens de la relation, on peut supposer qu'un mauvais aspect structurel puisse résulter en un faible taux d'occupation. Ainsi, le taux d'occupation peut ne pas être un facteur prédictif de la qualité des soins, mais plutôt une conséquence de celle-ci. Une autre hypothèse est que la relation est bi-directionnelle.

Lorsque des gens autres que le personnel d'une résidence y ont accès, on dit qu'il y a contrôle externe. Celui-ci peut provenir de différentes sources: présence d'un ombudsman (Cherry, 1993; Cherry, 1991; Litwin & Monk, 1987), de bénévoles (Cherry, 1991) ou de programmes communautaires (Karuza & Katz, 1994), contrôle fédéral (Spector & Takada, 1991), présence d'un conseil d'administration sur lequel siègent des citoyens locaux (Greene & Monahan, 1981), présence de visiteurs des résidents au moins une fois par mois (Gottesman & Bourestom, 1974), certification comme établissement de soins prolongés (Levey et al., 1973; Kosberg & Tobin, 1972), conformité aux exigences d'obtention d'un permis (Kosberg & Tobin, 1972), accréditation (Kosberg & Tobin, 1972; Anderson et al., 1969) ou affiliation à un hôpital (Anderson et al., 1969). Quel que soit le type de contrôle, il ressort assez clairement qu'il est rarement néfaste. Plusieurs études, basées sur plus de 100 résidences pour personnes âgées, concluent cependant qu'un tel contrôle est inutile puisqu'il n'est pas relié à la qualité des soins.

Le lien entre la qualité et les dépenses telles les coûts d'opération (Spector & Takada, 1991; Lee & Birnbaum, 1983; Koetting, 1980; Walsh, 1979;

Christianson, 1979), les dépenses administratives, d'entretien et d'opérations (Greene & Monahan, 1981) ou les coûts de capitalisation (Greene & Monahan, 1981) semble positif ou non significatif.

On remarque finalement que les autres caractéristiques présentées au tableau IV.5 ont été très peu étudiées. Mentionnons enfin que les nombreux facteurs associés aux programmes Medicaid ou Medicare en vigueur aux États-Unis ne sont pas discutés ici puisque ceux-ci ne sont pas pertinents dans le contexte québécois.

### **IV.3 Relation entre les caractéristiques du personnel et la qualité des soins**

Les conclusions des quelques auteurs ayant examiné la relation entre les ressources humaines et la qualité des soins sont présentées au tableau IV.6. Lorsque tous les types de personnel sont confondus, le ratio personnel/résident n'est pas relié à six indicateurs structuraux de la qualité et cinq résultats. Dans les cas où la qualité est plutôt évaluée à l'aide d'index globaux, elle semble s'améliorer lorsque plus d'employés sont disponibles pour chacun des résidents. Si le numérateur est restreint aux professionnels diplômés tels les médecins, les infirmières diplômées ou les travailleurs sociaux, la qualité est encore une fois indépendante du ratio. Seuls Karuza & Katz (1994) ont étudié l'impact du ratio préposés/résident sur la qualité des soins. Ce ratio n'est relié à aucun de leurs indicateurs structuraux de qualité.

**Tableau IV.6 Relation entre les ressources humaines et la qualité des soins ‡**

Ressources humaines	Relation	Perspective de mesure de la qualité des soins			
		Structure	Processus	Résultats	2 ou 3 perspectives à la fois
Ratio personnel / résidant	Positive			Spector & Takada, 1991 <sup>[M, n=80]</sup>	Johnson-Pawilson & Infeld, 1996 <sup>[M, n=198]</sup> Linn, 1974 <sup>[M, n=40]</sup> Greenwald & Linn, 1971 <sup>[B, n=26]</sup>
	NS	Karuza & Katz, 1994 <sup>[B, n=353]</sup>		Spector & Takada, 1991 <sup>[M, n=80]</sup> Linn et al., 1977 <sup>[M, n=30]</sup>	Greenwald & Linn, 1971 <sup>[B, n=26]</sup>
Ratio personnel professionnel / résidant	Positive	Karuza & Katz, 1994 <sup>[B, n=353]</sup>		Linn et al., 1977 <sup>[M, n=30]</sup>	
	NS	Karuza & Katz, 1994 <sup>[B, n=353]</sup>	Zinn et al., 1993b <sup>[M, n=438]</sup>	Zinn et al., 1993b <sup>[M, n=30]</sup> Linn et al., 1977 <sup>[M, n=30]</sup>	Johnson-Pawilson & Infeld, 1996 <sup>[M, n=198]</sup>
Ratio personnel non professionnel / résidant	NS	Karuza & Katz, 1994 <sup>[B, n=353]</sup>			
Ratio infirmière diplômée / employé	Négative		Aaronson et al., 1994 <sup>[B, n=449]</sup>		
Présence d'une infirmière clinicienne	NS	Karuza & Katz, 1994 <sup>[B, n=353]</sup>			
Contrat avec un médecin (M) ou non (N)	NS	Karuza & Katz, 1994 <sup>[B, n=353]</sup>			
	M > N	Karuza & Katz, 1994 <sup>[B, n=353]</sup>			
Personnel fermé (F) ou non (N) §	F > N	Karuza & Katz, 1994 <sup>[B, n=353]</sup>			

‡ B : relation bivariée, M : relation multivariée ; n = nombre de résidences

§ Le personnel est fermé lorsque seuls les employés de la résidence dispensent des soins aux résidents

Plutôt que de s'intéresser au nombre absolu d'employés d'une résidence, certains écrits portent plutôt sur le nombre d'heures travaillées par ces employés (Cf. tableau IV.7). La majorité des auteurs obtiennent des relations non significatives entre la qualité des soins et les heures passées auprès des résidents, quel que soit le type de personnel retenu (tous types confondus, professionnels seulement ou non professionnels seulement).

D'autres caractéristiques du personnel font finalement l'objet du tableau IV.8. Très peu d'auteurs les ont étudiées et il serait donc prématuré de tirer des conclusions à partir de si peu d'évidence.

#### **IV.4 Relation entre les caractéristiques des résidents et la qualité des soins**

L'ensemble des conclusions des auteurs ayant examiné la relation entre la lourdeur de la clientèle et la qualité des soins sont exposées au tableau IV.9.

La lourdeur de la clientèle est mesurée de plusieurs façons dans les écrits :

- pourcentage de résidents dépendants pour les AVQ (Johnson-Pawlson & Infeld, 1996; Munroe; 1990);
- pourcentage de résidents ayant des besoins spéciaux (Johnson-Pawlson & Infeld, 1996; Nyman, 1988b) ;
- pourcentage de résidents confus (Aaronson et al., 1994);



**Tableau IV.7 Relation entre les heures du personnel et la qualité des soins ‡**

Heures du personnel	Relation	Perspective de mesure de la qualité des soins			2 ou 3 perspectives à la fois
		Structure	Processus	Résultats	
Heures du personnel / jour / résidant	Positive	Nyman, 1988b <sup>[M; n=247]</sup>	Winn & McCaffree, 1976 <sup>[B; n=2124]</sup>	Nyman, 1988b <sup>[M; n=247]</sup>	
	NS	Nyman, 1988b <sup>[M; n=247]</sup>	Nyman, 1988b <sup>[M; n=247]</sup>	Nyman, 1988b <sup>[M; n=247]</sup>	Cherry, 1993 <sup>[M; n=210]</sup> Linn, 1974 <sup>[B; n=40]</sup> Greenwald & Linn, 1971 <sup>[B; n=26]</sup>
Heures du personnel professionnel / jour / résidant	Positive		Winn & McCaffree, 1976 <sup>[B; n=2124]</sup>	Linn et al., 1977 <sup>[M; n=30]</sup>	
	NS			Weissert & Scanlon, 1985 <sup>[M; n=7]</sup>	Cherry, 1991 <sup>[M; n=134]</sup> Greenwald & Linn, 1971 <sup>[B; n=26]</sup>
Heures du personnel non professionnel / jour / résidant	NS	Nyman, 1988b <sup>[M; n=247]</sup>	Nyman, 1988b <sup>[M; n=247]</sup>	Nyman, 1988b <sup>[M; n=247]</sup> Linn et al., 1977 <sup>[M; n=30]</sup>	Cherry, 1991 <sup>[M; n=134]</sup> Greenwald & Linn, 1971 <sup>[B; n=26]</sup>
	Négative	Nyman, 1988b <sup>[M; n=247]</sup>			Greenwald & Linn, 1971 <sup>[B; n=26]</sup>
Ratio heures des infirmières diplômées / heures des infirmières auxiliaires	Positive				Munroe, 1990 <sup>[M; n=455]</sup>

‡ B : relation bivariée, M : relation multivariée ; n = nombre de résidences

**Tableau IV.8 Relation entre d'autres caractéristiques du personnel et la qualité des soins ‡**

Autres caractéristiques du personnel	Relation	Perspective de mesure de la qualité des soins			
		Structure	Processus	Résultats	2 ou 3 perspectives à la fois
Taux de renouvellement	Positive NS Négative			Spector & Takada, 1991 <sup>[M, n=80]</sup>	Waxman et al., 1984 <sup>[B, n=7]</sup> Linn, 1974 <sup>[B, n=40]</sup> Munroe, 1990 <sup>[M, n=455]</sup>
Sexe des employés : féminin (F) ou masculin (M)	F > M		Lindesay & Skea, 1997 <sup>[B, n=37 employés]</sup>		
Âge moyen des employés	Positive NS		Pillemer & Bachman-Prehn, 1991 <sup>[M, n=31]</sup> Pillemer & Bachman-Prehn, 1991 <sup>[M, n=31]</sup>		
Éducation moyenne des employés	NS		Pillemer & Bachman-Prehn, 1991 <sup>[M, n=31]</sup>		
Années d'expérience des employés	NS		Pillemer & Bachman-Prehn, 1991 <sup>[M, n=31]</sup>		
Formation et expérience du propriétaire	NS				Kosberg & Tobin, 1972 <sup>[B, n=214]</sup>
Formation et expérience de l'administrateur	NS	Fottler et al., 1981 <sup>[M, n=43]</sup>			Kosberg & Tobin, 1972 <sup>[B, n=214]</sup>

‡ B : relation bivariée, M : relation multivariée ; n = nombre de résidences

...suite

**Tableau IV.8 Relation entre d'autres caractéristiques du personnel et la qualité des soins ‡ (suite et fin)**

Autres caractéristiques du personnel	Relation	Perspective de mesure de la qualité des soins			2 ou 3 perspectives à la fois
		Structure	Processus	Résultats	
Expérience (E) ou non (N) des préposés avec des résidants	E > N	Gottesman & Bourestom, 1974 <sup>[B, n=40]</sup>			
DSI en contact (C) ou non (N) avec les résidants	C > N	Gottesman & Bourestom, 1974 <sup>[B, n=40]</sup>			
Pourcentage de résidants suivis par le directeur médical	NS Négative	Karuza & Katz, 1994 <sup>[B, n=353]</sup> Karuza & Katz, 1994 <sup>[B, n=353]</sup>			
Attitude négative des employés envers les résidants	NS Négative		Pillemer & Bachman-Prehn, 1991 <sup>[M, n=31]</sup> Pillemer & Bachman-Prehn, 1991 <sup>[M, n=31]</sup>		
Épuisement professionnel des employés	Négative		Pillemer & Bachman-Prehn, 1991 <sup>[M, n=31]</sup>		
Fréquence de conflits entre les employés et les résidants	NS Négative		Pillemer & Bachman-Prehn, 1991 <sup>[M, n=31]</sup> Pillemer & Bachman-Prehn, 1991 <sup>[M, n=31]</sup>		
Salaire de l'administrateur	Positive	Greene & Monahan, 1981 <sup>[M, n=24]</sup>			
Salaire du personnel infirmier	NS				Munroe, 1990 <sup>[M, n=455]</sup>

‡ B : relation bivariée, M : relation multivariée ; n = nombre de résidences

**Tableau IV.9 Relation entre la lourdeur de la clientèle et la qualité des soins ‡**

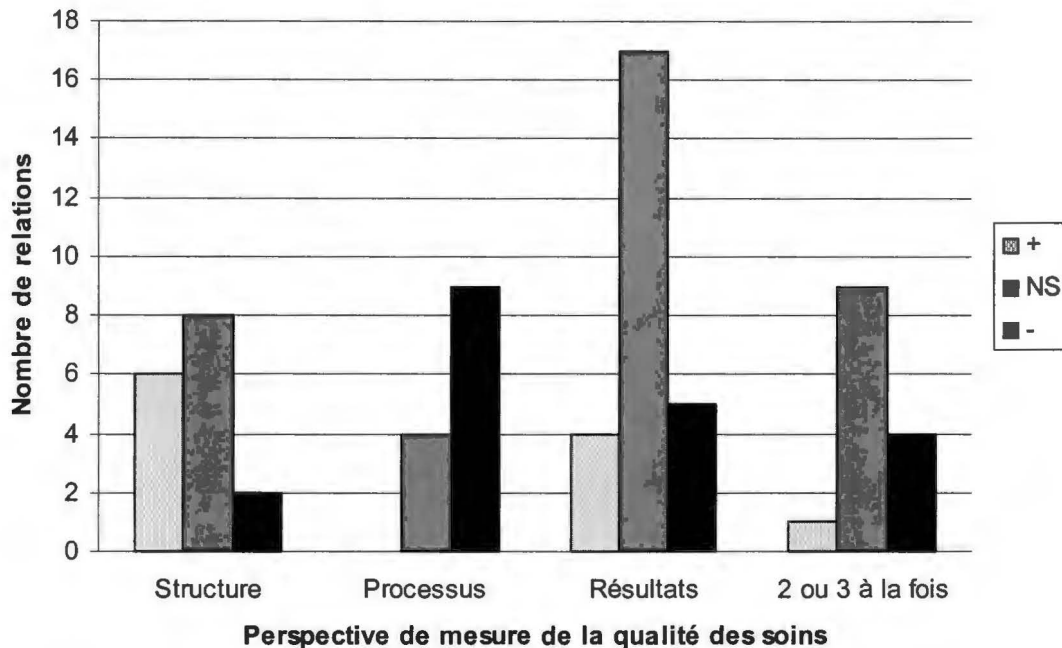
Relation	Perspective de mesure de la qualité des soins			2 ou 3 perspectives à la fois
	Structure	Processus	Résultats	
Positive	Aaronson et al., 1994 <sup>[M; n=449]</sup> Lemke & Moos, 1986 <sup>[M; n=244]</sup> Elwell, 1984 <sup>[B; n=424]</sup>		Aaronson et al., 1994 <sup>[M; n=449]</sup> Spector & Takada, 1991 <sup>[M; n=80]</sup>	Munroe, 1990 <sup>[M; n=455]</sup>
NS	Nyman, 1988b <sup>[M; n=247]</sup> Lemke & Moos, 1986 <sup>[M; n=244]</sup> Elwell, 1984 <sup>[B; n=424]</sup> Anderson et al., 1969 <sup>[M; n=118]</sup>	Nyman, 1988b <sup>[M; n=247]</sup> Lemke & Moos, 1986 <sup>[M; n=244]</sup>	Zinn et al., 1993a <sup>[M; n=438]</sup> Zinn et al., 1993b <sup>[M; n=438]</sup> Spector & Takada, 1991 <sup>[M; n=80]</sup> Nyman, 1988b <sup>[M; n=247]</sup>	Johnson-Pawison & Infeld, 1996 <sup>[M; n=198]</sup> Cherry, 1993 <sup>[M; n=210]</sup> Munroe, 1990 <sup>[M; n=455]</sup> Nyman, 1988a <sup>[M; n=135]</sup>
Négative	Nyman, 1988b <sup>[M; n=247]</sup> Lemke & Moos, 1986 <sup>[M; n=244]</sup>	Aaronson et al., 1994 <sup>[M; n=449]</sup> Zinn et al., 1993a <sup>[M; n=438]</sup> Zinn et al., 1993b <sup>[M; n=438]</sup> Lemke & Moos, 1986 <sup>[M; n=244]</sup> Winn & McCaffree, 1976 <sup>[B; n=2124]</sup>	Aaronson et al., 1994 <sup>[M; n=449]</sup> Zinn et al., 1993a <sup>[M; n=438]</sup> Zinn et al., 1993b <sup>[M; n=438]</sup> Spector & Takada, 1991 <sup>[M; n=80]</sup>	Cherry, 1993 <sup>[M; n=210]</sup> Cherry, 1991 <sup>[M; n=134]</sup> Munroe, 1990 <sup>[M; n=455]</sup>

‡ B : relation bivariée, M : relation multivariée ; n = nombre de résidences

- pourcentage de résidants nécessitant des soins spécialisés (Aaronson et al., 1994; Spector & Takada, 1991; Nyman, 1988a);
- pourcentage de résidants portant une sonde urinaire (Spector & Takada, 1991; Munroe, 1990);
- pourcentage de résidants nécessitant des soins de la peau (Spector & Takada, 1991);
- pourcentage de résidants consommant plus de sept médicaments (Spector & Takada, 1991);
- pourcentage de résidants consommant plus d'une drogue psychoactive (Spector & Takada, 1991);
- pourcentage de résidants incontinents (Munroe, 1990);
- pourcentage de résidants alités (Munroe, 1990);
- pourcentage de résidants intubés (Munroe, 1990);
- pourcentage de résidants ayant des escarres de decubitus (Munroe, 1990);
- pourcentage de résidants non ambulants (Anderson et al., 1969);
- pourcentage de résidants avec certaines conditions chroniques telles un retard mental, une sénilité ou des problèmes cardiaques (Winn & McCaffree, 1976).

D'autres auteurs utilisent un index de lourdeur défini par la somme pondérée des différents pourcentages mentionnés précédemment (Aaronson et al., 1994; Cherry, 1993; Cherry, 1991; Elwell, 1984) alors que certains définissent

la lourdeur de la clientèle par la moyenne de l'état fonctionnel de chacun des résidants (Zinn et al., 1993a; Zinn et al., 1993b; Spector & Takada, 1991; Lemke & Moos, 1986).



**Figure IV.4 Relation entre la lourdeur de la clientèle et la qualité des soins**

Il est difficile de tirer une conclusion générale suite à l'examen du tableau IV.9 ainsi que de la figure IV.4, puisque des relations positives, négatives et non significatives sont toutes observées. Il est cependant essentiel de noter que la façon dont les soins sont administrés (processus) semble moins bonne lorsque la clientèle est lourde. En effet, on note une plus grande utilisation de contentions (Aaronson et al., 1994; Zinn et al., 1993a; Zinn et al., 1993b) et de sondes urinaires (Zinn et al., 1993a; Zinn et al., 1993b) dans les résidences hébergeant des clientèles plus lourdes. De même, les résidants y sont moins influents, leur

intimité n'est pas toujours respectée et leur emploi du temps est moins flexible (Lemke & Moos, 1986). Enfin, les résidences à clientèle lourde sont jugées moins efficaces et efficientes que celles logeant une clientèle plus autonome (Winn & McCaffree, 1976).

Dans plusieurs écrits américains, on étudie le lien entre la qualité des soins et la proportion de résidents supportés par les fonds publics (Medicaid). Puisque ces derniers sont moins rentables que les résidents détenteurs d'assurances personnelles, il n'est pas étonnant d'observer une relation négative ou non significative entre les deux variables (Cf. tableau IV.10). Cette variable ne sera cependant pas discutée davantage puisqu'elle n'est pas pertinente dans le contexte québécois. En effet, au Québec, les résidents des ressources sans permis ne sont aucunement supportés par les fonds publics. Mis à part les quelques patients des CHSLD privés non conventionnés, les résidents des ressources d'hébergement avec permis sont, pour leur part, tous supportés financièrement par le gouvernement.

Les résidences hébergeant une clientèle plus âgée offrent plus de confort et de sécurité ainsi qu'un meilleur ratio personnel/résident (Lemke & Moos, 1986). L'harmonie y règne davantage (Lemke & Moos, 1986) et étonnamment, on y utilise moins de sondes urinaires (Zinn et al., 1993a; Zinn et al., 1993b) et on y observe moins d'escarres de decubitus (Aaronson et al., 1994; Zinn et al., 1993a; Zinn et al., 1993b). Plusieurs conclusions supportent également l'hypothèse d'absence de relation entre l'âge de la clientèle et la qualité des soins.

**Tableau IV.10 Relation entre d'autres caractéristiques des résidants et la qualité des soins ‡**

Autres caractéristiques des résidants	Relation	Perspective de mesure de la qualité des soins			
		Structure	Processus	Résultats	2 ou 3 perspectives à la fois
Proportion supportée par les fonds publics (Medicaid)	Positive	Karuzza & Katz, 1994 <sup>[M, n=353]</sup> Elwell, 1984 <sup>[B, n=424]</sup>	Zinn et al., 1993a <sup>[M, n=438]</sup>	Aaronson et al., 1994 <sup>[M, n=449]</sup>	
	NS	Karuzza & Katz, 1994 <sup>[M, n=353]</sup> Nyman, 1988b <sup>[M, n=247]</sup> Elwell, 1984 <sup>[B, n=424]</sup> Gottesman, 1974 <sup>[B, n=40]</sup>	Zinn et al., 1993b <sup>[M, n=438]</sup> Nyman, 1988b <sup>[M, n=247]</sup> Winn & McCaffree, 1976 <sup>[B, n=2124]</sup> Gottesman, 1974 <sup>[B, n=40]</sup>	Zinn et al., 1993b <sup>[M, n=438]</sup> Spector & Takada, 1991 <sup>[M, n=80]</sup> Nyman, 1988b <sup>[M, n=247]</sup>	Johnson-Pawilson & Infeld, 1996 <sup>[M, n=198]</sup> Cherry, 1991 <sup>[M, n=134]</sup> Levey et al., 1973 <sup>[M, n=129]</sup>
	Négative	Nyman, 1988b <sup>[M, n=247]</sup> Elwell, 1984 <sup>[B, n=424]</sup> Fottler et al., 1981 <sup>[M, n=43]</sup> Gottesman, 1974 <sup>[B, n=40]</sup> Gottesman & Bourestom, 1974 <sup>[B, n=40]</sup> Anderson et al., 1969 <sup>[M, n=118]</sup>	Aaronson et al., 1994 <sup>[M, n=449]</sup> Zinn et al., 1993a <sup>[M, n=438]</sup>	Zinn et al., 1993a <sup>[M, n=438]</sup> Spector & Takada, 1991 <sup>[M, n=80]</sup>	Munroe, 1990 <sup>[M, n=455]</sup> Nyman, 1988a <sup>[M, n=135]</sup> Kosberg & Tobin, 1972 <sup>[B, n=214]</sup>
Âge moyen ou Proportion de plus de 85 ans	Positive	Lemke & Moos, 1986 <sup>[M, n=244]</sup>	Zinn et al., 1993a <sup>[M, n=438]</sup> Zinn et al., 1993b <sup>[M, n=438]</sup>	Aaronson et al., 1994 <sup>[M, n=449]</sup>	
	NS	Lemke & Moos, 1986 <sup>[M, n=244]</sup>	Lemke & Moos, 1986 <sup>[M, n=244]</sup> Zinn et al., 1993a <sup>[M, n=438]</sup> Zinn et al., 1993b <sup>[M, n=438]</sup> Lemke & Moos, 1986 <sup>[M, n=244]</sup>	Zinn et al., 1993a <sup>[M, n=438]</sup> Zinn et al., 1993b <sup>[M, n=438]</sup> Zinn et al., 1993a <sup>[M, n=438]</sup> Zinn et al., 1993b <sup>[M, n=438]</sup>	
	Négative	Gottesman & Bourestom, 1974 <sup>[B, n=40]</sup>			

‡ B : relation bivariée, M : relation multivariée ; n = nombre de résidences

...suite



**Tableau IV.10 Relation entre d'autres caractéristiques des résidants et la qualité des soins ‡ (suite)**

Autres caractéristiques des résidants	Relation	Perspective de mesure de la qualité des soins			
		Structure	Processus	Résultats	2 ou 3 perspectives à la fois
Proportion de femmes	Positive NS	Lemke & Moos, 1986 <sup>[M, n=244]</sup> Lemke & Moos, 1986 <sup>[M, n=244]</sup>	Lemke & Moos, 1986 <sup>[M, n=244]</sup> Lemke & Moos, 1986 <sup>[M, n=244]</sup> Winn & McCaffree, 1976 <sup>[B, n=2124]</sup>		
Proportion de blancs	Positive NS	Lemke & Moos, 1986 <sup>[M, n=244]</sup> Gottesman & Bourestom, 1974 <sup>[B, n=40]</sup> Lemke & Moos, 1986 <sup>[M, n=244]</sup>	Lemke & Moos, 1986 <sup>[M, n=244]</sup>  Lemke & Moos, 1986 <sup>[M, n=244]</sup>		Kosberg & Tobin, 1972 <sup>[B, n=214]</sup>
Proportion d'anciens cols blancs, propriétaires ou professionnels	NS	Anderson et al., 1969 <sup>[M, n=118]</sup>			
Ont des possessions personnelles (P) ou non (N)	P > N	Gottesman & Bourestom, 1974 <sup>[B, n=40]</sup>			
Faciles (F) ou non (N) à motiver	F > N	Gottesman & Bourestom, 1974 <sup>[B, n=40]</sup>			

‡ B : relation bivariée, M : relation multivariée ; n = nombre de résidences

...suite

**Tableau IV.10 Relation entre d'autres caractéristiques des résidants et la qualité des soins ‡ (suite et fin)**

Autres caractéristiques des résidants	Relation	Perspective de mesure de la qualité des soins			
		Structure	Processus	Résultats	2 ou 3 perspectives à la fois
Ont des tâches (T) ou non (N) à faire dans la résidence	T > N	Gottesman & Bourestom, 1974 <sup>[B, n=40]</sup>			
Fréquence d'actions agressives à l'endroit du personnel	Négative		Pillemer & Bachman-Prehn, 1991 <sup>[M]</sup>		
Proviennent de la maison (M), de l'hôpital (H) ou d'ailleurs (A)	M, H > A				Kosberg & Tobin, 1972 <sup>[B]</sup>
Durée moyenne de séjour ou Proportion restant plus d'un an	Positive NS	Lemke & Moos, 1986 <sup>[M]</sup>	Lemke & Moos, 1986 <sup>[M]</sup> Zinn et al, 1993b <sup>[M]</sup> Lemke & Moos, 1986 <sup>[M]</sup>	Zinn et al, 1993b <sup>[M]</sup>	

‡ B : relation bivariée, M : relation multivariée ; n = nombre de résidences

Comme dans les deux sections précédentes, des caractéristiques très peu étudiées par les auteurs complètent le tableau IV.10.

Mentionnons en terminant que Aaronson et al. (1994) ont étudié la relation entre la qualité des soins (estimée par le taux d'utilisation de contentions et le taux d'escarres de decubitus) et les interactions « lourdeur de la clientèle \* type d'organisation » et « âge de la clientèle \* type d'organisation ». Dans les résidences à but lucratif, ils rapportent une augmentation du taux d'utilisation de contentions et du taux d'escarres avec la lourdeur de la clientèle. Ils notent également un plus haut taux d'escarres dans les établissements hébergeant des gens plus âgés. En ce qui concerne les ressources d'hébergement à but non lucratif, les relations sont toutes non significatives.

Ceci complète la recension des écrits portant sur les facteurs associés à la qualité des soins. Le nombre imposant d'articles consultés nous a évidemment empêché de faire une critique individuelle de chacun d'eux. Globalement, nous pouvons toutefois rappeler la grande disparité des définitions et des mesures de qualité utilisées par les auteurs. Il n'y a même pas consensus lorsqu'il s'agit de déterminer si une variable est un indice de qualité ou si c'est un facteur dont la relation avec la qualité doit être examinée. De plus, un nombre important d'auteurs ne rapportent que des analyses bivariées et ne documentent aucunement les interrelations pouvant exister entre les différents facteurs. Enfin, seules les relations linéaires entre les variables continues et la qualité sont permises et l'étude d'interactions est quasi inexistante dans les écrits consultés.

Dans le cadre de la présente étude, nous proposons d'examiner la relation entre plusieurs facteurs et une mesure évaluant la qualité sous ses aspects structure, processus et résultats. Les facteurs sont étudiés simultanément afin de tenir compte de leurs interrelations et les relations polynomiales sont envisagées si elles sont conceptuellement explicables. Certaines interactions sont finalement prises en considération puisque nous croyons, entre autres, que l'influence de certains facteurs sur la qualité peut varier en fonction du volume de clientèle en perte d'autonomie.

#### **IV.5 Outil de repérage**

Rappelons que l'un des objectifs principaux du présent projet est l'identification des facteurs associés à la qualité des soins. C'est ce que visaient les sections précédentes sur les caractéristiques des résidences reliées à la qualité des soins. Le deuxième objectif principal concerne pour sa part le développement d'un outil de repérage des ressources d'hébergement dispensant des soins inadéquats à leur clientèle âgée en perte d'autonomie. Le temps est donc venu de s'intéresser à cet outil proprement dit : quels sont les attributs recherchés et comment évaluer la validité prédictive d'un tel outil ?

Justifions d'abord notre choix du terme « repérage » plutôt que « dépistage ». Dans les écrits anglophones, les termes « screening » (dépistage) et « case finding » (repérage ou recherche de cas) sont utilisés avec une signification variant d'un auteur à l'autre. Malheureusement, la totalité de ces

écrits fait référence à l'identification de maladies et non de problèmes socio-sanitaires. Nous devons donc adapter leurs définitions à notre contexte.

Comme on peut le constater au tableau IV.11, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) appuie sa distinction sur le stade du problème. Dans le cas d'une maladie, l'OMS fait référence au dépistage lorsque celle-ci est dans sa phase asymptomatique, et au repérage dans le cas d'une maladie non rapportée, qui est en phase symptomatique. En adaptant cette définition à notre contexte, on peut dire que le dépistage sert à l'identification de problèmes non apparents qui sont en voie de développement. Le repérage vise plutôt à reconnaître les problèmes existants qui sont apparents mais non rapportés.

**Tableau IV.11 Distinction entre le dépistage et le repérage (tableau inspiré de Muir Gray et al., 1985)**

	<b>Stade du problème</b>	
<b>Instigateur</b>	<i>Non apparent, en voie de développement</i>	<i>Apparent mais non rapporté</i>
<i>Intervenant</i>	Dépistage <sup>1,2</sup>	Repérage <sup>1</sup> Dépistage <sup>2</sup>
<i>Patient</i>	Dépistage <sup>1</sup> Repérage <sup>2</sup>	Repérage <sup>1,2</sup>

1 : terminologie de l'Organisation Mondiale de la Santé

2 : terminologie également rencontrée dans certains écrits

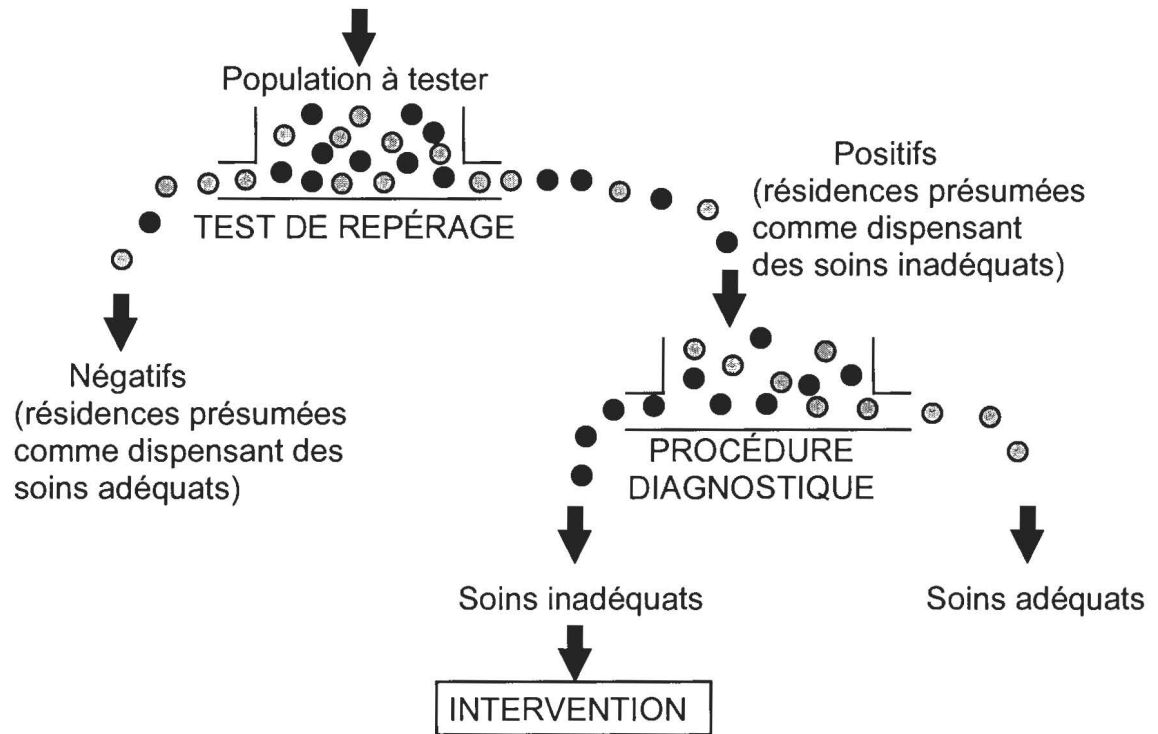
D'autres auteurs (ex : Sackett et al., 1985) basent plutôt leur terminologie sur l'instigateur de la procédure. Ils parlent alors de dépistage lorsque l'intervenant initie le contact et de repérage dans les cas où le patient (ou la

résidence dans notre cas) approche l'intervenant, quel que soit le motif de cette consultation.

Dans le cadre du présent projet, l'instigateur de la procédure est un intervenant du réseau socio-sanitaire. L'outil vise à identifier les résidences offrant présentement des soins inadéquats à leur clientèle et non les résidences qui sont à risque d'offrir des soins de mauvaise qualité dans le futur. On désire donc mettre le doigt sur un problème apparent non rapporté. Ceci correspond au coin supérieur droit du tableau IV.11, case où il y a ambiguïté de nomenclature. Nous avons choisi d'adhérer à la terminologie de l'OMS et donc d'utiliser le terme « repérage ». Le lecteur comprendra toutefois que le repérage et le dépistage sont deux concepts très similaires et que les attributs recherchés pour un outil de repérage sont les mêmes que ceux d'un instrument de dépistage, ces derniers étant beaucoup plus discutés dans les volumes de référence.

Tout comme le dépistage, le repérage est une activité de prévention secondaire puisqu'il vise à diminuer la prévalence d'un problème dans une population affectée. Comparativement, la prévention primaire a pour objectif la réduction de l'apparition de nouveaux cas dans une population non affectée alors que la prévention tertiaire tend à diminuer les conséquences d'un problème qui a déjà eu des effets néfastes. Par exemple, s'il était impossible d'améliorer la qualité des soins prodigués dans une résidence et que l'objectif était seulement de « guérir » les victimes, on parlerait alors de prévention tertiaire.

POPULATION DES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT  
POUR PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE  
résidences dispensant des soins de bonne (en gris) et de mauvaise qualité (en noir)



**Figure IV.5 Processus d'identification des ressources dispensant des soins inadéquats aux personnes âgées en perte d'autonomie (figure inspirée de Mausner & Bahn, 1974)**

La figure IV.5 illustre bien le rôle d'un outil de repérage dans le processus d'identification des ressources dispensant des soins inadéquats aux personnes âgées en perte d'autonomie. Quoique le problème soit à un stade différent au moment de l'administration de l'outil, le rôle de ce dernier est identique à celui d'un test de dépistage. Le test est administré à toutes les résidences d'une région donnée. Les résidences avec un test négatif sont présumées comme dispensant des soins adéquats et on ne pousse pas davantage l'investigation. Certes, quelques-uns de ces milieux offrent en réalité des soins inadéquats (faux

négatifs) mais le test ne permet pas de les identifier. Le complément des établissements avec un test négatif dispense réellement des soins adéquats (vrais négatifs) et grâce au test, l'intervenant n'évalue pas ces milieux inutilement.

Les résidences avec un test positif ne doivent pas être jugées d'emblée comme des milieux problématiques, puisqu'un outil de repérage n'est pas un outil diagnostique. Ces établissements doivent passer par une évaluation poussée permettant de confirmer ou d'infirmer l'existence d'un problème de soins inadéquats. Lorsque le problème suggéré par l'outil de repérage existe réellement, le diagnostic permet également de faire la lumière sur ses causes et d'identifier la nature et la gravité du problème. Une intervention peut alors être mise sur pied dans l'espoir de corriger le problème. Par contre, si l'évaluation ne révèle aucun problème, c'est qu'il s'agit d'un faux positif.

Tout test de repérage devrait idéalement être non menaçant, peu dispendieux, facile et rapide à administrer. Le test devrait également avoir une bonne validité prédictive et être reproductible (Hennekens & Buring, 1987). Ces attributs ont évidemment été recherchés lors de la conception de notre outil de repérage. Nous visions également un instrument pouvant être administré lors d'une conversation téléphonique avec le responsable de l'établissement étudié. Enfin, le format de l'entrevue et le type de questions posées ne devaient pas placer ce dernier dans une situation inconfortable.



La validité prédictive d'un test de repérage est sa capacité de catégoriser correctement les résidences qui offrent des soins inadéquats comme étant « positives » et celles offrant des soins adéquats comme étant « négatives ». Le tableau IV.12 croise les résultats du test de repérage avec le statut réel des établissements, tel que déterminé suite à une procédure diagnostique. Dans ce tableau,

$a$  = nombre de résidences pour lesquelles le test de repérage est positif et l'établissement dispense réellement des soins inadéquats (vrais positifs);

$b$  = nombre de résidences pour lesquelles le test de repérage est positif mais l'établissement dispense des soins adéquats (faux positifs);

$c$  = nombre de résidences pour lesquelles le test de repérage est négatif mais l'établissement dispense des soins inadéquats (faux négatifs);

$d$  = nombre de résidences pour lesquelles le test de repérage est négatif et l'établissement dispense réellement des soins adéquats (vrais négatifs).

**Tableau IV.12 Résultats d'un test de repérage**

Résultat du test de repérage	Qualité réelle des soins dispensés par la résidence		
	Soins inadéquats	Soins adéquats	Total
Positif	$a$	$b$	$a+b$
Négatif	$c$	$d$	$c+d$
Total	$a+c$	$b+d$	$N$

À partir de ce tableau, on peut évaluer la validité prédictive du test de repérage en calculant sa sensibilité et sa spécificité. Ces deux paramètres ne

doivent évidemment pas être vus comme des valeurs absolues puisqu'ils dépendent en grande partie de la justesse de la procédure diagnostique.

La sensibilité est la capacité du test à identifier correctement les résidences dispensant des soins inadéquats. Elle correspond donc à la probabilité que le test soit positif si le problème est réellement présent ( $a/(a+c)$ ). La spécificité est, pour sa part, la capacité du test à identifier correctement les ressources d'hébergement dispensant des soins adéquats. Elle est ainsi la probabilité que le test soit négatif si le problème est réellement absent ( $d/(b+d)$ ).

Évidemment, l'idéal serait de disposer d'un outil de repérage très sensible et très spécifique. Ce n'est malheureusement pas toujours possible puisque dans le cas d'un test basé sur une variable continue, la sensibilité et la spécificité sont inversement reliées. Ainsi, si on compare deux seuils, celui qui offre la meilleure sensibilité possède toujours la moins bonne spécificité et vice versa. Lequel de ces deux paramètres est le plus important ? Pour répondre à cette question, il faut comparer les conséquences de laisser des cas non détectés (faux négatifs) à celles de faussement présumer problématiques des résidences dispensant des soins adéquats (faux positifs). La sensibilité est alors favorisée lorsqu'il est important de ne pas passer à côté d'un cas possible ou lorsque les coûts du test et du diagnostic sont peu élevés.

Parce que la sensibilité et la spécificité doivent toutes deux être suffisantes pour qu'un test soit utile, elles sont souvent considérées simultanément.

Cependant, ces mesures font fondamentalement référence à des aspects différents de la performance du test. La sensibilité est un déterminant important de la valeur de contrôle du problème visé. À l'opposé, la spécificité a une influence majeure sur les coûts et la faisabilité (Morrison, 1992).

Les valeurs prédictives symbolisent le rendement de l'outil. Elles mesurent si oui ou non la résidence dispense des soins inadéquats, étant donné les résultats du test de repérage. La valeur prédictive positive (VP+) est la probabilité qu'un milieu dispense effectivement des soins inadéquats sachant que l'outil le classe positif ( $a/(a+b)$ ). De façon analogue, la valeur prédictive négative (VP-) est la probabilité qu'une ressource d'hébergement offre réellement des soins adéquats lorsque l'outil de repérage la classe négative ( $d/(c+d)$ ). Les valeurs prédictives d'un test de repérage ne dépendent pas seulement de la validité prédictive du test, mais également des caractéristiques de la population. Évidemment, plus un test est sensible, plus petite est la probabilité qu'un milieu avec un test négatif dispense des soins inadéquats, ce qui confère une bonne valeur prédictive négative au test. De façon similaire, plus un test est spécifique, moins il est probable qu'une ressource d'hébergement avec un test positif ne soit pas problématique et donc meilleure est la valeur prédictive positive. Cependant, pour les problèmes rares, le déterminant majeur de la valeur prédictive positive est la prévalence du problème dans la population. Peu importe la spécificité du test, si peu de ressources d'hébergement sont problématiques, les résultats positifs seront surtout des faux positifs. Par conséquent, si la procédure diagnostique est peu dangereuse et peu dispendieuse, une faible valeur

prédictive positive peut être acceptable. Il faut toutefois être conscient qu'un outil générant un grand nombre de faux positifs présente peu d'attrait pour ses utilisateurs.

La fidélité d'un test de repérage fait enfin référence à la cohérence des résultats, qu'ils soient positifs, négatifs, corrects ou incorrects, lorsque le même outil est administré aux mêmes résidences sous les mêmes conditions. Il n'est habituellement pas nécessaire d'évaluer la fidélité d'un outil de repérage lorsqu'on sait qu'il a une bonne validité prédictive. En effet, si une résidence dispense des soins inadéquats, un test sensible sera positif de façon répétitive. De même, si un milieu offre des soins adéquats, un test spécifique sera négatif de façon répétitive.

Ceci conclut la recension des écrits portant sur les attributs d'un outil de repérage. Il va de soi que le respect de ces critères a guidé l'élaboration de notre outil. Le chapitre suivant concerne les aspects méthodologiques de l'étude de laquelle proviennent les données qui ont servi à l'élaboration de cet outil.

## **V MÉTHODOLOGIE**

Rappelons que la première étape de ce projet était la résolution des difficultés méthodologiques relatives à l'étude comparative de la qualité des soins dispensés aux personnes âgées en perte d'autonomie par les ressources d'hébergement avec et sans permis ministériel. Ce chapitre expose la méthodologie développée spécifiquement pour la réalisation de cette étude comparative. Puisque les données de l'étude servent à l'atteinte des objectifs principaux du présent projet, la répercussion des choix méthodologiques sur ceux-ci est également discutée.

### **V.1 Population visée et stratégie d'échantillonnage**

La population visée par l'étude comparative se composait des personnes en perte d'autonomie, âgées de 65 ans ou plus, qui vivaient depuis plus de trois mois dans une résidence d'hébergement titulaire ou non d'un permis délivré par le MSSS du Québec. Pour des raisons logistiques et financières, l'étude fut réalisée dans les Cantons de l'Est, région qui reflète une partie de la réalité québécoise.

La liste des ressources d'hébergement du territoire détentrices d'un permis ministériel a d'abord été dressée. Les ressources d'hébergement considérées étaient les résidences d'accueil, les pavillons, les CHSLD publics, privés conventionnés et privés non conventionnés, ainsi que les unités de soins de longue durée dans les centres hospitaliers de soins de courte durée. La liste des

ressources d'hébergement sans permis a ensuite été établie à partir de l'inventaire dressé en 1994 par la Régie Régionale de l'Estrie et mis à jour par notre équipe en mars 1996 grâce aux informations fournies par différents intervenants du milieu. Lorsqu'une même ressource d'hébergement détenait des lits sans permis et des lits avec permis, ses deux volets étaient inclus séparément dans la liste. Pour des raisons d'efficience, les ressources au sein desquelles moins de 15% de la clientèle était âgée de 65 ans et plus ont été exclues de l'inventaire. Il en est de même pour celles à l'intérieur desquelles moins de 10% des résidants requéraient des soins de santé et d'assistance.

Les ressources d'hébergement ont ensuite été classées dans l'une des dix strates définies par le croisement de deux variables : réseau d'hébergement (avec ou sans permis) et taille de la résidence. La décision de stratifier selon la taille était entre autres motivée par l'influence que cette variable peut exercer sur la qualité des soins offerts (voir la section IV.2). La taille, définie par le nombre de places occupées par des résidants de 65 ans et plus, a été divisée en cinq catégories. Les bornes de catégorisation ont été définies selon la méthode suggérée par Dalenius & Hodges (1959) en tenant compte des trois restrictions suivantes : 1) les ressources hébergeant de 1 à 9 résidants devaient faire partie de la même catégorie, 2) la catégorisation devait être la même pour les deux réseaux d'hébergement et 3) par souci de simplicité, les bornes devaient être des multiples de cinq. L'application de ces différents critères a conduit à la catégorisation suivante de la taille des résidences : 1-9, 10-29, 30-39, 40-59 ou

60 résidants et plus. Le tableau V.1 présente la répartition des ressources d'hébergement parmi les dix strates du plan de sondage.

**Tableau V.1 Dénombrement des ressources d'hébergement situées en Estrie, selon le réseau et la taille**

Taille de la ressource	Réseau d'hébergement		Total
	Avec permis	Sans permis ‡	
1-9 résidants	35 (158) §	55 (285)	90 (443)
10-29 résidants	5 (97)	26 (433)	31 (530)
30-39 résidants	6 (209)	11 (374)	17 (583)
40-59 résidants	12 (531)	9 (414)	21 (945)
60 résidants et plus	9 (1317)	10 (1039)	19 (2356)
<b>Total</b>	<b>67 (2312)</b>	<b>111 (2545)</b>	<b>178 (4857)</b>

‡ Exclut 32 ressources chez lesquelles ou bien moins de 15% des résidants sont âgés de 65 ans et plus, ou bien moins de 10% des résidants requièrent des soins de santé et d'assistance  
 § Nombre de ressources d'hébergement (nombre total de résidants de 65 ans et plus)

Après considération des avantages et inconvénients offerts par différentes stratégies d'échantillonnage, un plan de sondage stratifié à deux degrés a été retenu pour constituer l'échantillon. Selon ce plan, des résidences sont d'abord choisies au hasard dans leur strate respective. L'échantillon est alors composé d'un nombre prédéterminé de résidants tirés aléatoirement de la liste des pensionnaires de chacun des milieux sélectionnés.

Cette stratégie d'échantillonnage a été préférée à un tirage aléatoire simple des résidants, notamment pour réduire les coûts de transport reliés à l'étude. En effet, un échantillon aléatoire de résidants aurait pu s'avérer très dispersé sur le territoire. De plus, la rencontre d'un résidant nécessitait la collaboration de son milieu d'hébergement. Ainsi lorsqu'un responsable acceptait

de participer et permettait d'approcher ses résidants, il était plus avantageux d'en rencontrer plusieurs plutôt qu'un seul.

Un échantillonnage en grappes a également été envisagé. Selon cette stratégie, un certain nombre de résidences auraient d'abord été choisies aléatoirement. L'échantillon aurait alors été composé de toutes les personnes âgées en perte d'autonomie habitant les établissements sélectionnés. L'échantillonnage à deux degrés semblait cependant préférable puisqu'il réduit la redondance des informations recueillies à l'intérieur d'un même milieu. De plus, pour un même nombre total de résidants, l'échantillonnage à deux degrés permettait de visiter plus de résidences, augmentant ainsi la représentativité de l'échantillon.

D'autres devis ont également été considérés pour l'étude. Tout d'abord, des résidants habitant des ressources sans permis auraient pu être appariés à des résidants habitant des ressources détentrices d'un permis sur la base d'un ensemble de facteurs potentiellement confondants : âge, sexe, degré d'incapacités, taille de la résidence qu'il habite, etc. Parce qu'il obligeait à connaître au préalable le degré d'incapacités de tous les membres de la population visée, ce devis apparaissait non efficient. L'appariement des résidences plutôt que des résidants a alors été envisagé. À chaque résidence sans permis choisie aurait été associée une résidence avec permis possédant des caractéristiques similaires : taille, milieu urbain ou rural, lourdeur de la clientèle, etc. Encore une fois, ce dernier facteur n'était pas disponible *a priori*.



De plus, un tel devis aurait engendré des difficultés importantes au moment de l'analyse des données du fait que l'unité d'appariement aurait été la résidence alors que l'unité principale d'analyse aurait été le résidant. Devant les difficultés créées par un contrôle *a priori* des facteurs potentiellement confondants, toute forme d'appariement a été abandonnée pour plutôt prendre ces facteurs en considération à l'étape du traitement statistique des données.

La population visée pour l'atteinte des objectifs principaux du présent projet est formée des ressources d'hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie titulaires ou non d'un permis délivré par le Ministère de la Santé et de Services sociaux du Québec. L'échantillon fut donc composé des résidences évaluées dans le cadre de l'étude comparative.

## **V.2 Recrutement des participants**

Afin de favoriser la participation des ressources d'hébergement sélectionnées, une campagne d'information et de sensibilisation a été mise en place dans la région. Un communiqué de presse et des rencontres permettaient de prendre contact avec les principaux groupes d'intérêt et partenaires du projet. Les associations visées étaient celles reliées aux deux réseaux d'hébergement ainsi qu'aux personnes âgées. Mentionnons entre autres la Fédération québécoise des centres d'hébergement et de soins de longue durée (FQCHSLD), la Fédération des centres locaux de services communautaires (CLSC) du Québec, l'Association des résidences pour personnes âgées du Québec, l'Association québécoise de défense des droits des retraités (AQDR) et la Régie

Régionale de l'Estrie. Cette campagne avait pour objet principal d'informer la population visée de l'importance de l'étude et des buts visés par celle-ci.

Les responsables des ressources choisies au hasard pour constituer l'échantillon ont ensuite été rejoints, d'abord par lettre, puis par téléphone. Lors de l'appel téléphonique, la coordonnatrice de l'étude vérifiait l'admissibilité de l'établissement, puis sollicitait sa participation. Suivant un accord verbal à participer, la coordonnatrice convenait d'un rendez-vous avec le responsable du milieu. Mentionnons que dans les milieux de petite taille, ce responsable était le propriétaire alors que dans les grands établissements, il s'agissait habituellement de la personne responsable des soins. La rencontre permettait entre autres de cueillir la liste des personnes âgées qui, selon le responsable, répondaient aux critères d'inclusion énoncés précédemment.

Le nombre voulu de résidants a été tiré au hasard de ces listes. La façon dont chacun était ensuite sollicité dépendait de sa capacité à consentir à l'étude. L'autorisation d'évaluer les personnes placées sous régime de protection était demandée à leur représentant légal. L'accord provenait d'un membre de la famille pour la personne âgée inapte de fait. Bien sûr, la personne sans atteintes cognitives était directement sollicitée. Suivant la confirmation de la participation du sujet, les évaluatrices convenaient par téléphone du meilleur moment pour se rendre dans le milieu et procéder à l'évaluation du résidant. Lorsqu'un sujet (ou son représentant désigné) choisissait de ne pas participer à l'étude, la raison du

refus était notée et il était invité à répondre par téléphone à un bref questionnaire d'informations générales.

Tel que mentionné plus haut, l'étude comparative devait porter uniquement sur les personnes âgées en perte d'autonomie. Or, quelques personnes autonomes habitent des résidences sans permis et des CHSLD privés non conventionnés. Comme le concept d'autonomie risquait de revêtir un sens différent d'un responsable à l'autre, les listes de résidants transmises par les responsables pouvaient contenir le nom de personnes autonomes. Afin de vérifier l'admissibilité des sujets, une grille d'autonomie a été utilisée lors du contact téléphonique (Paveza et al., 1992). Cette grille évalue les capacités de la personne à accomplir six AVQ : marcher à l'intérieur de la résidence, effectuer des transferts, prendre son bain ou sa douche, se laver, s'habiller et se nourrir. Seul le résidant qui présentait des difficultés à effectuer au moins deux activités était jugé en perte d'autonomie, et se trouvait donc admissible à l'étude.

### **V.3 Déroulement des entrevues**

La rencontre avec le responsable servait à établir un climat de collaboration et à compléter le questionnaire d'informations générales (Cf. annexe I) recueillant les caractéristiques de la résidence : taux d'occupation, ratio personnel/résidant, services offerts, etc.

Quatre heures, réparties en deux rencontres de deux heures, étaient requises pour évaluer l'état de santé d'un résidant et la qualité des soins dont il

bénéficiaire. L'une de ces rencontres se déroulait en l'absence de tout intervenant du milieu. La personne âgée pouvait alors témoigner plus librement de ses conditions de vie. L'autre rencontre se déroulait partiellement en la présence d'intervenants qui œuvrent auprès du résidant, permettant ainsi l'évaluation de la qualité de leurs interactions.

La rencontre avec un résidant lucide débutait par un rappel des objectifs et du déroulement de l'étude. L'entrevue se poursuivait avec l'administration de différents questionnaires destinés à dresser le portrait de la clientèle hébergée dans les milieux visités. L'évaluatrice prêtait alors une attention particulière à des indicateurs physiques et affectifs de la qualité des soins tels que l'apparence générale de la personne âgée, l'état de la peau, l'état nutritionnel, l'hydratation, l'affect et les activités de socialisation. Elle visitait ensuite les aires d'habitation du résidant, en s'intéressant notamment à la sécurité et à l'hygiène des lieux, à l'intimité, ainsi qu'aux aspects stimulants du milieu physique et humain. Dans le cas d'une personne jugée inapte à participer à l'entrevue en raison d'atteintes cognitives sévères, l'évaluatrice s'appuyait sur ses observations et sur les renseignements fournis par les intervenants pour évaluer l'autonomie du résidant et la qualité des soins reçus.

#### **V.4 Instruments de mesure**

Un questionnaire d'informations générales permettait de collecter les données sociodémographiques des personnes âgées : âge, sexe, niveau d'éducation, date d'entrée dans la résidence, etc. Le degré d'autonomie du

résidant était évalué au moyen de la version révisée du *Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle* (SMAF; Hébert et al., 1988). Le *Modified Mini-Mental State Examination* (3MS; Teng & Chui, 1987) a été utilisé pour évaluer ses fonctions cognitives. Ces instruments ne seront toutefois pas décrits puisque leurs données n'ont pas été utilisées pour l'élaboration de l'outil de repérage. Seules les données de la *Grille d'évaluation de la qualité des soins* sont requises et la description de cette *Grille* fait l'objet de la section V.4.1.

Les variables mises en relation avec la qualité des soins font l'objet du tableau V.2. On y retrouve la majorité des facteurs pertinents à notre contexte socio-sanitaire parmi ceux suggérés par la recension des écrits présentée au chapitre IV. Ces variables ont été recueillies auprès du responsable de chacune des ressources visitées à l'aide du questionnaire d'informations générales. Certaines variables, quoique non rencontrées dans la recension des écrits, ont également été étudiées puisqu'elles étaient disponibles et qu'elles apparaissaient avoir un lien possible avec la qualité des soins. Les facteurs extraits du questionnaire d'informations générales sont présentés à la section V.4.2. Enfin, la section V.4.3 indique la façon avec laquelle ont été obtenus certains facteurs rencontrés lors de la recension des écrits mais non recueillis par le questionnaire d'informations générales.

#### **V.4.1 Grille d'évaluation de la qualité des soins**

La qualité des soins a été mesurée pour chacun des sujets rencontrés à l'aide de la *Grille d'évaluation de la qualité des soins*. Conçue par Phillips et al.

**Tableau V.2 Liste des variables mises en relation avec la qualité des soins**

<b>Variables</b>	<b>Définitions</b>
Permis du MSSS	détention ou non
Taille de la résidence	nombre de places occupées par des personnes âgées
Taux d'occupation	100 * (nombre de places occupées ÷ nombre de places disponibles)
Type d'organisation	à but lucratif ou non lucratif
Nombre d'années depuis l'ouverture	4 à 12 ans ou 13 à 25 ans ou 26 ans et plus
Milieu environnant	urbain ou rural
Milieu culturel	francophone ou anglophone
Type dominant d'occupation	occupation simple ou double
Coûts	montant mensuel moyen perçu par résidant
Système de sécurité d'entrée	oui ou non
Cloche d'appel ou interphone à chaque chambre	oui ou non
Lieux adaptés aux personnes handicapées	oui ou non
Service d'animation et de loisirs	offert ou non
Service de transport	offert ou non
Service d'assistance aux bains	offert ou non
Service de distribution de la médication	offert ou non
Service de soins infirmiers	offert ou non
Services psychosociaux	offert ou non
Service de réadaptation	offert ou non
Démarche lorsqu'un cas devient trop lourd	le garder ou non
Nombre de collaborations	nombre (sur 6) de collaborations que le responsable dit avoir parmi les suivantes: médecin/clinique médicale, CLSC, CHSLD, hôpital, groupes communautaires, autres
Sexe du responsable	féminin ou masculin
Âge du responsable	âge en années
Ancienneté du responsable	nombre d'années depuis l'entrée en fonction
Formation du responsable	en soins (inf. diplômée ou auxiliaire) ou autre ou aucune

...suite

**Tableau V.2 Liste des variables mises en relation avec la qualité des soins (suite et fin)**

<b>Variables</b>	<b>Définitions</b>
Expérience antérieure d'intervention du responsable auprès des aînés	oui ou non
Ratio personnel/résidant	nombre d'employés salariés travaillant à temps partiel ou à temps plein ÷ nombre de places occupées
Ratio professionnel/employé	nombre de professionnels diplômés en réadaptation, nursing, travail social, animation ou autre ÷ nombre d'employés
Personnel infirmier	aucun personnel infirmier ou au moins une infirmière auxiliaire mais aucune infirmière diplômée ou au moins une infirmière diplômée
Taux de renouvellement du personnel	100 * (nombre de nouveaux employés depuis 6 mois ÷ nombre d'employés)
Autonomie de la clientèle (selon le responsable)	score sur 4: (4 * %résidants autonomes) + (3 * %résidants avec limitations) + (2 * %résidants en perte d'autonomie physique ou psychologique) + (1 * %résidants avec déficiences physiques ou psychologiques)
Âge moyen des résidants	moyenne de l'âge des résidants
Pourcentage de femmes	100 * (nombre de places occupées par des femmes âgées ÷ nombre de places occupées par des personnes âgées)

(1990a), cette grille permet d'évaluer la réponse du milieu aux besoins de la personne âgée. Les 52 items qui la composent se regroupent en sept dimensions affectant la qualité de vie du résidant. Elles ont trait à l'espace réservé à la personne âgée, à l'ensemble de la résidence, aux soins physiques, au maintien des soins de santé, à l'aspect psychosocial des soins, au respect des droits et à la situation financière. Quoique la Grille n'ait pas été conçue en

suivant le cadre de référence de Donabedian (1966; 1969; 1980; 1982), remarquons que les deux premières dimensions réfèrent à l'aspect structurel de la qualité. Pour chacune des cinq autres dimensions, le dernier item reflète les résultats alors que les autres items sont orientés sur le processus des soins. La *Grille* mesure donc la qualité des soins sous ses trois perspectives.

L'instrument a été conçu pour être complété par une infirmière suite à une visite du milieu de vie de la personne âgée. Chaque item est coté sur une échelle graduée de 1 (meilleurs soins possibles) à 5 (pires soins possibles). La norme « meilleurs soins possibles » correspond aux soins que la personne devrait légitimement recevoir étant donné ses besoins. Afin d'uniformiser la cotation, des exemples accompagnent chaque item et illustrent les deux extrémités de l'échelle.

Le score de chaque sous-échelle et de l'échelle globale est établi par la somme des cotes attribuées à chaque item divisée par le nombre total d'items. En présence d'items non observés, les scores sont calculés en les retirant du numérateur et du dénominateur. Le score attribué à une personne forme donc une variable continue dont les valeurs s'échelonnent entre 1 et 5.

La version originale de l'instrument a fait l'objet d'une validation exhaustive et rigoureuse (Phillips et al., 1990b). Récemment, l'instrument a été adapté, traduit et validé sur le territoire estrien (Bravo et al., 1995). L'étude a été réalisée auprès de 40 dyades aidant/aidé, désignées par des professionnels impliqués



dans les services de maintien à domicile. D'après ces professionnels, 26 des personnes âgées référées recevaient des soins inadéquats de la part de l'aidant. Les données indiquent que la version québécoise de l'instrument possède une forte cohérence interne (alpha de Cronbach variant de 0,80 à 0,95 selon la sous-échelle). Sa validité de construit a été documentée par les corrélations significatives observées entre la cote de qualité générée par l'instrument et différentes variables suggérées dans les écrits comme facteurs de risque de mauvais traitements. Sa validité de critère empirique s'appuie sur l'observation que la cote de qualité a tendance à augmenter (reflétant une mauvaise qualité) avec l'évidence de mauvais traitements telle que rapportée par les professionnels référents. Une corrélation relativement élevée entre les scores de deux infirmières ( $r = 0,74$ ) documente la reproductibilité du score généré par l'instrument. Une erreur systématique, s'expliquant par une plus grande tolérance de la part d'une des évaluatrices, réduit cependant le coefficient de corrélation intraclasse (CCI = 0,51). Il faut noter toutefois que pour 89% des jugements posés, le désaccord entre les infirmières était d'au plus un point. Pour pallier ce problème, une formation plus poussée a été donnée aux évaluatrices en début de projet. De plus, chacune a effectué le même nombre d'entrevues dans chaque strate du plan de sondage. Signalons enfin que certains items de la *Grille* ont été reformulés afin de les adapter à la spécificité et à la réalité des milieux d'hébergement collectifs. De plus, deux items se sont ajoutés : l'un concerne les efforts de stimulation en vue de préserver l'autonomie du résident, l'autre, l'évidence d'abus financiers. On retrouve une copie de la *Grille* utilisée à l'annexe II.

Pour les fins d'élaboration de l'outil de repérage, la cote de qualité globale d'un établissement fut définie comme la pire cote globale (la plus élevée) obtenue par l'un de ses résidants. La décision de choisir la pire cote, plutôt que la moyenne par exemple, est basée sur un principe de tolérance zéro voulant que tous aient droit à des soins de qualité. Ainsi, une résidence est fautive même si une seule personne âgée ne reçoit pas les soins requis par son état. De façon analogue, les cotes des résidences à chacune des sous-échelles sont les pires cotes attribuées à la sous-échelle concernée.

#### **V.4.2 Questionnaire d'informations générales**

Une copie du questionnaire d'informations générales figure à l'annexe I. Plusieurs variables rencontrées lors de la recension des écrits peuvent en être directement extraites : taille de la résidence, type d'organisation, âge de la résidence, milieu environnant, sexe, âge, formation et expérience du responsable, coût des services dans les résidences privées, âge moyen de la clientèle et contrôle externe (détention d'un permis et nombre de collaborations). D'autres facteurs, tels le taux d'occupation, le ratio personnel/résidant, le ratio professionnel/employé et le taux de renouvellement des employés, sont facilement calculables à partir des données recueillies par le questionnaire. La lourdeur de la clientèle peut, pour sa part, être estimée à l'aide d'un index pondéré du pourcentage de résidants autonomes, avec limitations, en perte d'autonomie et avec déficiences.

D'autres données collectées lors de l'entrevue avec le responsable ont également été mises en relation avec la qualité : milieu culturel, type dominant d'occupation, installations physiques (système de sécurité d'entrée, cloche d'appel ou interphone à chaque chambre, lieux adaptés aux personnes handicapées), services offerts (animation et loisirs, transport, assistance aux baignades, distribution de la médication, soins infirmiers, services psychosociaux, service de réadaptation), démarches du responsable lorsqu'un cas devient trop lourd pour ses ressources et type de personnel infirmier. Ces variables n'ont jusqu'à maintenant pas fait l'objet d'études publiées, comme en témoigne la recension des écrits.

#### **V.4.3 Variables complémentaires**

Le pourcentage de femmes a été estimé à partir des listes de résidents remises par les responsables : le nombre de prénoms féminins était divisé par le nombre total de noms fournis.

Dans les résidences sans permis et les CHSLD privés non conventionnés, les coûts d'hébergement sont entièrement défrayés par la personne âgée. Les responsables nous informaient du coût moyen des services par le biais du questionnaire d'informations générales. La détermination des coûts s'avérait beaucoup plus complexe pour les autres ressources d'hébergement puisque les montants recueillis proviennent du résident et des fonds publics et que les responsables sont souvent incapables d'estimer le montant total provenant de ces deux sources. Dans la présente étude, le montant perçu par chaque

résidence a été estimé à partir des données de la Régie Régionale de l'Estrie concernant la répartition des ressources par municipalité régionale de comté (MRC). Le budget annuel disponible pour chaque établissement, ramené sur un mois et divisé par le nombre de résidants, nous fournissait un estimé de la donnée cherchée. Nous admettons toutefois que cette estimation des montants perçus est grossière.

### **V.5 Taille de l'échantillon**

L'estimation du nombre de sujets requis pour l'étude comparative devait tenir compte de la décision de recourir à un plan d'échantillonnage stratifié à deux degrés. Dans ce contexte,  $m_h$  résidants devaient être choisis aléatoirement dans chacune des  $n_h$  résidences choisies au hasard parmi celles de la strate  $h$  ( $h = 1, 2, \dots, 10$ ).

La formule du calcul de la taille de l'échantillon a été déterminée en s'appuyant sur les travaux de Cochran (1977). L'objectif principal de l'étude comparative était de confronter les deux réseaux d'hébergement en regard de la qualité moyenne des soins dispensés. Plus spécifiquement, pour la comparaison de deux strates  $r$  et  $s$ ,

$$\text{Var}(\bar{y}_r - \bar{y}_s) = \text{Var}(\bar{y}_r) + \text{Var}(\bar{y}_s)$$

où  $\bar{y}_h$  = estimé de la qualité moyenne des soins dans la strate  $h$ ;

$$\text{Var}(\bar{y}_h) = \frac{1}{\left(\sum_{i=1}^{N_h} M_{hi}\right)^2} \left[ \frac{N_h^2}{n_h} \left(1 - \frac{n_h}{N_h}\right) S_h^2 + \frac{N_h}{n_h} \sum_{i=1}^{N_h} \frac{M_{hi}^2}{m_h} \left(1 - \frac{m_h}{M_{hi}}\right) S_{2hi}^2 \right];$$

$M_{hi}$  = nombre de résidants dans la ressource d'hébergement  $i$  de la strate  $h$ ;

$N_h$  = Nombre de résidences dans la strate  $h$ ;

$$S_h^2 = \sum_{i=1}^{N_h} \frac{(Y_{hi} - \bar{Y}_h)^2}{N_h - 1} = \text{variance de la somme des cotes de qualité}$$

des résidants des établissements de la strate  $h$ ;

et 
$$S_{2hi}^2 = \sum_{j=1}^{M_{hi}} \frac{(y_{hij} - \bar{Y}_{hi})^2}{M_{hi} - 1} = \text{variance des cotes des résidants à l'intérieur}$$

de la résidence  $i$  de la strate  $h$ .

L'objectif visé était donc de trouver  $m_h$  et  $n_h$  qui minimisent  $\text{Var}(\bar{y}_h)$ . En présence de deux inconnues, il est nécessaire d'avoir une deuxième équation pour solutionner le système. La seconde équation concerne le coût de collecte des données dans la strate  $h$ . On peut estimer ce dernier par

$$E(C_h) = c_{1h}n_h + c_{2h}n_h m_h$$

où  $c_{1h}$  = coûts par ressource d'hébergement de la strate  $h$  (attribuables notamment aux déplacements et aux entrevues des responsables);

et  $c_{2h}$  = coûts par résidant des ressources d'hébergement de la strate  $h$  (attribuables notamment aux évaluations de l'état de santé des sujets et de la qualité des soins)

Minimiser  $\text{Var}(\bar{y}_h)$  pour un coût moyen  $E(C_h)$  est équivalent à minimiser le produit  $\text{Var}(\bar{y}_h) \cdot E(C_h)$  et un point d'inflexion est atteint lorsque les dérivées partielles sont nulles. Une dérivée seconde positive confirme qu'il s'agit bien d'un minimum.

Ainsi, pour maximiser la précision sous le plan d'échantillonnage choisi,

$$m_h = \frac{\sqrt{\sum_{i=1}^{N_h} M_{hi}^2 S_{2hi}^2}}{\sqrt{\left(N_h S_h^2 - \sum_{i=1}^{N_h} M_{hi} S_{2hi}^2\right)}} \sqrt{\frac{C_{1h}}{C_{2h}}} \quad \text{résidents doivent être évalués dans chacune des}$$

$$n_h = \frac{N_h}{\left(\sum_{i=1}^{N_h} M_{hi}\right)^2 \text{Var}(\bar{y}_h) + N_h S_h^2} \left[ \left(N_h S_h^2 - \sum_{i=1}^{N_h} M_{hi} S_{2hi}^2\right) + \frac{\sum_{i=1}^{N_h} M_{hi}^2 S_{2hi}^2}{m_h} \right] \quad \text{résidences de la}$$

strate h.

À un niveau de signification  $\alpha$  donné, si on désire une puissance  $1-\beta$  pour détecter une différence cliniquement importante  $\delta$  entre  $\bar{y}_r$  et  $\bar{y}_s$ , on doit poser

$$\sqrt{\text{Var}(\bar{y}_r - \bar{y}_s)} \leq \frac{\delta}{z_{\alpha/2} + z_{\beta}}. \quad \text{Puisque } \text{Var}(\bar{y}_r - \bar{y}_s) = \text{Var}(\bar{y}_r) + \text{Var}(\bar{y}_s), \text{ ceci est}$$

assuré si  $\text{Var}(\bar{y}_r)$  et  $\text{Var}(\bar{y}_s)$  sont inférieures à  $\left(\frac{\delta/\sqrt{2}}{z_{\alpha/2} + z_{\beta}}\right)^2$ . Ainsi on doit poser

$$\text{Var}(\bar{y}_h) \leq \left( \frac{\delta/\sqrt{2}}{z_{\alpha/2} + z_{\beta}} \right)^2 \text{ pour } h=1, 2, \dots, 10. \text{ Par le fait même, à l'intérieur de la}$$

strate  $h$ , la qualité moyenne des soins est estimée avec une précision  $\delta/\sqrt{2}$ .

Il ne restait plus qu'à remplacer les paramètres des formules pour calculer les valeurs de  $m_h$  et  $n_h$  nécessaires à la réalisation de l'étude comparative. Puisque nous ne possédions pas l'information permettant de faire des postulats concernant les variabilités inhérentes à chacune des dix strates, nous avons décidé de prendre les mêmes estimés de variabilité pour chacune d'entre elles.

Rappelons que la qualité des soins est cotée sur une échelle variant de 1 « meilleurs soins possibles » à 5 « pires soins possibles ». Un écart-type inter-résidences de 0,5 a été observé dans une étude antérieure utilisant la même échelle de mesure à domicile (Bravo et al., 1995). Puisque dans cette étude, il n'y avait qu'un seul sujet par résidence,  $S_n^2$  a ici été estimée par  $\bar{M}_h * 0,5^2$ . Sous l'hypothèse que la variabilité intra-résidence était inférieure à la variabilité inter-résidences, nous avons posé  $S_{2hi}^2 = 0,3^2$ . Les valeurs  $M_{hi}$  et  $N_h$  étaient facilement obtenues de la base de sondage. Le niveau de signification et la puissance furent respectivement fixés à 0,05 et 0,80. Afin d'éviter que les coûts de collecte de données affectent la taille d'échantillon, nous avons posé  $c_{1h} = c_{2h}$ . Nous désirions enfin pouvoir détecter une différence cliniquement significative d'un quart de point (0,25) entre la qualité des soins dispensés par des établissements de strates différentes. Ceci obligeait une précision d'au moins 0,175 pour

l'estimation de la qualité à l'intérieur d'une strate donnée. C'est cette précision que nous avons retenue pour les strates des résidences avec permis. Par contre, nous avons opté pour une plus grande précision (0,150) dans les strates correspondant aux résidences sans permis.

Sur la base des considérations précédentes, la taille totale visée s'élevait à 90 résidences (312 résidants), dont la répartition est présentée au tableau V.3. En conséquence, l'échantillon disponible pour élaborer l'outil de repérage était composé de ces 90 établissements.

**Tableau V.3 Nombre de ressources d'hébergement (nombre de sujets par ressource) devant être tirées de chacune des strates du plan de sondage**

Taille de la ressource	Réseau d'hébergement		Total
	Avec permis	Sans permis	
1-9 résidants	17 (2)	22 (2)	39 (78)
10-29 résidants	6 (3)	13 (3)	19 (57)
30-39 résidants	5 (4)	8 (4)	13 (52)
40-59 résidants	5 (5)	6 (5)	11 (55)
60 résidants et plus	3 (10)	5 (8)	8 (70)
<b>Total</b>	<b>36 (127)</b>	<b>54 (185)</b>	<b>90 (312)</b>

Il était très difficile d'anticiper le taux de non-réponse des résidants et des responsables des établissements concernés. Le même problème se posait pour le pourcentage de sujets autonomes dans les ressources sans permis et les CHSLD privés non conventionnés. Il était également impossible d'anticiper le nombre de ressources inadmissibles au moment de l'appel (en raison par



exemple d'une fermeture ou d'un pourcentage trop faible de personnes âgées) ainsi que les modifications du nombre de résidents âgés menant à des changements de strate. Nous ignorions donc les facteurs de correction à utiliser pour augmenter le nombre de ressources et de résidents à contacter afin d'atteindre la taille d'échantillon désirée. Une prévision erronée aurait pu entraîner soit une réduction de la taille d'échantillon, causant une perte de précision, soit une augmentation de celle-ci, entraînant une augmentation des coûts de l'étude. La contrainte budgétaire ne permettait cependant pas d'absorber une telle augmentation. Les établissements et les résidents furent donc classés selon un ordre aléatoire et contactés dans cet ordre jusqu'à l'obtention de la taille d'échantillon visée.

## **V.6 Analyses statistiques**

### **V.6.1 Définition des variables dépendantes et indépendantes**

Dans chacune des résidences de l'échantillon, la *Grille d'évaluation de la qualité des soins* était complétée pour un sous-échantillon de personnes âgées en perte d'autonomie. La première variable dépendante est la cote de qualité globale d'une résidence. Elle est définie comme étant la pire cote globale (la plus élevée) obtenue dans ce sous-échantillon. Les sept autres variables dépendantes sont les cotes des résidences à chacune des sous-échelles. Celles-ci sont définies de façon similaire comme étant la pire cote obtenue par un résident de l'établissement à la sous-échelle concernée.

Nous avons déjà présenté les variables indépendantes, accompagnées de leur définition, au tableau V.2. Certaines interactions jugées pertinentes sur une base conceptuelle ont également joué le rôle de variables indépendantes. Elles font l'objet du tableau V.4. L'autonomie de la clientèle a été étudiée en interaction avec plusieurs variables puisqu'on postulait que l'influence de celles-ci sur la qualité pouvait varier en fonction du volume de clientèle en perte d'autonomie.

**Tableau V.4 Interactions utilisées comme variables indépendantes**

Permis du MSSS * Taille de la résidence
Permis du MSSS * Autonomie de la clientèle
Service de soins infirmiers * Personnel infirmier
Service de soins infirmiers * Autonomie de la clientèle
Services psychosociaux * Autonomie de la clientèle
Service de réadaptation * Autonomie de la clientèle
Formation du responsable * Autonomie de la clientèle
Expérience antérieure d'intervention du responsable auprès des personnes âgées * Autonomie de la clientèle
Ratio personnel/résidant * Autonomie de la clientèle
Ratio professionnel/employé * Autonomie de la clientèle
Personnel infirmier * Autonomie de la clientèle

#### **V.6.2 Description de l'échantillon**

Des analyses descriptives ont d'abord servi à dresser un portrait détaillé des ressources de l'échantillon ainsi qu'un profil sommaire des clientèles qu'elles

hébergent. Ces analyses ont également permis de connaître la répartition de l'échantillon dans chacune des catégories des variables indépendantes nominales. Lorsqu'une cellule comptait moins de cinq observations, sa fusion avec une cellule adjacente était envisagée. Si une telle variable n'avait que deux catégories, elle était ignorée pour le développement des modèles de prédiction puisque son coefficient de régression aurait été très instable (Kleinbaum et al., 1988).

### **V.6.3 Développement des modèles de prédiction**

Il aurait certes été intéressant de mettre de côté une partie de l'échantillon pour connaître la fiabilité des modèles développés, c'est-à-dire savoir si ceux-ci permettent de faire de bonnes prédictions sur un autre ensemble de résidences. La taille restreinte de l'échantillon nous a cependant contraint à écarter cette idée.

La séquence d'analyses statistiques qui suit a été effectuée à huit reprises, soit pour chacune des variables dépendantes. L'ensemble des analyses devait tenir compte du fait que les données proviennent d'un plan d'échantillonnage stratifié. En effet, une analyse de régression qui ignore le plan de sondage conduit à des résultats biaisés (Kish & Frankel, 1970; Holt et al., 1980; Nathan & Holt, 1980). Tous les tests de signification furent donc effectués avec le logiciel SUDAAN (SURvey DATA ANALYSIS) qui corrige la variance des estimateurs à partir des caractéristiques du plan d'échantillonnage spécifiées par l'utilisateur, fournissant ainsi des tests valides (Shah et al., 1993).

Des analyses bivariées ont d'abord servi à identifier les variables associées à la qualité des soins sans égard à l'effet confondant d'autres variables. Les variables significativement reliées au niveau  $\alpha=0,15$  étaient retenues pour l'analyse de régression multiple permettant de tenir compte de leurs interrelations. Dans le cas des variables indépendantes continues, un diagramme de dispersion servait d'abord à visualiser leur relation avec la variable dépendante. Lorsque la représentation graphique suggérait une relation polynomiale non linéaire conceptuellement explicable, la variable était centrée et un terme quadratique et/ou cubique était ajouté. Enfin, en ce qui concerne les interactions, seules celles qui n'entraînaient pas de problème de colinéarité et qui demeuraient significatives ( $\alpha=0,05$ ) lorsqu'étudiées conjointement avec leurs variables de base étaient conservées.

Anticipant qu'un grand nombre de variables seraient retenues relativement à un petit nombre d'unités d'analyse, une étape intermédiaire de réduction s'imposait avant leur introduction dans un même modèle multivarié. Tout d'abord, chaque variable était classée dans l'un des trois sous-groupes suivants : variable représentant une caractéristique générale de la résidence (sous-groupe A), variable se rapportant au responsable ou aux employés (sous-groupe B) ou variable décrivant la clientèle (sous-groupe C).

La seconde étape se voulait l'étude simultanée des variables des sous-groupes A et C ainsi que des interactions les impliquant. Lorsqu'un problème de colinéarité était diagnostiqué, les variables responsables étaient centrées ou retirées du modèle selon le cas. Des facteurs d'inflation de la variance inférieurs à 10 et un CN (*condition number*) inférieur à 30 étaient visés. Le modèle multivarié reliant la qualité des soins à l'ensemble des variables indépendantes restantes était alors réduit par une technique d'élimination à rebours. À chacune des itérations, des tests de Wald documentaient la signification de chacune des variables indépendantes. La variable associée à la plus grande valeur p était retirée. Le processus était interrompu lorsque toutes les valeurs p étaient inférieures à 0,05. Dans un troisième temps, la deuxième étape était reprise pour les variables des sous-groupes B et C ainsi que les interactions les impliquant.

Les variables toujours présentes suite aux étapes 2 et 3 pouvaient enfin être étudiées conjointement. Encore une fois, certaines variables redondantes pouvaient être retirées afin d'éviter un problème de colinéarité. La technique d'élimination à rebours était à nouveau utilisée pour l'obtention du modèle final.

Une analyse graphique des résidus était ensuite effectuée afin de vérifier qu'aucun des postulats de base de la régression linéaire n'était violé. Afin que les problèmes potentiels soient plus facilement détectables, les résidus «jackknife» furent préférés aux résidus non standardisés, standardisés et studentisés. Soulignons que quoique la méthode graphique puisse sembler très subjective, une approche impliquant l'évaluation simultanée de différents types de

représentations graphiques des résidus est souvent suffisante pour faire ressortir les anomalies possibles.

Un histogramme, un diagramme boîte et moustaches (*box-and-whiskers plot*) et un diagramme de probabilités normales (*normal probability plot*) des résidus «jackknife» servaient tout d'abord à étudier la normalité de leur distribution. Certaines caractéristiques de cette distribution étaient également comparées à celles d'une distribution normale standardisée. Par exemple, environ 95% de résidus «jackknife» devaient être compris entre -1,96 et 1,96, la médiane et l'intervalle interquartile devaient être 0 et 1,35 respectivement et ainsi de suite. Le nuage de dispersion reliant les résidus aux données prédites nous informait quant à l'adéquation des postulats de linéarité et d'homoscédasticité. Enfin, le test de Durbin-Watson servait à s'assurer de l'absence de corrélation entre les résidus.

En plus de l'étude des résidus «jackknife», le levier ainsi que l'influence de chacune des observations ont servi à détecter s'il y avait des données suspectes et à les identifier le cas échéant. Le levier vise à mesurer la distance géométrique d'une observation par rapport aux autres. L'influence, mesurée par la distance de Cook, évalue dans quelle mesure les coefficients de régression changeraient si l'observation en question était ignorée. Une attention particulière fut portée aux observations avec une influence supérieure à 1 ou un levier supérieur à  $2(k+1)/n$  où  $k$  représente le nombre de variables et  $n$  le nombre d'observations. Si ces données identifiées comme étant suspectes

apparaissaient tout de même plausibles, elles étaient conservées. Cependant, si certaines observations s'avéraient invraisemblables, le développement du modèle était repris en les ignorant.

#### **V.6.4 Choix des seuils**

Le modèle développé pour l'échelle globale permettait de prédire la qualité des soins dispensés par une ressource d'hébergement à partir d'informations générales. L'étape suivante consistait à identifier un seuil pour cette valeur prédite au-delà duquel une évaluation plus poussée de la ressource devrait être suggérée.

Le critère qui servait d'étalon pour la détermination de ce seuil était déterminé à partir des cotes globales de qualité obtenues par les ressources d'hébergement suite à l'évaluation de leurs résidents. Dans un premier temps, un critère plutôt sévère était utilisé : on jugeait problématique toute résidence ayant obtenu une cote supérieure à 2. La valeur seuil de l'équation de prédiction était donc déterminée comme étant celle qui permettait le mieux d'identifier les milieux jugés problématiques selon les indices classiques : sensibilité, spécificité et valeurs prédictives. La sensibilité correspond ici à la proportion des résidences réellement problématiques que l'outil est en mesure de repérer. La spécificité désigne la proportion des résidences non problématiques que l'outil de repérage identifie comme telles. Les valeurs prédictives symbolisent pour leur part la proportion valable des résultats de l'outil. La valeur prédictive positive représente la probabilité qu'une résidence soit réellement problématique quand l'outil de

repérage indique qu'elle l'est. Enfin, la valeur prédictive négative correspond à la probabilité qu'une résidence offre réellement des soins de bonne qualité quand l'outil la classe ainsi.

Une courbe ROC (*Receiver Operating Characteristic curve*) était utilisée pour sélectionner la valeur seuil. Cette courbe permettait la représentation graphique des combinaisons des taux de sensibilité et de spécificité pour chaque valeur seuil envisagée. Le point de la courbe s'approchant le plus d'un taux de vrais positifs parfait (100%) et d'un taux de faux positifs nul (0%) est reconnu comme le choix constituant le meilleur compromis entre la sensibilité et la spécificité. Cependant, dans le cas qui nous préoccupe, c'est-à-dire identifier les résidences dispensant des soins inadéquats, la sensibilité de l'outil apparaissait comme le paramètre à privilégier. En effet, un haut pourcentage de faux positifs est préférable à un taux élevé de faux négatifs puisqu'il vaut mieux visiter des milieux non problématiques que de ne pas identifier des résidences dispensant des soins inadéquats. Ainsi, dans cette étude, la sensibilité a toujours été privilégiée par rapport à la spécificité, dans la mesure où le taux de faux positifs demeurait raisonnable, c'est-à-dire inférieur à 40%. L'importance capitale d'une bonne sensibilité nous obligeait cependant, dans certains cas, à accepter plus de faux positifs afin de toujours avoir une sensibilité d'au moins 75%.

Un seuil de valeur prédite associé à un critère plus tolérant a ensuite été déterminé. La procédure a été reprise pour l'identification d'un seuil permettant de mettre en évidence les ressources ayant obtenu une cote supérieure à 3.



Cette détermination des deux seuils a enfin été reprise pour chacune des sept sous-échelles.

Les résultats générés par cette analyse des données font l'objet du chapitre suivant.

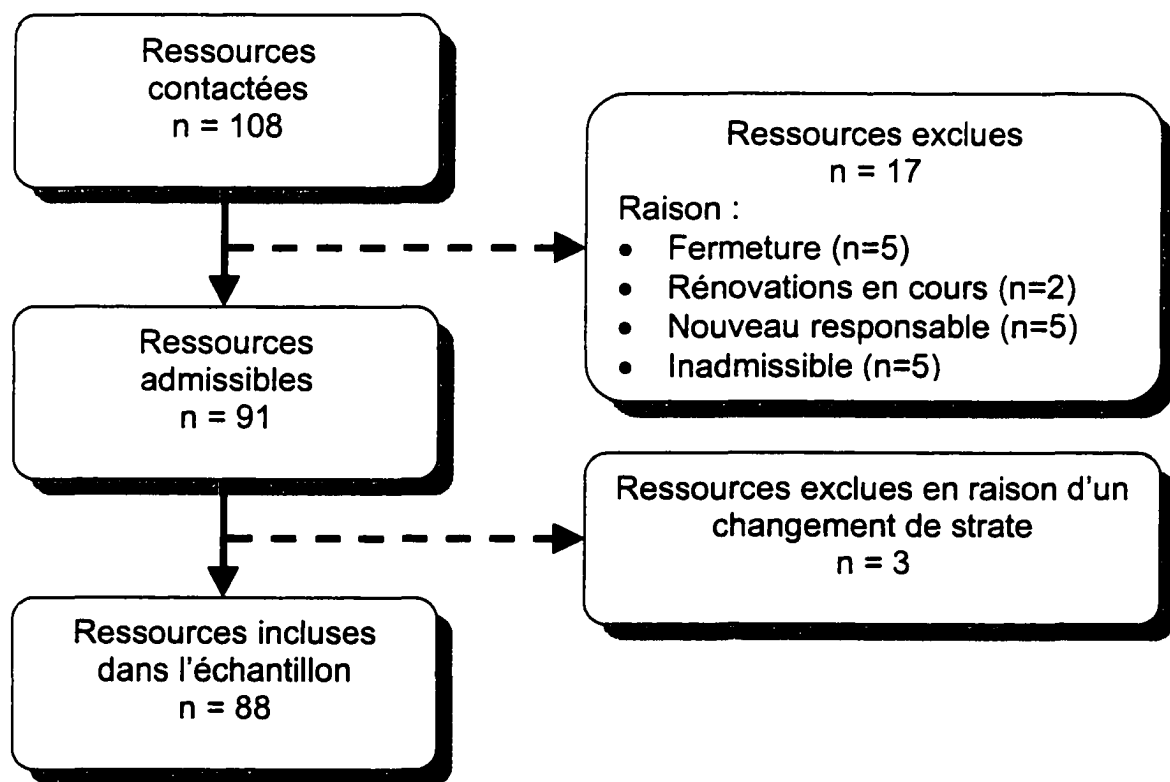
## **VI RÉSULTATS**

Le présent chapitre expose les résultats de l'étude en six sections. La première rend compte du processus de recrutement des ressources et des personnes âgées hébergées. La deuxième porte sur les caractéristiques des résidences, de leur responsable et employés ainsi que de leur clientèle. À la troisième section, on retrouve un portrait sommaire des résidants pour lesquels la qualité des soins a été évaluée. Les cotes de qualité des résidences de façon globale et à chacune des sept sous-dimensions font l'objet de la quatrième section. Cinquièmement, les facteurs qui influent sur la qualité des soins et ses sous-dimensions sont présentés pour enfin permettre l'élaboration de l'outil de repérage et l'étude de sa validité prédictive à la sixième section.

### **VI.1 Recrutement des résidences et des personnes âgées hébergées**

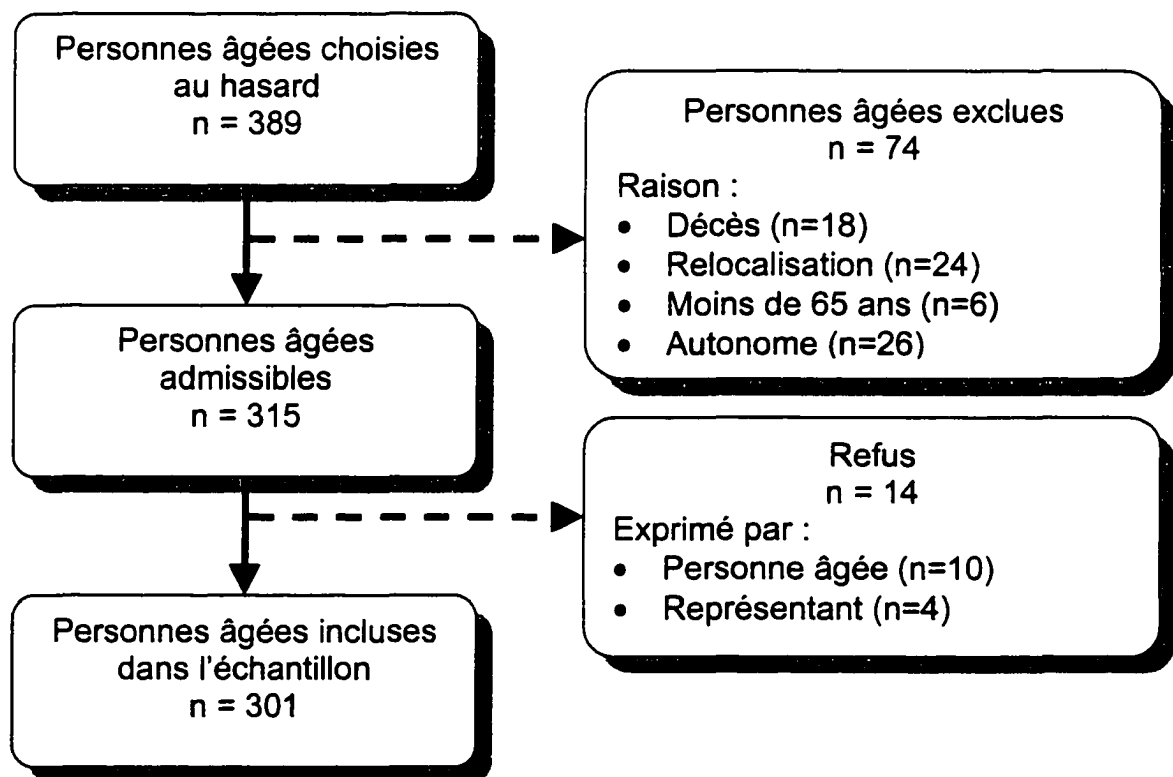
La figure VI.1 retrace les grandes lignes du processus de recrutement des ressources d'hébergement. En tout, 108 résidences ont été approchées. Parmi celles-ci, 17 ont dû être exclues *a posteriori* en raison d'une fermeture définitive ou temporaire, d'un changement trop récent de leur responsable ou parce que la clientèle hébergée était trop jeune ou trop autonome. Ces ressources exclues étaient majoritairement de petite taille, puisque 16 d'entre elles hébergeaient moins de dix personnes âgées. Ceci reflète l'instabilité des petits milieux d'hébergement qui sont en changement constant. Par surcroît, entre le moment de l'élaboration de la base de sondage et l'étape de recrutement des établissements, le nombre de personnes âgées hébergées par certains

augmentait ou diminuait à tel point que cette modification entraînait un changement de strate. Ainsi, trois résidences admissibles n'ont pas été retenues puisqu'elles s'étaient déplacées vers une strate déjà complétée. De plus, l'une des strates comportait *a posteriori* deux résidences de moins que le nombre prescrit par le calcul de la taille d'échantillon. En conséquence, 88 ressources d'hébergement ont participé, alors que le nombre visé s'élevait à 90. Le fait qu'aucune des ressources sélectionnées ne refuse de prendre part à l'étude confère une excellente validité externe aux résultats et la généralisation aux 161 ressources ciblées (178 résidences recensées – 17 résidences qu'on sait inadmissibles) ne pose pas problème.



**Figure VI.1 Synthèse du processus de recrutement des ressources d'hébergement**

L'évaluation de la qualité des soins devait passer par le recrutement de personnes âgées hébergées par chacune des résidences. La figure VI.2 illustre ce processus. Au hasard, 389 personnes ont été tirées des listes de résidants. En moyenne, 3,5 mois séparaient le recueil de ces listes par la coordonnatrice et la sollicitation de participation des sujets par les évaluatrices. Entre ces deux événements, 18 décès et 24 relocalisations sont survenus parmi les personnes choisies, ce qui témoigne de la fragilité de la clientèle en milieu d'hébergement. D'autre part, 32 résidants ont dû être exclus parce qu'ils ne répondaient pas aux critères relatifs à l'âge et au degré d'autonomie. Des 315 sujets admissibles, 14 (4%) ont refusé de participer. Parmi ceux-ci, dix ont exprimé eux-mêmes leur refus. La principale raison invoquée concernait l'anxiété que créerait une participation à l'étude.



**Figure VI.2 Synthèse du processus de recrutement des personnes âgées hébergées**

La comparaison entre les non-participants et les participants ne révèle qu'une seule différence significative parmi les variables disponibles. Elle réside dans l'aptitude des résidants à consentir d'eux-mêmes à l'étude. Cette aptitude s'avère plus fréquente dans le groupe des non-participants (84% vs 34%,  $p=0,0196$ ). Cette comparabilité des groupes et le faible taux de refus permettent de conclure à la représentativité de l'échantillon des résidants par rapport à la population visée.

## **VI.2 Caractéristiques des ressources d'hébergement**

Le tableau VI.1 brosse un portrait des ressources d'hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie ainsi que de leur responsable. On peut également y observer les caractéristiques du personnel ainsi que de la clientèle telles que rapportées par les responsables lors de l'entrevue qu'ils accordaient à la coordonnatrice de l'étude. Les paragraphes qui suivent ne reprennent pas les éléments du tableau mais se veulent plutôt un complément à celui-ci. Des points importants y seront soulignés et des précisions et informations complémentaires y seront apportées.

Rappelons tout d'abord que la présente étude porte sur les ressources d'hébergement dans lesquelles au moins 15% de la clientèle est âgée de 65 ans et plus et au moins 10% des résidants requièrent des soins de santé et d'assistance. Le tableau VI.1 confirme pourtant que 63% de ces milieux ne détiennent pas de permis du Ministère de la Santé et de Services sociaux leur donnant droit d'héberger une clientèle en perte d'autonomie.

**Tableau VI.1 Caractéristiques des ressources d'hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie**

<b>Variables</b>	<b>Statistiques descriptives ‡ (n=88)</b>
<b>Caractéristiques générales</b>	
Détention d'un permis du MSSS	36 (37,3%)
Taille de la résidence (nombre de personnes âgées)	31,54 ± 2,68 (13,1)
Taux d'occupation (%)	83,79 ± 1,17 (87,4)
Organisation à but lucratif	71 (82,2%)
Nombre d'années depuis l'ouverture	
4 à 12 ans	42 (48,2%)
13 à 25 ans	33 (36,7%)
26 ans et plus	13 (15,1%)
Milieu environnant urbain	42 (46,5%)
Milieu culturel francophone	80 (90,5%)
Occupation simple dominante	79 (89,9%)
Coûts (\$/mois/personne âgée)	1152,89 ± 53,29 (835,28)
Système de sécurité d'entrée	33 (35,2%)
Cloche d'appel ou interphone à chaque chambre	64 (70,7%)
Lieux adaptés aux personnes handicapées	58 (64,1%)
Service d'animation et de loisirs	66 (74,0%)
Service de transport	53 (59,2%)
Service d'assistance aux bains	72 (80,3%)
Service de distribution de la médication	86 (97,3%)
Service de soins infirmiers	71 (79,6%)
Services psychosociaux	18 (19,4%)
Service de réadaptation	17 (18,0%)
Garde un cas qui devient trop lourd	44 (49,6%)
Nombre de collaborations (/6)	2,39 ± 0,09 (1,91)
<b>Responsable</b>	
Femme	71 (81,8%)
Âge (années)	45,81 ± 0,68 (45,59)
Ancienneté (années)	6,19 ± 0,36 (4,53)

‡ Pour les variables nominales: nombre dans l'échantillon (pourcentage estimé dans la population)

Pour les variables continues: Moyenne ± Erreur-Type (Médiane)

...suite



On constate qu'une grande partie des ressources d'hébergement sont à but lucratif : il s'agit des résidences d'accueils et des pavillons tenus par des particuliers même si liés par contrat à un établissement du réseau de la santé, des CHLSD privés et de la presque totalité des ressources sans permis.

En ce qui a trait aux coûts, il est à noter que 80% des résidences doivent opérer avec un budget mensuel moyen variant de 500\$ à 1000\$ par résident hébergé. Selon les données fournies par la Régie Régionale de l'Estrie, le budget mensuel moyen des CHSLD publics et privés conventionnés de même que les unités de soins de longue durée des CHCD peut varier de 2500\$ à 5000\$ par résident, évidemment expliqué par la très grande lourdeur de leur clientèle.

On remarque que les résidences entretiennent en moyenne deux collaborations avec le réseau public. Les plus fréquentes sont des collaborations avec les CLSC et avec les médecins. Malheureusement, aucune information n'a été colligée sur la nature et la fréquence de ces contacts.

Plus de quatre-vingt dix pour cent des responsables ont entre 30 et 60 ans et sont en fonction depuis moins de 13 ans. Seulement le tiers de ceux-ci possèdent une formation d'infirmière diplômée ou auxiliaire et la moitié affirment qu'ils ne détenaient aucune expérience d'intervention auprès de personnes âgées avant leur entrée en fonction.



La quantité de personnel employé par la résidence par rapport au nombre de bénéficiaires est une variable distribuée de façon asymétrique. Alors que plus de 40% des résidences disposent de moins d'un employé pour 5 résidants, certains CHSLD jouissent d'un ratio personnel/résidant supérieur à 1,5 ce qui signifie 3 employés pour 2 résidants. Encore une fois, ceci s'explique par la grande lourdeur de leur clientèle. Si on s'attarde davantage à des indicateurs de la qualité du personnel, on s'aperçoit que la présence, même occasionnelle, de professionnels diplômés constitue un phénomène rare puisqu'il existe dans seulement 37% des établissements. Il s'agit d'infirmières bachelières dans la plupart des cas, mais on peut également retrouver des professionnels en réadaptation, en travail social ou en animation. Signalons enfin que le faible taux de renouvellement du personnel peut être attribuable à deux phénomènes liés au contexte économique actuel : les gens gardent leur emploi et un poste vacant n'est pas toujours comblé.

Quant au niveau d'autonomie des clientèles, les responsables interviewés estiment qu'en moyenne 25% de leur clientèle est autonome, 29% a des limitations, 35% est en perte d'autonomie physique et cognitive et 11% souffre de déficiences physiques et cognitives sévères. Ceci mène à une cote d'autonomie moyenne de 2,68 sur 4. Dans l'échantillon, cette cote s'étend de 1 (tous les résidants ont des déficiences physiques et psychologiques sévères) à 3,8 (90% de la clientèle est autonome et 10% est en perte d'autonomie).

La moyenne d'âge des clientèles est de 82 ans et il semble essentiel de mentionner que trois résidences de l'échantillon présentent une moyenne d'âge de plus de 90 ans !

### **VI.3 Caractéristiques des personnes âgées hébergées**

Soulignons à nouveau que la qualité des soins n'a été évaluée que pour des personnes âgées non autonomes. Les caractéristiques de ces sujets, résumées au tableau VI.2, ne peuvent donc pas être généralisées à l'ensemble des personnes âgées hébergées. Elles décrivent plutôt la sous-population non autonome des clients des ressources d'hébergement. Selon les informations fournies par les responsables, ceux-ci représentent environ 75% de la clientèle hébergée.

Le portrait sociodémographique des personnes âgées non autonomes habitant en ressource d'hébergement n'est pas surprenant : les deux tiers sont des femmes, la plupart des résidents sont francophones, veufs, âgés de plus de 80 ans, ont moins de 8 ans de scolarité et habitent la résidence depuis moins de 5 ans.

Sur le plan des fonctions cognitives et du degré d'autonomie, les cotes moyennes au 3MS et au SMAF dépeignent bien la lourdeur de la clientèle évaluée. Ajoutons par surcroît que la moitié des sujets (50,77%) souffre d'atteintes cognitives sévères (3MS < 60) et 40% d'une importante perte d'autonomie (SMAF > 40). Mentionnons toutefois que malgré ce constat global

**Tableau VI.2 Caractéristiques des personnes âgées en perte d'autonomie habitant les ressources d'hébergement**

<b>Variables</b>	<b>Statistiques descriptives ‡ (n=301)</b>
Femme	200 (67,4%)
Âge (années)	83,95 ± 0,49 (84,94)
Francophone	266 (85,7%)
État civil	
célibataire	61 (17,7%)
marié	49 (17,2%)
veuf	172 (57,5%)
divorcé/séparé	19 (7,6%)
Scolarité	
Aucune	15 (3,7%)
7 <sup>e</sup> année et moins	193 (64,4%)
8 <sup>e</sup> à 12 <sup>e</sup> année	61 (22,5%)
études supérieures	27 (9,4%)
En résidence depuis	
1 an et moins	83 (30,2%)
2 à 5 ans	132 (42,5%)
6 à 10 ans	56 (17,2%)
11 ans et plus	30 (10,1%)
Fonctionnement cognitif (3MS/100)	50,86 ± 2,37 (58,58) (n=281)
Autonomie fonctionnelle (SMAF/87)	38,58 ± 1,20 (35,54)

‡ Pour les variables nominales: nombre dans l'échantillon (pourcentage estimé dans la population)

Pour les variables continues: Moyenne ± Erreur-Type (Médiane)

de lourdeur, des écarts importants sont à noter parmi la clientèle hébergée. Au plan des fonctions cognitives, alors que certains sujets étaient trop atteints pour même tenter de faire le test du 3MS, d'autres obtenaient un score supérieur à 90/100. De façon similaire au SMAF, les cotes s'étendaient de 8,5/87 (assez autonome) à 80/87 (totalement dépendant).

#### **VI.4 Qualité des soins dispensés par les ressources d'hébergement**

Dans chacune des résidences de l'échantillon, la *Grille d'évaluation de la qualité des soins* était complétée pour un sous-échantillon de personnes âgées en perte d'autonomie. Globalement ainsi que pour chacune des sept sous-dimensions, la cote de qualité d'une résidence a été définie comme étant la pire cote (la plus élevée) obtenue dans le sous-échantillon des résidents. Les cotes de qualité ainsi attribuées aux ressources d'hébergement font l'objet du tableau VI.3.

**Tableau VI.3 Qualité des soins dispensés par les ressources d'hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie**

Échelle	Moyenne ± Erreur-Type (Médiane)	Prévalence du phénomène des soins inadéquats ‡	
		cote supérieure à 2	cote supérieure à 3
Globale	1,79 ± 0,05 (1,64)	25,3%	7,3%
Espace réservé à la personne âgée	2,00 ± 0,07 (1,69)	40,9%	15,9%
Ensemble de la résidence	1,90 ± 0,06 (1,61)	30,5%	10,8%
Soins physiques	1,96 ± 0,06 (1,81)	40,0%	9,0%
Maintien des soins de santé	1,49 ± 0,05 (1,07)	15,6%	3,6%
Aspect psychosocial des soins	2,17 ± 0,07 (2,07)	53,6%	17,1%
Respect des droits	1,49 ± 0,04 (1,34)	14,0%	2,4%
Situation financière	1,33 ± 0,04 (1,00)	8,9%	2,7%

‡ Pourcentage estimé dans la population

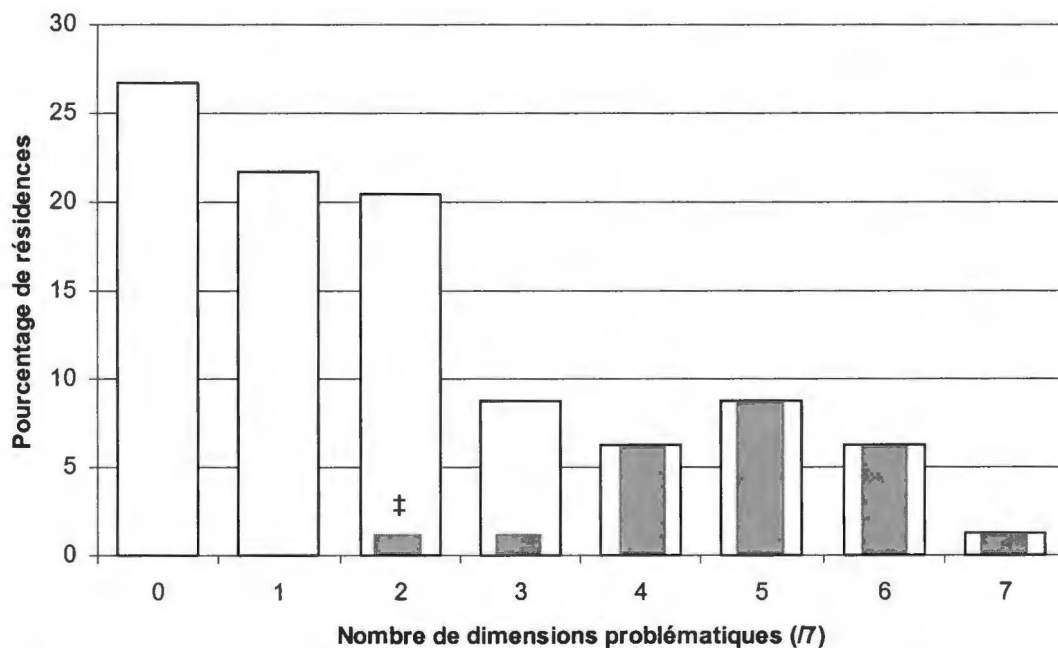
On remarque d'abord que la cote globale de qualité de 1,79 s'avère assez satisfaisante. Certes positif, ce résultat global tend néanmoins à camoufler certaines faiblesses. La principale a trait à l'aspect psychosocial des soins, la

dimension relative aux relations interpersonnelles et au climat. Ce constat nous rappelle que les ressources d'hébergement pour personnes âgées sont d'abord et avant tout des milieux de vie. Force est de reconnaître que la dimension humaine reste quelque peu négligée dans le développement des résidences. Par ailleurs, contrairement aux idées préconçues, l'aspect financier et le respect des droits ne posent pas problème.

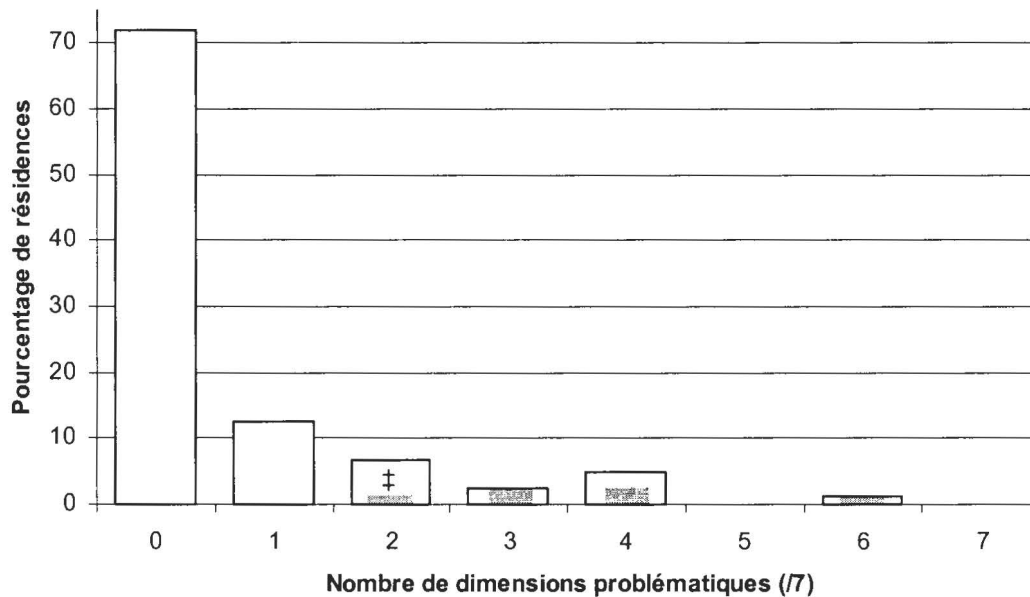
Décrits par l'intermédiaire de la moyenne, les soins apparaissent d'assez bonne qualité. Mais la moyenne a le défaut de dissimuler les extrêmes, en l'occurrence les ressources qui dispensent des soins inadéquats. Afin de quantifier ce phénomène, les cotes de qualité attribuées aux résidences ont été dichotomisées de façon à refléter deux degrés de sévérité du problème. Une cote supérieure à 2 laisse sous-entendre que la résidence n'offre pas à au moins un de ses résidents la qualité des soins requis par son état. On peut même parler de négligence lorsque la cote est supérieure à 3. Prenons par exemple le cas de la qualité des soins physiques. Sur cet aspect, on peut prétendre qu'au moins un résident ne reçoit pas les soins physiques requis par son état dans 40% des milieux d'hébergement alors qu'il est négligé dans 9% des résidences. En nombre absolu, cela signifie que, parmi les 161 résidences du territoire estrien, on estime qu'une intervention serait souhaitable dans 64 résidences alors qu'elle serait à prescrire dans 14 d'entre elles.

On peut apercevoir, à la figure VI.3, la distribution du nombre de sous-échelles avec une cote supérieure à 2. Des soins de très bonne qualité ont été

observés à l'ensemble des sept sous-dimensions pour 27% des résidences. Quarante-deux pour cent des milieux présentent pour leur part une faiblesse à une ou deux des sous-dimensions de la qualité. Seulement le tiers des établissements dispensent des soins inadéquats à plus de deux sous-dimensions de la qualité. Il n'est pas surprenant de constater que la cote globale est supérieure à deux pour la presque totalité de ces ressources d'hébergement ayant obtenu des mauvaises cotes (>2) à trois sous-échelles et plus. La figure VI.4 présente cette même distribution dans le cas d'un critère de soins inadéquats plus tolérant (cote > 3). Cette fois, 72% des résidences ne sont négligentes à aucune des sous-dimensions. La majorité des autres présentent seulement une ou deux sous-dimensions problématiques. Encore une fois, une négligence à trois sous-dimensions et plus est presque toujours reflétée dans la cote globale.



**Figure VI.3 Distribution du nombre de dimensions problématiques (critère de soins inadéquats : cote > 2)  
‡ en gris : Cote globale > 2**



**Figure VI.4 Distribution du nombre de dimensions problématiques (critère de soins inadéquats : cote > 3)  
‡ en gris : Cote globale > 3**

Les prévalences non négligeables du phénomène des soins inadéquats témoignent de la nécessité d'intervenir dans certains milieux, soit globalement ou à l'une des sous-dimensions de la qualité des soins. Pour ce faire, encore faut-il pouvoir identifier les ressources problématiques. La section suivante vise justement à découvrir les facteurs qui influent sur les cotes de qualité attribuées à chaque résidence.

### **VI.5 Facteurs associés à une mauvaise qualité des soins**

Des analyses bivariées ont d'abord permis d'identifier les variables associées à une mauvaise qualité des soins sans égard à l'effet confondant d'autres variables. Le tableau VI.4 rend compte de cette étape. Les relations

**Tableau VI.4 Relations bivariées entre les différentes cotes de qualité et l'ensemble des variables indépendantes**

Variables	Valeur p du test de Wald							
	Qualité globale	Espace réservé à la personne âgée	Ensemble de la résidence	Soins physiques	Maintien des soins de santé	Aspect psycho-social des soins	Respect des droits	Situation financière
Permis du MSSS	<b>0,1140</b>	0,9719	0,3601	<b>0,0067</b>	<b>0,0006</b>	0,4159	0,5335	<b>0,0608</b>
Taille de la résidence - 32	<b>0,0382</b>	<b>0,1178</b>	<b>0,0008</b>	0,8541	0,7252	0,2284	0,4883	<b>0,1181</b>
(Taille de la résidence - 32) <sup>2</sup>	<b>0,0018</b>	<b>0,0031</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0463</b>	0,2627	0,9303	<b>0,0944</b>	<b>0,0196</b>
Taux d'occupation	<b>0,1057</b>	<b>0,0180</b>	<b>&lt;0,0001</b>	0,5842	0,6369	0,7968	0,9783	0,2332
Type d'organisation	<b>0,0043</b>	0,2936	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0257</b>	0,1993	0,4796	<b>0,0742</b>	0,4148
Nombre d'années depuis l'ouverture	<b>0,1229</b>	0,9892	<b>0,0493</b>	<b>0,1414</b>	<b>0,0004</b>	0,4586	0,2567	<b>0,0118</b>
Milieu environnant	0,7003	0,1958	<b>0,0549</b>	0,4046	0,6336	<b>0,1221</b>	<b>0,0087</b>	0,1963
Milieu culturel	<b>0,0137</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0365</b>	<b>0,0950</b>	0,8198	0,4814	0,7111
Type dominant d'occupation	<b>0,1281</b>	<b>0,0066</b>	0,3506	0,3956	0,5440	0,4074	<b>0,0522</b>	0,1958
Coûts	<b>0,0008</b>	<b>0,1329</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0003</b>	<b>0,1057</b>	0,6893	0,5714	0,2700
Système de sécurité d'entrée	<b>0,0021</b>	<b>0,0167</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0868</b>	0,2058	0,2941	<b>0,0253</b>	0,2424
Cloche d'appel ou interphone à chaque chambre	<b>0,1371</b>	<b>0,1098</b>	<b>0,0001</b>	0,7186	0,5392	0,8319	0,5350	0,7787
Lieux adaptés aux personnes handicapées	0,6300	0,7461	<b>0,0028</b>	0,6044	<b>0,0189</b>	0,8989	0,4251	0,3904
Service d'animation et de loisirs	<b>0,0428</b>	0,2375	<b>0,0006</b>	0,4406	0,5749	<b>0,0778</b>	<b>0,1044</b>	<b>0,1493</b>
Service de transport	0,6239	0,2420	0,5764	<b>0,1066</b>	0,8781	0,9757	0,4304	0,2077
Service d'assistance aux bains	<b>0,0066</b>	<b>0,0031</b>	0,4410	<b>0,0159</b>	0,3289	<b>0,0864</b>	<b>0,0305</b>	<b>0,0349</b>
Service de soins infirmiers	0,2135	0,3166	0,8547	<b>0,0400</b>	0,3379	0,3320	0,2267	<b>0,0132</b>

...suite



**Tableau VI.4 Relations bivariées entre les différentes cotes de qualité et l'ensemble des variables indépendantes (suite et fin)**

Variables	Valeur p du test de Wald							
	Qualité globale	Espace réservé à la personne âgée	Ensemble de la résidence	Soins physiques	Maintien des soins de santé	Aspect psycho-social des soins	Respect des droits	Situation financière
Services psychosociaux	0,7984	<b>0,0528</b>	0,6815	<b>0,0982</b>	0,4583	0,9938	0,7341	0,8244
Service de réadaptation	0,2843	0,5978	<b>0,1049</b>	0,2592	<b>0,0481</b>	0,7442	0,4717	<b>0,1156</b>
Démarches suite à l'alourdissement d'un résidant	0,4533	<b>0,0662</b>	<b>0,0092</b>	0,9480	0,5451	0,7857	0,4903	0,6338
Nombre de collaborations	<b>0,0001</b>	<b>0,0049</b>	<b>0,0050</b>	<b>0,0003</b>	<b>0,1214</b>	<b>0,0002</b>	<b>0,0004</b>	0,4798
Sexe du responsable	0,5618	0,8777	<b>0,0548</b>	0,3263	<b>0,1058</b>	0,6932	0,7386	0,5417
Âge du responsable	<b>0,0102</b>	<b>0,0058</b>	<b>0,0015</b>	<b>0,0967</b>	0,7451	<b>0,1278</b>	<b>0,0793</b>	0,1704
Ancienneté du responsable	0,2967	<b>0,1165</b>	<b>0,0004</b>	0,5338	0,3367	0,8000	<b>0,0922</b>	0,1691
Formation du responsable	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0035</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0078</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0403</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Expérience antérieure d'intervention du responsable auprès des aînés	0,9429	0,3662	<b>0,0069</b>	0,5281	0,9838	0,1990	0,9603	0,4428
Ratio personnel/résidant	0,8770	0,8951	<b>0,0001</b>	<b>0,0008</b>	<b>0,0031</b>	0,1521	<b>0,1354</b>	<b>0,0704</b>
Ratio professionnel/employé	<b>0,0036</b>	<b>0,1056</b>	1,000	0,2326	0,4356	0,3167	0,9451	0,3521
Personnel infirmier	0,7356	0,3539	<b>0,0313</b>	0,6445	0,5649	<b>0,1102</b>	0,2913	<b>0,0006</b>
Taux de renouvellement du personnel	0,7497	0,3042	<b>0,0479</b>	0,4889	0,3842	<b>0,0979</b>	<b>0,0347</b>	<b>0,0850</b>
Autonomie de la clientèle - 2,7	<b>0,0026</b>	<b>0,0020</b>	<b>0,0146</b>	<b>0,0719</b>	0,3418	<b>0,0118</b>	<b>0,0005</b>	<b>0,0051</b>
(Autonomie de la clientèle - 2,7) <sup>2</sup>	<b>0,1125</b>	0,4090	0,3296	<b>0,0402</b>	<b>0,0129</b>	<b>0,0606</b>	<b>0,0597</b>	<b>0,0038</b>
(Autonomie de la clientèle - 2,7) <sup>3</sup>	<b>0,0006</b>	<b>0,0062</b>	<b>0,0065</b>	<b>0,0024</b>	<b>0,0085</b>	<b>0,0065</b>	<b>0,0006</b>	<b>&lt;0,0001</b>
Âge moyen de la clientèle aînée	<b>0,0046</b>	<b>0,0503</b>	<b>0,0143</b>	<b>0,0541</b>	<b>0,0747</b>	<b>0,0375</b>	<b>0,0261</b>	<b>0,0563</b>
Pourcentage de femmes	<b>0,0482</b>	<b>0,0019</b>	<b>0,0068</b>	0,2007	0,7136	0,1983	0,2487	0,8432

significatives au niveau  $\alpha=0,15$  y sont mises en valeur à l'aide de caractères gras. Les diagrammes de dispersion reliant les variables indépendantes continues aux différentes cotes de qualité illustraient une relation quadratique entre la taille et la qualité. De même, une relation cubique se dessinait entre l'autonomie de la clientèle et la qualité. Les termes polynomiaux correspondants ont donc été ajoutés à ces variables qui, afin d'éviter tout problème de colinéarité, avaient préalablement été centrées.

La deuxième étape se voulait l'analyse de la signification des termes d'interaction. Afin de respecter le principe hiérarchique, l'interaction A\*B était étudiée conjointement avec les facteurs A et B. Dans le cas où ce modèle souffrait d'un problème de colinéarité, l'interaction était rejetée d'emblée. Dans le cas contraire, l'interaction était conservée si elle s'avérait significative au niveau  $\alpha=0,05$ . Le tableau VI.5 fait état de ces derniers cas et fait ressortir les termes d'interaction à conserver pour la suite des analyses.

Pour la qualité globale ainsi que chacune de ses sept dimensions, l'étape suivante était l'étude simultanée de toutes les variables associées en bivarié ainsi que des interactions identifiées à l'étape précédente. Chacun des modèles était réduit aux facteurs ayant un effet spécifique sur la variable dépendante par le biais de la procédure d'élimination décrite à la section V.6.3. L'adéquation des modèles restreints a enfin été étudiée par l'analyse des résidus. Cette dernière

**Tableau VI.5 Relations entre les différentes cotes de qualité et les termes d'interaction ‡**

Termes d'interaction §	Valeur p du test de Wald							
	Qualité globale	Espace réservé à la personne âgée	Ensemble de la résidence	Soins physiques	Maintien des soins de santé	Aspect psychosocial des soins	Respect des droits	Situation financière
Permis du MSSS * (Taille de la résidence – 32)	0,1075	0,3447	0,5826	<b>0,0055</b>	<b>0,0001</b>	0,5202	0,1386	<b>0,0157</b>
Permis du MSSS * (Taille de la résidence – 32) <sup>2</sup>	0,5386	0,5269	0,2105	0,0780	0,2031	0,7711	0,8328	<b>0,0454</b>
Permis du MSSS *(Autonomie de la clientèle – 2,7)	0,0610	<b>0,0368</b>	<b>0,0003</b>	0,3664	0,9065	0,9168	0,1411	0,3582
Permis du MSSS *(Autonomie de la clientèle – 2,7) <sup>2</sup>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0003</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0002</b>	<b>0,0004</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Service de soins infirmiers *(Autonomie de la clientèle – 2,7)	0,2740	0,9447	0,4571	0,5718	0,2395	0,4704	0,8148	<b>0,0193</b>
Services psychosociaux *(Autonomie de la clientèle – 2,7)	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0031</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>	0,1032	0,0984	<b>0,0018</b>	0,0502
Service de réadaptation *(Autonomie de la clientèle – 2,7)	<b>0,0024</b>	<b>0,0015</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0304</b>	0,1829	0,2412	<b>0,0105</b>	0,1234
Formation du responsable *(Autonomie de la clientèle – 2,7)	<b>0,0322</b>	0,1324	<b>0,0129</b>	<b>0,0006</b>	<b>0,0037</b>	<b>0,0001</b>	0,2245	0,4420
Formation du responsable *(Autonomie de la clientèle – 2,7) <sup>2</sup>	<b>0,0004</b>	0,1603	0,5654	<b>0,0003</b>	<b>0,0158</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0005</b>	<b>0,0296</b>

‡ En respectant le principe hiérarchique

§ Interaction ne causant pas de problème de colinéarité dans le modèle hiérarchique

...suite

**Tableau VI.5 Relations entre les différentes cotes de qualité et les termes d'interaction (suite et fin) ‡**

Termes d'interaction §	Valeur p du test de Wald							
	Qualité globale	Espace réservé à la personne âgée	Ensemble de la résidence	Soins physiques	Maintien des soins de santé	Aspect psychosocial des soins	Respect des droits	Situation financière
Expérience antérieure d'intervention du responsable *(Autonomie de la clientèle – 2,7)	0,0946	0,2741	<b>0,0105</b>	0,2458	0,9084	0,9713	0,1632	0,6065
Expérience antérieure d'intervention du responsable *(Autonomie de la clientèle – 2,7) <sup>2</sup>	<b>0,0393</b>	0,0904	<b>0,0195</b>	0,1862	0,4950	<b>0,0338</b>	<b>0,0088</b>	0,1418
Ratio personnel / résidant *(Autonomie de la clientèle – 2,7)	<b>0,0432</b>	0,0577	<b>0,0001</b>	0,5254	0,4701	0,8071	0,0957	0,6669
Ratio personnel / résidant *(Autonomie de la clientèle – 2,7) <sup>2</sup>	<b>0,0077</b>	<b>0,0067</b>	<b>0,0137</b>	<b>0,0085</b>	<b>0,0148</b>	0,3385	<b>0,0017</b>	<b>0,0005</b>
Ratio professionnel / employé *(Autonomie de la clientèle – 2,7)	<b>0,0001</b>	<b>0,0486</b>	0,3055	<b>0,0002</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0002</b>	<b>0,0108</b>
Ratio professionnel / employé *(Autonomie de la clientèle – 2,7) <sup>2</sup>	0,6330	0,1269	<b>&lt;0,0001</b>	0,8316	0,6233	0,1077	0,2167	<b>0,0190</b>
Personnel infirmier *(Autonomie de la clientèle – 2,7)	<b>0,0002</b>	0,0679	<b>0,0047</b>	<b>0,0008</b>	<b>0,0024</b>	<b>0,0006</b>	<b>0,0002</b>	<b>0,0183</b>
Personnel infirmier *(Autonomie de la clientèle – 2,7) <sup>2</sup>	<b>0,0047</b>	<b>0,0030</b>	<b>&lt;0,0001</b>	0,0677	0,6738	0,2077	<b>0,0249</b>	0,3365

‡ En respectant le principe hiérarchique

§ Interaction ne causant pas de problème de colinéarité dans le modèle hiérarchique

n'a révélé aucune violation majeure des postulats relatifs à l'utilisation de modèles de régression multiple.

Les facteurs ayant un effet spécifique sur la qualité globale ou sur l'une de ses sous-dimensions sont listés au tableau VI.6. Pour les variables nominales, on y retrouve la catégorie associée à une moins bonne qualité des soins. Pour les variables continues, le sens de leur relation avec l'inadéquation des soins est donné : un signe positif indique que la qualité diminue lorsque que la valeur de la variable augmente. Un signe négatif signifie pour sa part que la qualité diminue lorsque la valeur de la variable décroît. Dans les pages qui suivent, des hypothèses seront émises pour tenter d'expliquer le sens des relations entre les différents facteurs et la qualité des soins. Notons d'emblée que pour certains facteurs (ex. : sexe du responsable), le sens de leur relation avec la qualité des soins est clair alors que pour d'autres (ex. : taux d'occupation), il est impossible d'établir le sens de la relation puisque les données ont été recueillies dans le cadre d'une étude transversale.

On note tout d'abord que les résidences ne détenant pas de permis du MSSS obtiennent de moins bonnes cotes en ce qui a trait au maintien des soins de santé. Ceci s'explique probablement par le fait que ces milieux font l'objet de très peu de surveillance. Remarquons cependant qu'il y a absence de relation entre la détention d'un permis et la qualité de l'aspect psychosocial des soins ainsi que le respect des droits. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il est beaucoup plus difficile et souvent moins prioritaire d'élaborer des normes et de surveiller

**Tableau VI.6 Liste des facteurs ayant un effet spécifique sur la cote globale ainsi que sur la cote à chacune des sous-échelles de la Grille d'Évaluation de la Qualité des Soins**

Facteurs		Qualité globale	Espace réservé à pers. âgée	Ensemble de la résidence	Soins physiques	Maintien des soins de santé	Asp. psychosocial des soins	Respect des droits	Situation financière
	Permis du MSSS	§	§		§	non †			non
	Taille de la résidence (Taille de la résidence) <sup>2</sup>	+	+		+			+	- +
	Taux d'occupation		-	-					
	Milieu culturel	anglo.	anglo.	anglo.		anglo.			
	Système de sécurité d'entrée			non				non	
	Service d'animation et de loisirs	non		non					
	Service de soins infirmiers				oui				oui
	Nombre de collaborations	-			-		-	-	
	Sexe du responsable					féminin			
	Formation du responsable	§	≠ soins		§	§	§	≠ soins	≠ soins
	Expérience antérieure d'intervention du responsable auprès des aînés	oui							
	Ratio personnel/résident		§	-					
	Ratio professionnel/employé			§		§	§	§	+
	Âge moyen de la clientèle aînée	-			-	-	-	-	-
	Pourcentage de femmes		-	-					
	Autonomie de la clientèle (Autonomie de la clientèle) <sup>2</sup>	§	§	§	§	§	§	§	§
	(Autonomie de la clientèle) <sup>2</sup>	§	§	§	+	+	+	+	§
	(Autonomie de la clientèle) <sup>3</sup>	+	+	+					+
Interactions	Permis du MSSS * Autonomie	✓	✓		✓				
	Formation resp. * Autonomie	✓			✓	✓	✓		
	Ratio pers./rés. * Autonomie		✓						
	Ratio prof./empl. * Autonomie			✓		✓	✓	✓	
	Ratio prof./empl. * (Autonomie) <sup>2</sup>			✓					

† Indique la catégorie de la variable associée à une moins bonne qualité des soins

§ Indique une variable incluse dans le modèle final mais pour laquelle l'interprétation de la relation avec la qualité des soins n'est pas pertinente puisqu'un terme d'ordre supérieur l'impliquant est également présent dans le modèle.

ces aspects. Les résidences ne détenant pas de permis du MSSS présentent enfin de moins bonnes cotes à l'évaluation de la qualité de la situation financière. Ceci est peut-être relié à la liberté contractuelle dans la négociation des baux, si bail il y a. Les tarifs et les conditions d'hébergement n'étant pas toujours préétablis, l'équité entre les résidants n'est pas assurée. Par surcroît, dans le cas des personnes âgées isolées, elles sont souvent assistées par le responsable de la résidence dans la gestion de leurs biens, ce qui entraîne évidemment des situations de conflit d'intérêt.

Plus grande est la résidence, moins bonne est la qualité globale des soins. Il faut tout d'abord reconnaître que plus il y a de personnes âgées hébergées, plus il y a de possibilités d'en trouver au moins une pour laquelle la qualité des soins est inadéquate. En second lieu, il faut se rappeler que la majorité des gens hébergés sont en perte d'autonomie physique et/ou cognitive. On peut alors se demander si de grands établissements impersonnels fournissent un climat idéal pour ce type de clientèle. De même, une augmentation de la taille de la résidence se traduit par une augmentation de la demande en soins. Il devient alors excessivement difficile de répondre aux exigences que posent certains soins physiques, comme par exemple la mobilisation ou la stimulation. L'absence de relation entre la taille et l'aspect psychosocial des soins peut pour sa part être attribuée au fait que cet aspect est souvent négligé, même dans les petites résidences dans lesquelles il serait pourtant plus facile d'y porter attention étant donné le nombre restreint de pensionnaires. L'espace réservé à la personne âgée est de moins bonne qualité dans les grandes résidences puisqu'on y

retrouve des chambres plus petites, moins personnalisées et qui doivent souvent être partagées. Par le fait même les droits à l'intimité et à la liberté de choix sont brimés. Enfin, la relation entre la taille de la résidence et la qualité de la situation financière est quadratique. Une meilleure qualité s'observe dans les résidences de taille moyenne alors que des situations problématiques peuvent être rencontrées dans les petites ou les grandes résidences. Les moins bonnes cotes obtenues par les petites résidences peuvent être imputées à la situation de dépendance engendrée par le fait que le résidant est toujours en contact avec la seule et même personne, autant pour ses soins que pour la négociation des ententes. L'impossibilité de voir à la protection de tous les résidants dans un établissement de grande taille peut pour sa part expliquer la performance inférieure des grandes résidences.

La troisième variable du tableau VI.6 est le taux d'occupation. Plus celui-ci est élevé, plus l'aspect physique du milieu de vie est adéquat. D'une part, on peut penser que puisqu'un faible taux d'occupation résulte en des revenus moindres, une plus faible quantité d'argent est investie dans l'aménagement des lieux. La relation inverse semble plus vraisemblable étant donné que le choix d'un milieu d'hébergement peut être influencé par l'aspect physique des lieux. Ainsi, lorsque cet aspect est négligé, il est plus difficile d'attirer la clientèle ce qui résulte en un faible taux d'occupation.

Pour tenter d'expliquer pourquoi les résidences ayant une clientèle majoritairement anglophone obtiennent des cotes de qualité moindres, il faut



comprendre la dynamique existant actuellement au Québec. Les anglophones soutiennent que le système de santé leur est peu ouvert et qu'il est difficile d'y recevoir des soins dans leur langue. Ainsi, des cas très lourds ne sont souvent pas transférés dans des institutions publiques vouées à répondre à leurs besoins, puisque celles-ci sont considérées de culture francophone. Les anglophones résident donc dans des milieux souvent non adaptés à leur état de santé. Ceci peut expliquer les moins bonnes cotes obtenues aux sous-échelles concernant le milieu de vie. La qualité du maintien des soins de santé étant entre autre évaluée d'après les contacts avec les intervenants du réseau, les résidences en milieu anglophones y marquent évidemment peu de points. Enfin, puisque quelques sous-dimensions de la qualité sont touchées, il n'est pas surprenant de le voir se refléter dans la cote globale.

Les résidences ne possédant pas de système de sécurité d'entrée protègent moins leurs résidants contre le cambriolage et la sollicitation. De plus, la libre circulation des gens souffrant d'atteinte cognitive augmente le risque de fugue. La cote de qualité de l'ensemble de la résidence s'en ressent évidemment et les droits d'intimité et de sécurité sont lésés.

L'offre d'un service d'animation et de loisirs se veut un indicateur de la préoccupation et du souci des résidences à offrir ce qu'il y a de mieux à leur résidants. Cette préoccupation se traduit également dans la qualité des soins dispensés.

De prime abord, il est étonnant d'observer une moins bonne qualité de soins physiques dans les milieux qui dispensent des soins infirmiers. Il faut toutefois comprendre que si un établissement ne donne pas de tels soins, c'est qu'ils sont probablement prodigués par un organisme externe tel le CLSC dans le cas des résidences sans permis ou un CHSLD pour les ressources avec permis. Le personnel en place peut ainsi s'attarder davantage aux soins physiques de base alors que les autres soins physiques sont prodigués par du personnel qualifié. La meilleure situation financière observée dans les résidences ne dispensant pas de soins infirmiers est pour sa part plus difficile à expliquer.

Parmi les variables associées à plusieurs aspects de la qualité des soins, on retrouve le nombre de collaborations qu'entretient la résidence avec le réseau public : plus ce nombre est bas, moins bonne est la qualité des soins. Cette relation était attendue puisque lorsque le nombre de collaborations est restreint, la quantité d'aide et de support est aussi limitée. Le milieu est alors davantage isolé et refermé sur lui-même.

Il est relativement curieux d'observer une moins bonne qualité du maintien des soins de santé dans les résidences ayant un responsable féminin. Les hommes seraient-ils plus enclins à s'entourer de personnel et à faire appel à de l'aide extérieure ?

Il est très intéressant d'observer que la formation du responsable est un facteur qui affecte la qualité des soins sous presque tous ses aspects.

L'interprétation de sa relation avec la qualité des soins n'est toutefois pas pertinente ici, puisque cette variable est souvent impliquée dans des interactions dont nous discuterons ultérieurement.

Comment expliquer qu'on observe une moins bonne qualité globale des soins lorsque le responsable a de l'expérience antérieure d'intervention auprès des aînés ? Est-ce un biais d'indulgence de la part des évaluatrices ? L'absence de relation avec l'ensemble des sous-échelles suggère cependant que l'expérience antérieure n'a qu'un petit effet qui ressort seulement sur la cote globale de qualité des soins. L'expérience acquise dans l'accomplissement des présentes fonctions compense certainement pour un manque d'expérience lors de l'entrée en poste.

Un ratio personnel/résidant peu élevé correspond probablement à un petit nombre d'employés affectés à l'entretien, ce qui semble résulter en une moins bonne qualité de l'ensemble de la résidence. Un ratio professionnel/employé élevé semble pour sa part néfaste sur la qualité du maintien des soins de santé et de la situation financière. La présence de professionnels entraînerait-elle une déresponsabilisation du reste du personnel ?

Il est étonnant de constater que les résidences abritant des clientèles en moyenne plus jeunes dispensent des soins de moins bonne qualité. Aurait-on tendance à sous-estimer les besoins des résidents moins âgés ?

Un faible pourcentage de femmes est relié à une moins bonne qualité du milieu physique. Ceci est vraisemblablement attribuable au fait que les résidentes sont plus exigeantes face à la propreté et la sécurité des lieux et plus susceptibles d'individualiser leur chambre. Elles peuvent également désirer collaborer à l'amélioration du milieu de vie et s'impliquer à ce niveau.

La relation entre l'autonomie de la clientèle et la qualité globale des soins est cubique : les pires cotes de qualité sont observées dans les établissements hébergeant des clientèles très dépendantes. Puis, plus l'autonomie moyenne de la clientèle augmente, meilleurs sont les soins. La meilleure qualité est observée dans les résidences avec un score d'autonomie d'environ 3,5 sur 4. Par contre, dans les milieux où les patients sont majoritairement autonomes (>3,5), les quelques résidents en perte d'autonomie semblent négligés, puisqu'on y observe une détérioration des cotes globales de qualité. Le même type de courbe caractérise la relation entre l'autonomie de la clientèle et les sous-échelles concernant l'espace réservé à la personne âgée, l'ensemble de la résidence et la situation financière.

En ce qui concerne les quatre sous-échelles restantes, une relation quadratique est observée. Encore une fois, la qualité des soins s'améliore avec l'autonomie moyenne de la clientèle. Nous ne retrouvons cependant plus le point d'inflexion décrit plus haut. La détérioration n'est pas linéaire puisque la courbe est caractérisée par une pente plus accentuée lorsque l'autonomie moyenne varie entre 1 (tous les résidents souffrent de déficiences sévères) et 2 (la majorité

des résidants sont en perte d'autonomie). Enfin, pour les clientèles avec une autonomie moyenne allant de 3 (la majorité des résidants ont des limitations) à 3,8 (la clientèle est autonome à 90%), on observe une qualité des soins quasi constante.

La dernière partie du tableau VI.6 souligne la présence de certaines interactions dans les modèles. Dans tous les cas, il s'agit de l'effet de l'autonomie sur la qualité qui fluctue en fonction d'une troisième variable.

Pour la qualité globale ainsi que deux de ses sous-échelles, la relation précédemment décrite entre l'autonomie de la clientèle et la qualité des soins est différentielle selon la détention ou non d'un permis du MSSS. Dans les résidences avec permis, la qualité des soins dispensés aux clientèles très lourdes est meilleure que dans les résidences sans permis, et les écarts de qualité sont beaucoup moins accentués.

La relation entre l'autonomie de la clientèle et la qualité des soins est également variable selon la formation du responsable. Ce résultat ne surprend guère puisqu'une formation en soins infirmiers signifie entre autres 1) une habilité à bien poser les gestes de base, 2) une connaissance de la problématique des déficits cognitifs, 3) une capacité de jugement du degré d'urgence d'une situation et 4) une connaissance du réseau de la santé permettant d'aller chercher l'aide et l'assistance nécessaire. Ces atouts ne peuvent qu'avoir un effet positif sur la qualité des soins. Au niveau de la qualité globale, des soins physiques et du

maintien des soins de santé, les responsables ne détenant aucune formation ont évidemment beaucoup plus de difficulté à dispenser des soins adéquats lorsqu'ils travaillent auprès de clientèles très dépendantes. Plus la clientèle est autonome, plus cet écart avec les autres formations s'amenuise. Toutefois, force est de signaler que l'aspect psychosocial des soins semble être une dimension négligée dans la formation des soignants puisque ceux-ci ne semblent pas plus sensibilisés à son importance que les responsables ne détenant aucune formation. Enfin, dans le cas des responsables ayant une autre formation, l'effort porté à l'aspect psychosocial des soins est moyen et le même pour toutes les clientèles, cette autre formation étant quelquefois connexe au domaine psychosocial (travailleurs sociaux, psychothérapeutes et autres).

Les dernières lignes du tableau concernent des interactions impliquant deux variables continues, soit l'autonomie de la clientèle et le ratio personnel/résidant ou professionnel/employé. La qualité des soins varie donc dans un espace à trois dimensions, rendant son interprétation d'une complexité incontestable.

## **VI.6 Outil de repérage des ressources d'hébergement dispensant des soins inadéquats**

Construit à la lumière des résultats de la section précédente, l'outil de repérage proposé est reproduit à l'annexe III. Dans les pages qui suivent, la capacité de cet outil à repérer les résidences dispensant des soins inadéquats est étudiée. Globalement ainsi que pour chaque sous-dimension, l'équation

permettant de prédire la qualité est d'abord fournie. La deuxième étape est la recherche des seuils permettant l'identification des milieux problématiques avec les meilleures sensibilité, spécificité et valeurs prédictives positive et négative. Pour ce faire, les valeurs prédites sont comparées à deux critères étalons, l'un sévère, l'autre tolérant. Dans chacun des cas, la sélection du seuil débute par la visualisation des combinaisons des taux de sensibilité et de spécificité pour différents seuils à l'aide d'une courbe ROC. Le seuil choisi est celui permettant la meilleure sensibilité possible, avec une spécificité d'au moins 60%. Toutefois, si une telle spécificité est atteinte simultanément à une sensibilité inférieure à 75%, une plus grande proportion de faux positifs est acceptée afin de s'assurer du repérage d'au moins trois résidences problématiques sur quatre.

L'exemple hypothétique d'un questionnaire complété est présenté à la figure VI.5. À partir des données recueillies, calculons :

$$\text{Taux d'occupation} = 100 * \frac{12}{15} = 80,00$$

$$\text{Ratio personnel/résidant} = \frac{7}{12} = 0,58$$

$$\text{Ratio professionnel/employé} = \frac{0}{7} = 0$$

$$\text{Autonomie de la clientèle} = (4 * \frac{2}{9}) + (3 * \frac{3}{9}) + (2 * \frac{4}{9}) + (1 * \frac{0}{9}) = 2,78$$

$$\text{Pourcentage de femmes} = 100 * \frac{5}{9} = 55,56$$

**OUTIL DE REPÉRAGE DES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT  
DISPENSANT DES SOINS INADÉQUATS À LEUR CLIENTÈLE  
ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE**

**I. LA CLIENTÈLE**

- |    |  |       |
|----|--|-------|
| 1. | Nombre de résidants  | __ 12 |
| 2. | Nombre de résidants âgés de 65 ans et plus   | __ 9  |
| 3. | Nombre de femmes âgées de 65 ans et plus   | __ 5  |
| 4. | Âge moyen des résidants  | __ 72 |
| 5. | Nombre de résidants (âgés de plus de 65 ans)   |       |
|    | • Autonomes  | __ 2  |
|    | • Avec limitations (nécessitant de l'aide ou de l'assistance pour certaines activités)                       | __ 3  |
|    | • En perte d'autonomie physique ou cognitive (requérant des soins ou de l'assistance sur une base régulière) | __ 4  |
|    | • Avec déficiences physiques ou cognitives sévères   | __ 0  |

**II. LE RESPONSABLE**

- |    |   |   |
|----|---|---|
| 6. | Sexe  | femme <input checked="" type="checkbox"/> |
|    |   | homme <input type="checkbox"/>            |
| 7. | Formation   | en soins <input type="checkbox"/>         |
|    |   | autre <input checked="" type="checkbox"/> |
|    |   | aucune <input type="checkbox"/>           |
| 8. | Expérience antérieure d'intervention auprès des aînés | oui <input type="checkbox"/>              |
|    |   | non <input checked="" type="checkbox"/>   |

**Figure VI.5 Exemple hypothétique d'un questionnaire complété**

...suite



### III. LE PERSONNEL

9. Nombre d'employés salariés (à temps plein ou à temps partiel) \_\_\_\_\_7
10. Parmi ceux-ci, nombre de professionnels diplômés (en réadaptation, nursing, travail social, animation ou autres) \_\_\_\_\_0

### IV. PROFIL GÉNÉRAL DE LA RÉSIDENCE

11. Permis du ministère de la Santé et des Services sociaux  
oui   
non
12. Nombre de places disponibles \_\_\_\_\_15
13. Milieu culturel  
anglophone   
francophone
14. Services offerts
- Système de sécurité d'entrée  
oui   
non
  - Service d'animation et de loisirs  
oui   
non
  - Service de soins infirmiers  
oui   
non
15. Collaborations :  
 médecin / clinique médicale  
 CLSC  
 CHSLD  
 hôpital  
 groupes communautaires  
 autres
- Nombre (sur 6) : \_\_\_\_\_2

**Figure VI.5 Exemple hypothétique d'un questionnaire complété (suite et fin)**

Tout au long des sections suivantes, cet exemple hypothétique servira à illustrer le traitement des données recueillies par l'outil de repérage.

### **VI.6.1 Qualité globale des soins**

L'équation prédictive de la qualité globale des soins figure à l'encadré VI.1. Lorsque le critère étalon d'inadéquation des soins est sévère (cote  $> 2$ ), on obtient la courbe ROC présentée à la figure VI.6. Avec un critère des soins inadéquats plus tolérant (cote  $> 3$ ), on trouve la courbe ROC montrée à la figure VI.7. Les tableaux VI.7 et VI.8 nous font découvrir les paramètres associés aux seuils les plus performants pour chacun des critères étalons. Les seuils idéaux, selon nos exigences, sont de 1,70 et 2,30 respectivement. Ainsi, lorsqu'on désire repérer les résidences dans lesquelles certains patients ne reçoivent pas les soins requis par leur état, une attention particulière doit être portée aux établissements obtenant une valeur prédite supérieure à 1,70. La sensibilité du questionnaire est alors de 85%. En d'autres mots, 85% des résidences n'offrant pas des soins adéquats à au moins un résidant sont correctement identifiées par le questionnaire. De plus, 65% des résidences qui ne posent pas problème sont identifiées comme telles par l'outil.

Lorsque l'objectif est plutôt de repérer les ressources d'hébergement dans lesquelles des sujets sont victimes de négligence, on s'attarde davantage aux valeurs prédites supérieures à 2,30. La sensibilité est alors de 75% et la capacité du questionnaire à identifier les résidences dans lesquelles il n'y a pas de négligence est de 93%.

## Encadré VI.1 Équation prédictive de la qualité globale des soins

Valeur prédite pour la qualité globale des soins

= 2,66

- 0,29 si détient un permis du MSSS
- + 0,003\*(Taille de la résidence-32)
- 0,39 si milieu francophone
- 0,25 si offre un service d'animation et de loisirs
- 0,11\*Nombre de collaborations
- 0,36 si responsable détient une formation en soins
- 0,11 si responsable détient une autre formation
- + 0,23 si responsable a de l'expérience antérieure d'intervention auprès d'aînés
- 0,96\*(Autonomie de la clientèle-2,7)
- + 0,43\*(Autonomie de la clientèle-2,7)<sup>2</sup>
- + 0,18\*(Autonomie de la clientèle-2,7)<sup>3</sup>
- 0,04\*(Âge moyen de la clientèle-82)
- + 0,54\*(Autonomie clientèle-2,7) si détient un permis du MSSS
- + 0,50\*(Autonomie clientèle-2,7) si responsable a une formation en soins
- + 0,61\*(Autonomie clientèle-2,7) si responsable a une autre formation

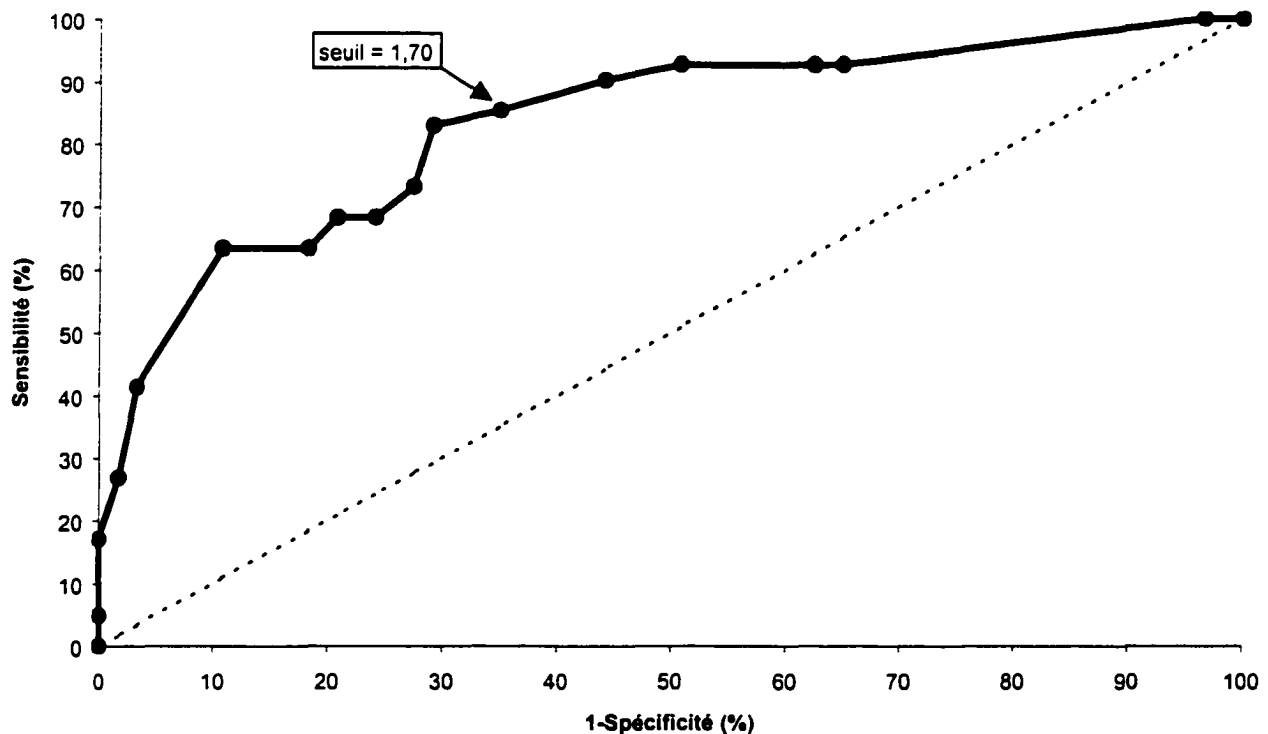
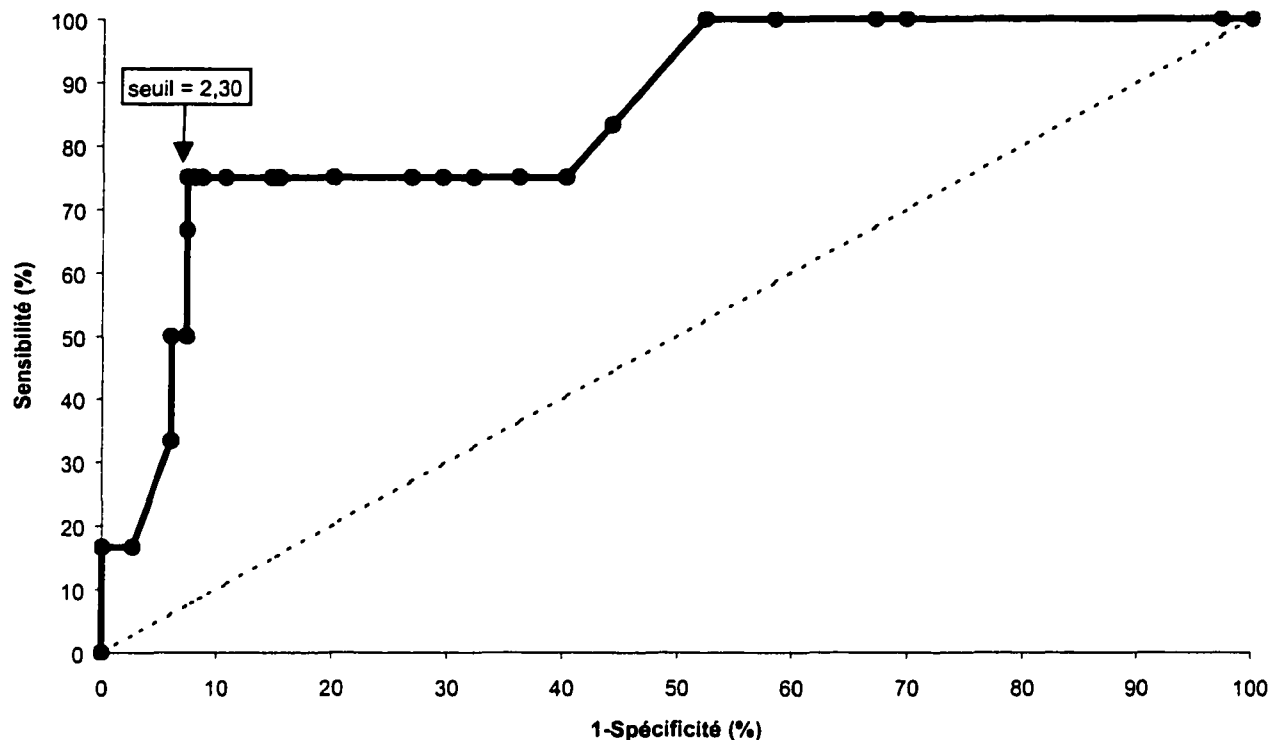


Figure VI.6 Courbe ROC pour la prédiction de la qualité globale des soins (critère de soins inadéquats : cote > 2)



**Figure VI.7** Courbe ROC pour la prédiction de la qualité globale des soins (critère de soins inadéquats : cote > 3)

**Tableau VI.7** Validité prédictive de l'outil pour la qualité globale des soins (critère de soins inadéquats : cote > 2)

Seuil	Val. prédite > seuil (%)	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	Valeurs prédictives (%)	
				Positive	Négative
1,65	55,90	90,24	55,83	41,11	94,37
1,70	47,83	85,37	65,00	45,45	92,86
1,75	42,86	82,93	70,83	49,28	92,39
1,80	39,13	73,17	72,50	47,62	88,78

**Tableau VI.8 Validité prédictive de l'outil pour la qualité globale des soins (critère de soins inadéquats : cote > 3)**

Seuil	Val. prédite > seuil (%)	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	Valeurs prédictives (%)	
				Positive	Négative
1,65	55,90	100,00	47,65	13,33	100,00
1,70	47,20	83,33	55,70	13,16	97,65
2,30	12,42	75,00	92,62	45,00	97,87

La probabilité que les soins soient inadéquats dans un établissement lorsque la valeur prédite est supérieure au seuil (valeur prédictive positive) est de 45% pour chacun des deux niveaux de tolérance. D'un autre côté, 93% (valeur prédictive négative) des ressources d'hébergement avec une valeur prédite inférieure à 1,70 offrent réellement des soins adéquats à leurs pensionnaires. De même, 98% des résidences avec des valeurs prédites de 2,30 et moins ne sont pas négligentes envers leur clientèle.

En nombre absolu, on peut interpréter les résultats de la façon suivante. Étant donné la prévalence du phénomène (Cf. tableau VI.3), on estime que parmi les 161 résidences de notre territoire, 41 (25,3%) hébergent au moins un résident qui ne reçoit pas les soins requis par son état, à un niveau modéré de tolérance. Puisque sa sensibilité est de 85%, le questionnaire permet l'identification de 35 d'entre elles. Sa spécificité de 65% permet également de reconnaître la qualité de 78 des 120 « bonnes » ressources d'hébergement. En effet, étant donné que 48% des milieux obtiennent une valeur prédite supérieure à 1,70, l'outil de dépistage identifie 77 résidences. Parmi celles-ci, 35 (VP+ de 45%) dispensent

réellement des soins inadéquats, et parmi les 84 non identifiées, 78 (VP- de 93%) sont réellement des établissements dignes de mention.

En ce qui a trait au phénomène de négligence, il semble exister dans 12 (7,3%) des 161 ressources d'hébergement. L'outil de repérage suggère l'évaluation de 19 (12%) milieux. Celle-ci s'avère pertinente dans 9 de ces établissements puisqu'un problème de négligence y existe réellement.

Dans le cas de l'exemple hypothétique (Cf. figure VI.5), la valeur prédite pour la qualité globale des soins est  $2,66 - 0,29 + 0,003*(9-32) - 0,39 - 0,25 - 0,11*2 - 0,11 - 0,96*(2,78-2,7) + 0,43*(2,78-2,7)^2 + 0,18*(2,78-2,7)^3 - 0,04*(72-82) + 0,54*(2,78-2,7) + 0,61*(2,78-2,7) = 1,75$ . La valeur étant supérieure à 1,70, une évaluation plus poussée de l'établissement serait suggérée puisqu'il est possible que des soins inadéquats soient dispensés à au moins un des résidents. La valeur prédite étant cependant très inférieure à 2,30, il y a très peu de chance qu'une situation de négligence prévale dans cette résidence.

### **VI.6.2 Espace réservé à la personne âgée**

L'équation prédictive de la qualité de l'espace réservé à la personne âgée est présentée à l'encadré VI.2. La figure VI.8 illustre la courbe ROC obtenue pour un critère étalon associé à un niveau modéré de tolérance. Le tableau VI.9 porte sur les paramètres associés aux seuils les plus performants. En retenant

## Encadré VI.2 Équation prédictive de la qualité de l'espace réservé à la personne âgée

Valeur prédite pour la qualité de l'espace réservé à la personne âgée

= 4,11

- 0,30 si détient un permis du MSSS
- + 0,004\*(Taille de la résidence-32)
- 0,02\*(Taux d'occupation-84)
- 0,72 si milieu francophone
- 0,62 si responsable détient une formation en soins
- 0,19 si responsable détient une autre formation
- + 0,06\*(Ratio personnel/résidant)
- 0,82\*(Autonomie de la clientèle-2,7)
- + 0,42\*(Autonomie de la clientèle-2,7)<sup>2</sup>
- + 0,40\*(Autonomie de la clientèle-2,7)<sup>3</sup>
- 0,02\*(Pourcentage de femmes)
- + 0,69\*(Autonomie clientèle-2,7) si détient un permis du MSSS
- 0,40\*Ratio personnel/résidant\*(Autonomie clientèle-2,7)

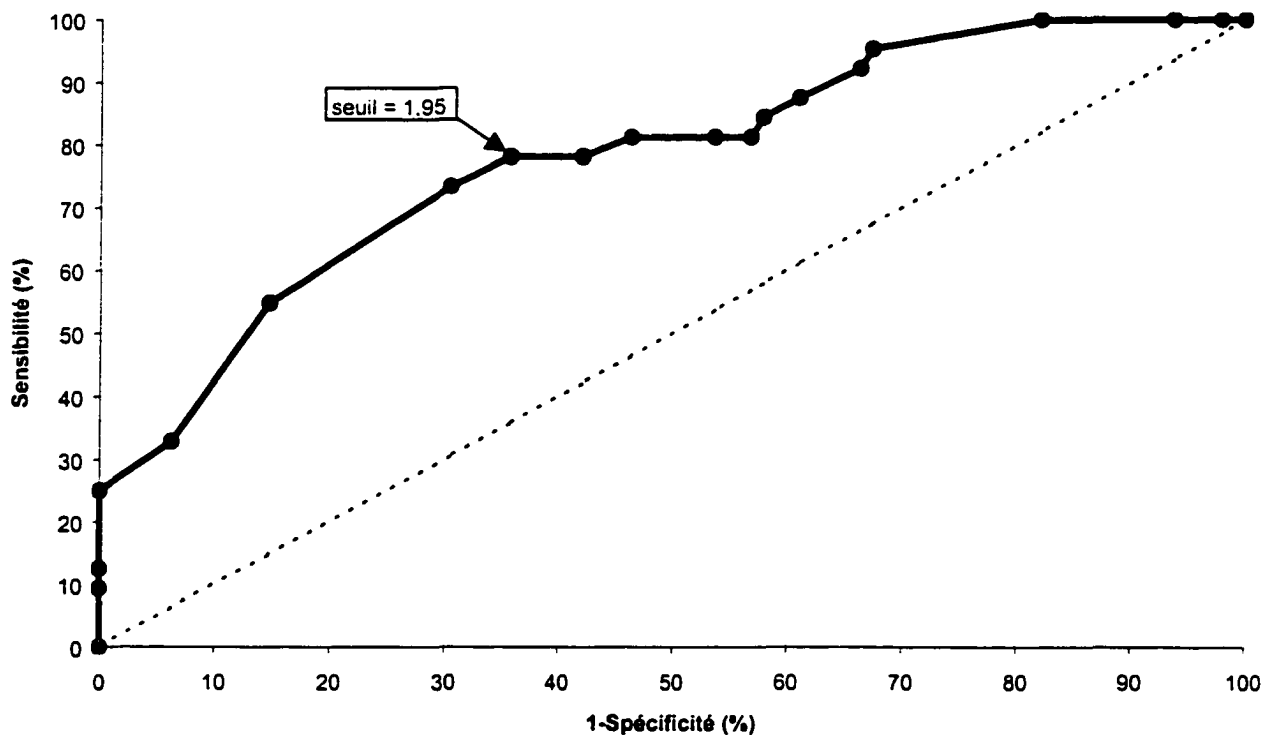


Figure VI.8 Courbe ROC pour la prédiction de la qualité de l'espace réservé à la personne âgée (critère de soins inadéquats : cote > 2)

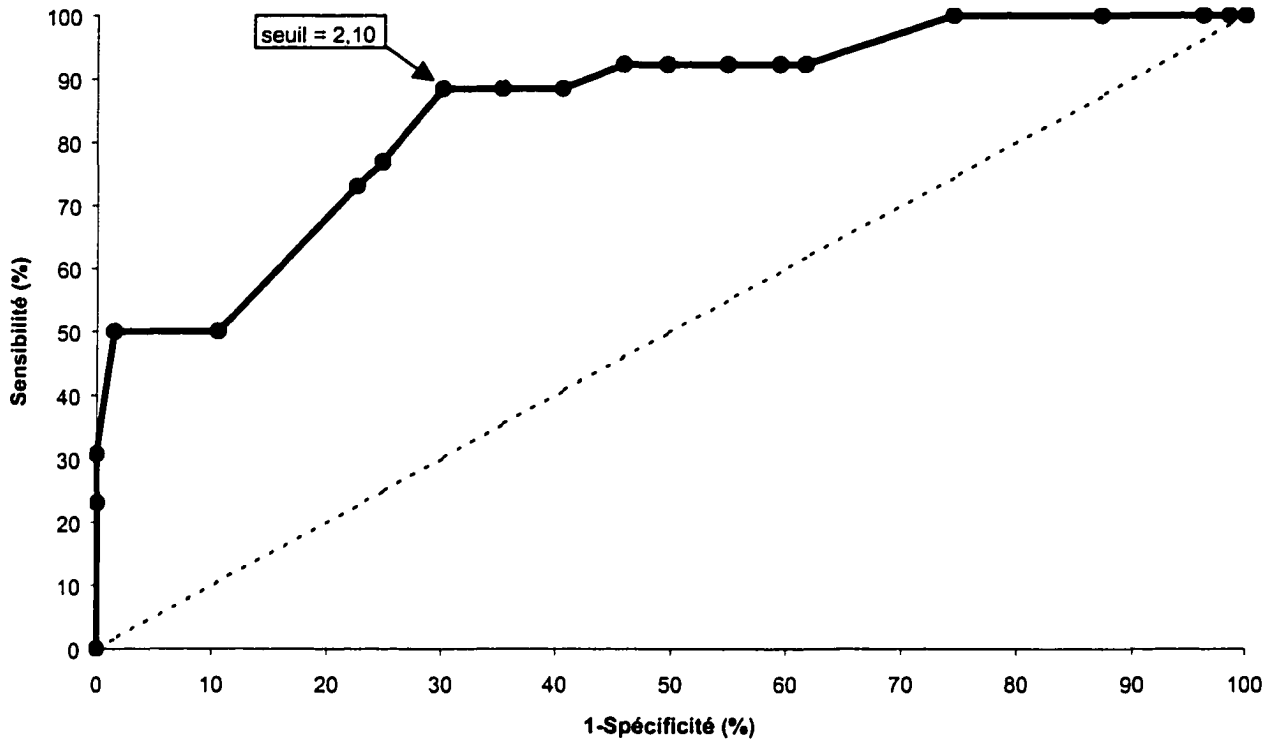
**Tableau VI.9 Validité prédictive de l'outil pour la qualité de l'espace réservé à la personne âgée (critère de soins inadéquats : cote > 2)**

Seuil	Val. prédite > seuil (%)	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	Valeurs prédictives (%)	
				Positive	Négative
1,85	60,38	81,25	53,68	54,17	80,95
1,95	52,83	78,13	64,21	59,52	81,33
2,00	47,80	73,44	69,47	61,84	79,52

les établissements avec une valeur prédite supérieure à 1,95, 78% des résidences offrant des chambres inadéquates sont repérées. L'indice de spécificité signifie pour sa part que 64% des milieux véritablement non problématiques ne sont pas retenus suite à l'administration de l'outil. Enfin, 60% des ressources d'hébergement identifiées par l'outil sont réellement problématiques, alors que 81% des établissements sur lesquels l'outil n'attire pas l'attention offrent véritablement des chambres propres, adaptées, sécuritaires et personnalisées.

Les mêmes renseignements pour un critère étalon plus tolérant font l'objet de la figure VI.9 ainsi que du tableau VI.10. Un seuil de 2,10 offre une sensibilité de 88%, une spécificité de 70% et des valeurs prédictives de 37% (positive) et 97% (négative) pour le repérage des résidences dans lesquelles la chambre d'au moins un des résidents dénote des signes de négligence.





**Figure VI.9** Courbe ROC pour la prédiction de la qualité de l'espace réservé à la personne âgée (critère de soins inadéquats : cote > 3)

**Tableau VI.10** Validité prédictive de l'outil pour la qualité de l'espace réservé à la personne âgée (critère de soins inadéquats : cote > 3)

Seuil	Val. prédite > seuil (%)	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	Valeurs prédictives (%)	
				Positive	Négative
1,95	53,46	92,31	54,14	28,24	97,30
2,10	39,62	88,46	69,92	36,51	96,88
2,20	33,33	76,92	75,19	37,74	94,34
2,25	30,82	73,08	77,44	38,78	93,64

Si on reprend l'exemple hypothétique, la valeur prédite pour la qualité de l'espace réservé à la personne âgée est de  $4,11 - 0,30 + 0,004*(9-32) -$

$0,02*(80-84) - 0,72 - 0,19 + 0,06*0,58 - 0,82*(2,78-2,7) + 0,42*(2,78-2,7)^2 +$   
 $0,40*(2,78-2,7)^3 - 0,02*55,56 + 0,69*(2,78-2,7) - 0,40*0,58*(2,78-2,7) = 1,79.$   
 Cette valeur étant inférieure à 1,95, et par le fait même à 2,10, nous pouvons être  
 confiants à 81% que la résidence concernée n'offre pas des chambres  
 inadéquates et sûrs à 97% qu'il n'y a pas de négligence à cet égard.

### VI.6.3 Ensemble de la résidence

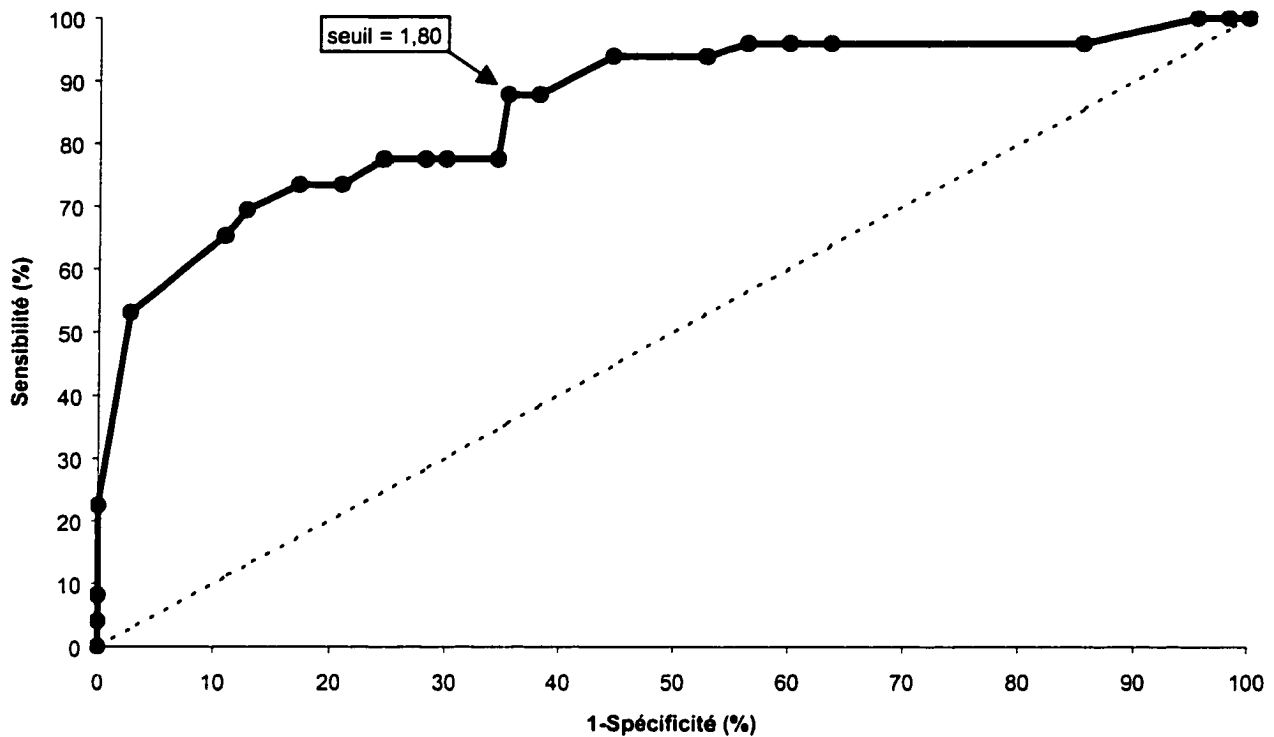
On retrouve l'équation prédictive de la qualité de l'ensemble de la  
 résidence à l'encadré VI.3. En consultant la figure VI.10 et le tableau VI.11, on  
 s'aperçoit que, sous un niveau de tolérance modéré, 1,80 est la valeur seuil à  
 privilégier pour l'identification des ressources problématiques. Ce seuil permet  
 une sensibilité de 88%, une spécificité de 65%, une valeur prédictive positive de  
 52% et une valeur prédictive négative de 92%.

#### Encadré VI.3 Équation prédictive de la qualité de l'ensemble de la résidence

Valeur prédite pour la qualité de l'ensemble de la résidence

= 4,06

- 0,01\*(Taux d'occupation-84)
- 0,88 *si milieu francophone*
- 0,36 *si dispose d'un système de sécurité d'entrée*
- 0,34 *si offre un service d'animation et de loisirs*
- 0,24\*(Ratio personnel/résidant)
- + 0,90\*(Ratio professionnel/employé)
- 0,11\*(Autonomie de la clientèle-2,7)
- + 0,36\*(Autonomie de la clientèle-2,7)<sup>2</sup>
- + 0,22\*(Autonomie de la clientèle-2,7)<sup>3</sup>
- 0,02\*(Pourcentage de femmes)
- 3,20\*Ratio professionnel/employé\*(Autonomie clientèle-2,7)
- 2,85\*Ratio professionnel/employé\*(Autonomie clientèle-2,7)<sup>2</sup>

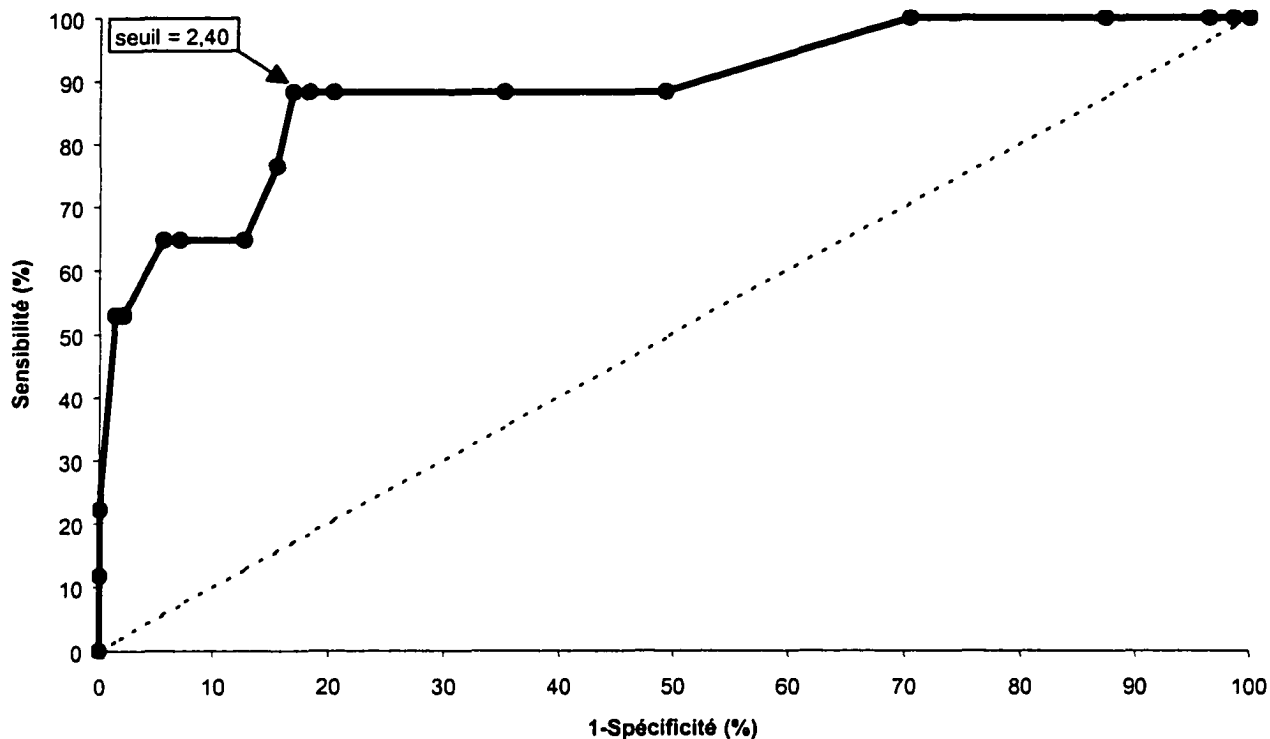


**Figure VI.10 Courbe ROC pour la prédiction de la qualité de l'ensemble de la résidence (critère de soins inadéquats : cote > 2)**

**Tableau VI.11 Validité prédictive de l'outil pour la qualité de l'ensemble de la résidence (critère de soins inadéquats : cote > 2)**

Seuil	Val. prédite > seuil (%)	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	Valeurs prédictives (%)	
				Positive	Négative
1,70	59,75	93,88	55,45	48,42	95,31
1,80	51,57	87,76	64,55	52,44	92,21
2,00	40,88	77,55	75,45	58,46	88,30
2,10	34,59	73,47	82,73	65,45	87,50

Avec une attitude plus tolérante, on désire repérer seulement les établissements très négligés. Le seuil à favoriser est alors de 2,40 comme le confirment la figure VI.11 et le tableau VI.12. Quarante-huit pour cent des



**Figure VI.11** Courbe ROC pour la prédiction de la qualité de l'ensemble de la résidence (critère de soins inadéquats : cote > 3)

**Tableau VI.12** Validité prédictive de l'outil pour la qualité de l'ensemble de la résidence (critère de soins inadéquats : cote > 3)

Seuil	Val. prédite > seuil (%)	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	Valeurs prédictives (%)	
				Positive	Négative
2,40	24,53	88,24	83,10	38,46	98,33
2,45	22,01	76,47	84,51	37,14	96,77
2,50	18,24	64,71	87,32	37,93	95,38

milieux problématiques sont alors identifiés alors que 83% des résidences de qualité sont reconnues comme telles. Trente-huit pour cent des ressources d'hébergement obtenant une valeur prédite supérieure à 2,40 présentent

réellement au moins l'un des problèmes suivants : insalubrité, délabrement, malpropreté, aucune protection contre le cambriolage et/ou les accidents ou aucun aménagement assurant le confort et la mobilité des résidants. Enfin, 98% des établissements non retenus par l'outil de repérage sont véritablement des milieux non négligés.

La résidence utilisée dans l'exemple hypothétique obtient ici une valeur prédite de  $4,06 - 0,01*(80-84) - 0,88 - 0,34 - 0,24*0,58 + 0,90*0 - 0,11*(2,78-2,7) + 0,36*(2,78-2,7)^2 + 0,22*(2,78-2,7)^3 - 0,02*55,56 - 3,20*0*(2,78-2,7) - 2,85*0*(2,78-2,7)^2 = 1,62$ . Cette valeur est inférieure à 1,80 et à 2,40. En conséquence, aucune évaluation ne serait suggérée concernant l'aspect physique de cet établissement.

#### **VI.6.4 Soins physiques**

L'encadré VI.4 contient l'équation prédictive de la qualité des soins physiques. En accord avec les figures VI.12 et VI.13 ainsi que les tableaux VI.13 et VI.14, les seuils à retenir, lorsqu'on adopte une attitude sévère ou tolérante, sont de 1,80 et 2,05 respectivement. Le seuil de 1,80 démontre une sensibilité de 78%, une spécificité de 55% et des valeurs prédictives positive et négative de 53% et 79% lorsque comparé à un critère étalon sévère. De son côté, le seuil recommandé pour le repérage des milieux négligents procure de meilleurs résultats en ce qui concerne la sensibilité (86%), la spécificité (67%) et la valeur prédictive négative (98%). La valeur prédictive positive est plutôt faible à 20%. Traduisons ce résultat en nombre absolu. La prévalence de la négligence au

## Encadré VI.4 Équation prédictive de la qualité des soins physiques

Valeur prédite pour la qualité des soins physiques

= 2,39

- 0,43 si détient un permis du MSSS

+ 0,006\*(Taille de la résidence-32)

+ 0,33 si offre des soins infirmiers

- 0,17\*Nombre de collaborations

- 0,34 si responsable détient une formation en soins

- 0,19 si responsable détient une autre formation

- 0,95\*(Autonomie de la clientèle-2,7)

+ 0,38\*(Autonomie de la clientèle-2,7)<sup>2</sup>

- 0,04\*(Âge moyen de la clientèle-82)

+ 0,64\*(Autonomie clientèle-2,7) si détient un permis du MSSS

+ 0,68\*(Autonomie clientèle-2,7) si responsable a une formation en soins

+ 0,80\*(Autonomie clientèle-2,7) si responsable a une autre formation

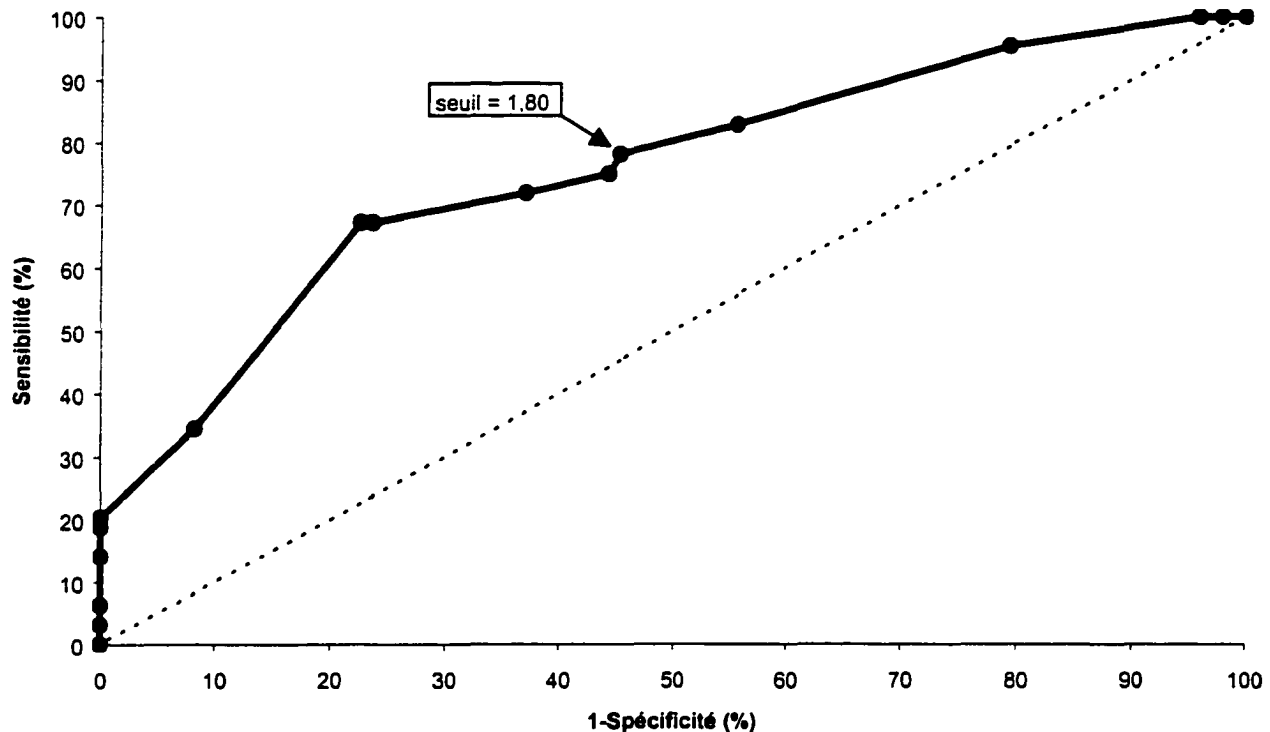
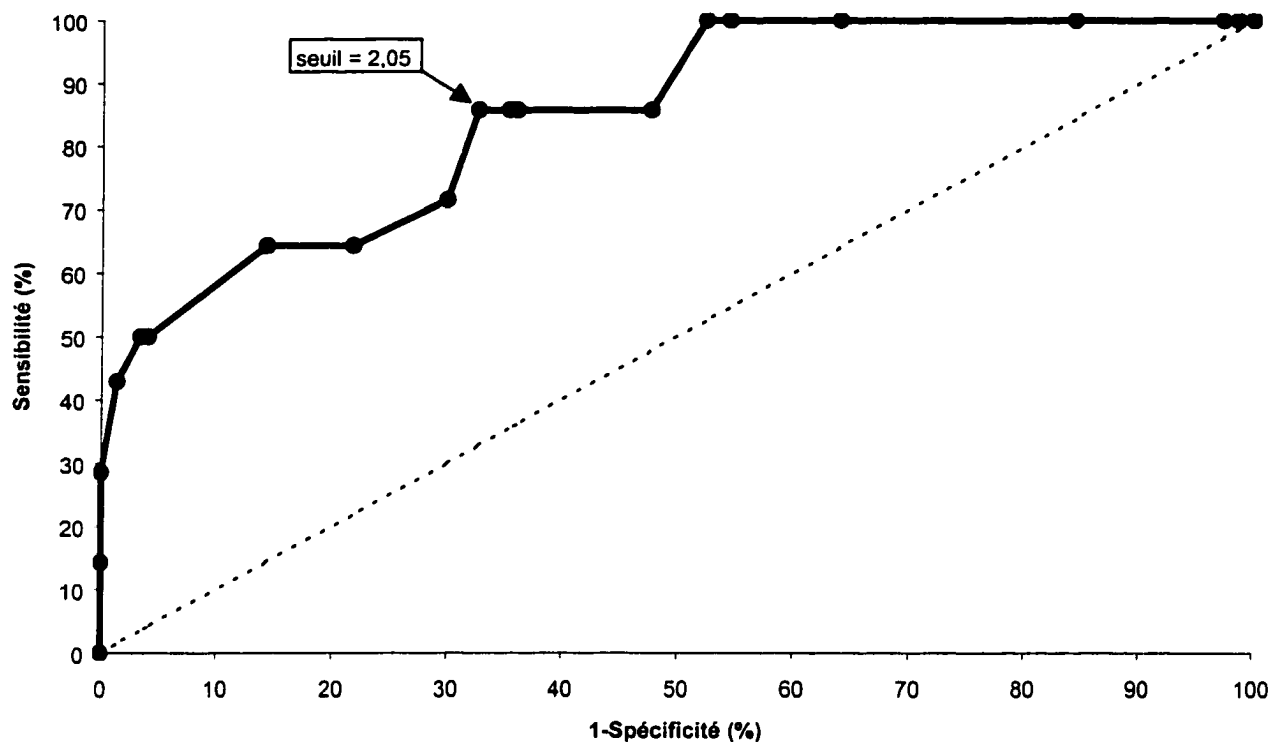


Figure VI.12 Courbe ROC pour la prédiction de la qualité des soins physiques (critère de soins inadéquats : cote > 2)



**Figure VI.13 Courbe ROC pour la prédiction de la qualité des soins physiques (critère de soins inadéquats : cote > 3)**

**Tableau VI.13 Validité prédictive de l'outil pour la qualité des soins physiques (critère de soins inadéquats : cote > 2)**

Seuil	Val. prédite > seuil (%)	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	Valeurs prédictives (%)	
				Positive	Négative
1,75	66,46	82,81	44,33	49,53	79,63
1,80	58,39	78,13	54,64	53,19	79,10
1,90	50,93	71,88	62,89	56,10	77,22
2,00	40,37	67,19	77,32	66,15	78,13

**Tableau VI.14 Validité prédictive de l'outil pour la qualité des soins physiques (critère de soins inadéquats : cote > 3)**

Seuil	Val. prédite > seuil (%)	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	Valeurs prédictives (%)	
				Positive	Négative
1,85	56,52	100,00	47,62	15,38	100,00
2,05	37,27	85,71	67,35	20,00	98,02
2,10	33,54	71,43	70,07	18,52	96,26
2,25	18,63	64,29	85,71	30,00	96,18

niveau des soins physiques étant de 9%, on désire repérer 14 des 161 résidences du territoire. L'outil suggère l'évaluation de 60 milieux, parmi lesquels 12 hébergent au moins un résidant qui est réellement victime de négligence.

Revenons à l'exemple hypothétique. La valeur prédite de la qualité des soins physiques est de  $2,39 - 0,43 + 0,006*(9-32) + 0,33 - 0,17*2 - 0,19 - 0,95*(2,78-2,7) + 0,38*(2,78-2,7)^2 - 0,04*(72-82) + 0,64*(2,78-2,7) + 0,80*(2,78-2,7) = 2,06$ . Cette fois, on obtient une valeur supérieure à 2,05 (et forcément à 1,80). Une évaluation plus approfondie de la qualité des soins physiques serait donc suggérée dans cette résidence, où on pourrait même identifier des situations de négligence envers certains résidants.

#### **VI.6.5 Maintien des soins de santé**

L'équation prédictive de la qualité du maintien des soins de santé est exposée à l'encadré VI.5. Un seuil de 1,50 (Cf. figure VI.14 et tableau VI.15) permet de repérer 96% des milieux jugés problématiques selon un niveau modéré de tolérance. Malheureusement, ceci nécessite l'évaluation de plusieurs faux positifs, la valeur prédictive positive étant assez faible à 34%.

Parallèlement, un seuil de 2,20 (Cf. figure VI.15 et tableau VI.16) permet de cibler l'ensemble des milieux négligents. Dans ce cas-ci, l'équation est très performante puisqu'il est suffisant d'évaluer 14 ressources d'hébergement pour repérer les 6 milieux négligents du territoire.



### Encadré VI.5 Équation prédictive de la qualité du maintien des soins de santé

Valeur prédite pour la qualité du maintien des soins de santé

= 1,45

- 0,43 si détient un permis du MSSS

- 0,33 si milieu francophone

+ 0,25 si responsable est une femme

- 0,19 si responsable détient une formation en soins

+ 0,10 si responsable détient une autre formation

+ 1,93\*(Ratio professionnel/employé)

- 0,61\*(Autonomie de la clientèle-2,7)

+ 0,62\*(Autonomie de la clientèle-2,7)<sup>2</sup>

- 0,02\*(Âge moyen de la clientèle-82)

+ 0,48\*(Autonomie clientèle-2,7) si responsable a une formation en soins

+ 0,65\*(Autonomie clientèle-2,7) si responsable a une autre formation

+ 3,67\*(Autonomie clientèle-2,7)\*Ratio professionnel/employé

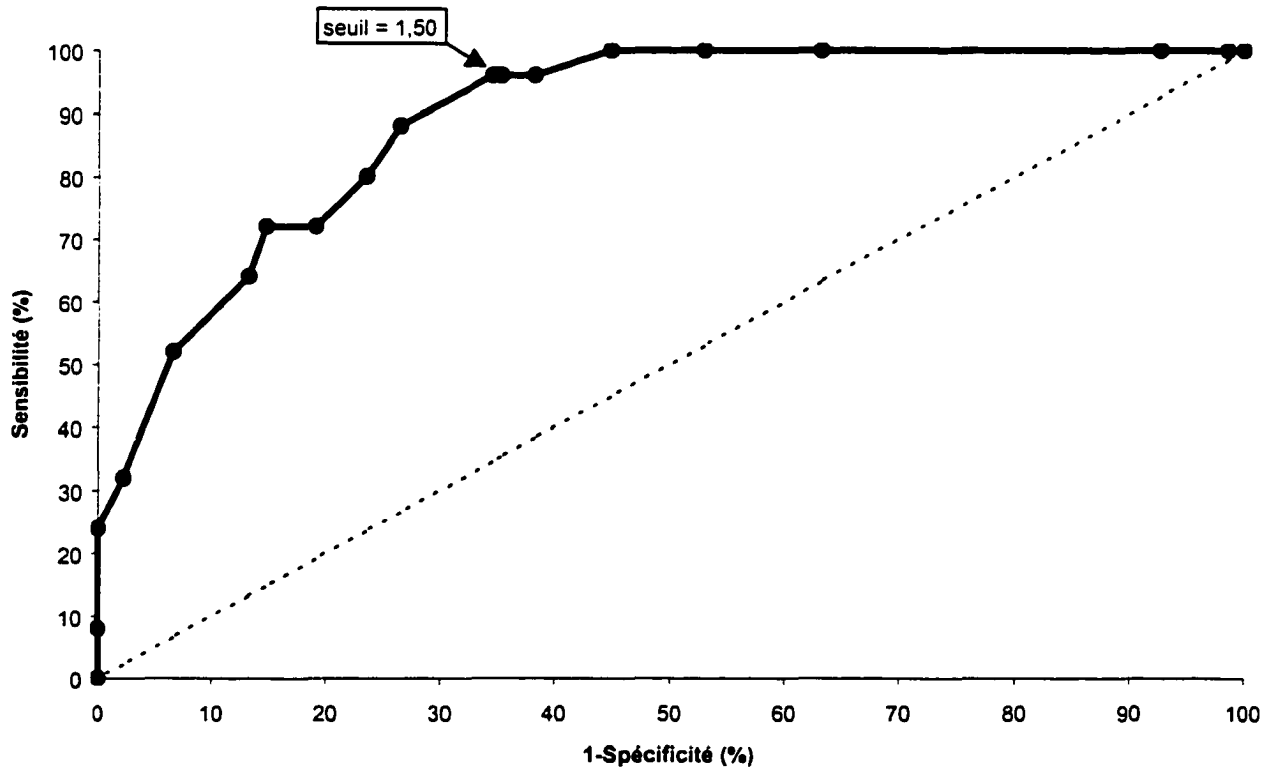
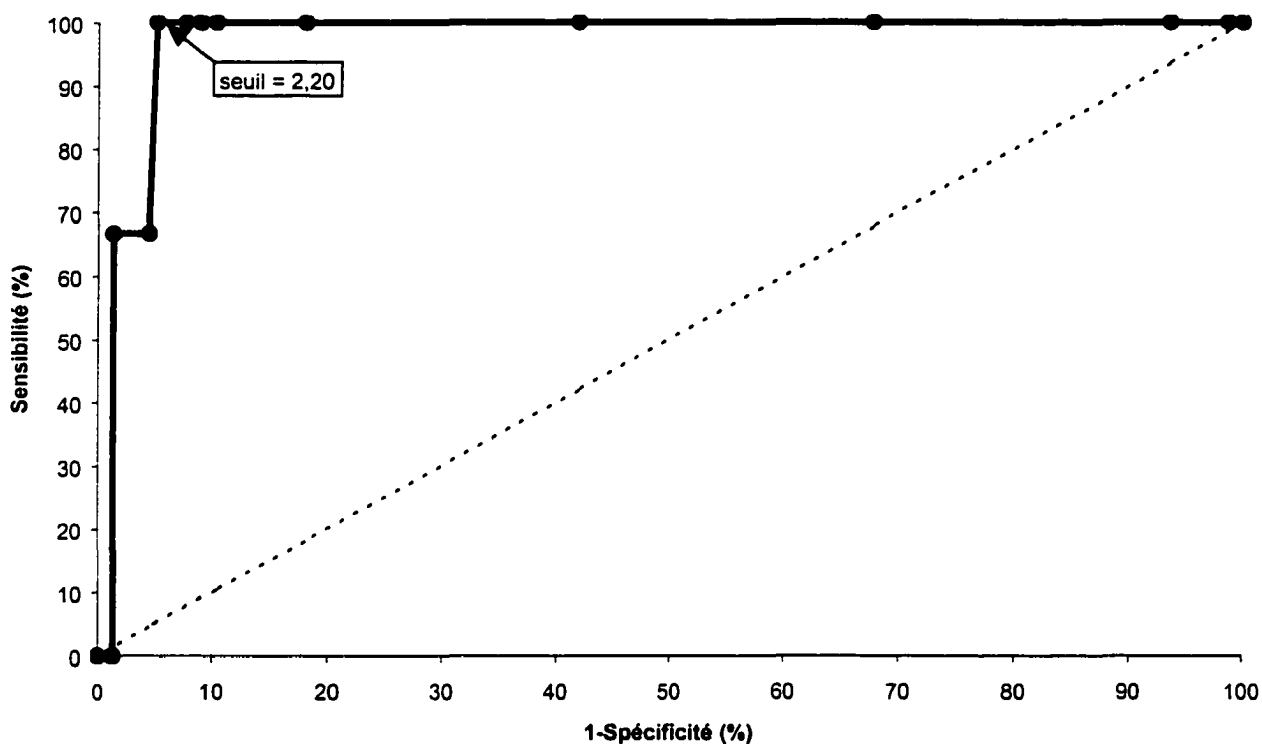


Figure VI.14 Courbe ROC pour la prédiction de la qualité du maintien des soins de santé (critère de soins inadéquats : cote > 2)

**Tableau VI.15 Validité prédictive de l'outil pour la qualité du maintien des soins de santé (critère de soins inadéquats : cote > 2)**

Seuil	Val. prédite > seuil (%)	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	Valeurs prédictives (%)	
				Positive	Négative
1,35	53,42	100,00	55,15	29,07	100,00
1,50	44,10	96,00	65,44	33,80	98,89
1,55	36,02	88,00	73,53	37,93	97,09
1,60	32,30	80,00	76,47	38,46	95,41
1,70	23,60	72,00	85,29	47,37	94,31



**Figure VI.15 Courbe ROC pour la prédiction de la qualité du maintien des soins de santé (critère de soins inadéquats : cote > 3)**

**Tableau VI.16 Validité prédictive de l'outil pour la qualité du maintien des soins de santé (critère de soins inadéquats : cote > 3)**

Seuil	Val. prédite > seuil (%)	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	Valeurs prédictives (%)	
				Positive	Négative
2,20	8,70	100,00	94,84	42,86	100,00
2,50	3,73	66,67	98,71	66,67	98,71

En appliquant l'équation prédictive à l'exemple hypothétique, on trouve une valeur de  $1,45 - 0,43 - 0,33 + 0,25 + 0,10 + 1,93*0 - 0,61*(2,78-2,7) + 0,62*(2,78-2,7)^2 - 0,02*(72-82) + 0,65*(2,78-2,7) + 3,67*(2,78-2,7)*0 = 1,25$ . Selon le niveau de tolérance adopté (modéré ou élevé), nous sommes confiants à 99% ou 100%, qu'aucune évaluation n'est nécessaire dans cet établissement en ce qui concerne le maintien des soins de santé.

#### **VI.6.6 Aspect psychosocial des soins**

L'encadré VI.6 révèle l'équation prédictive de la qualité de l'aspect psychosocial des soins. La courbe ROC obtenue pour un critère étalon associé à un niveau modéré de tolérance est dessinée à la figure VI.16. Le tableau VI.17 présente les paramètres associés aux seuils les plus performants. En retenant les établissements avec une valeur prédite supérieure à 1,95, 77% des résidences ne s'attardant pas assez à la dimension psychosociale des soins sont repérées. L'indice de spécificité signifie pour sa part que 53% des milieux véritablement non problématiques ne sont pas retenus suite à l'administration de l'outil. Enfin, 65% des ressources d'hébergement identifiées par l'outil sont

## Encadré VI.6 Équation prédictive de la qualité de l'aspect psychosocial des soins

Valeur prédite pour la qualité de l'aspect psychosocial des soins

= 2,43

- 0,21\*(Nombre de collaborations)
- 0,02 *si responsable détient une formation en soins*
- + 0,27 *si responsable détient une autre formation*
- + 0,26\*(Ratio professionnel/employé)
- 0,73\*(Autonomie de la clientèle-2,7)
- + 0,39\*(Autonomie de la clientèle-2,7)<sup>2</sup>
- 0,04\*(Âge moyen de la clientèle-82)
- + 0,19\*(Autonomie clientèle-2,7) *si responsable a une formation en soins*
- + 0,80\*(Autonomie clientèle-2,7) *si responsable a une autre formation*
- + 3,49\*(Autonomie clientèle-2,7)\*(Ratio professionnel/employé)

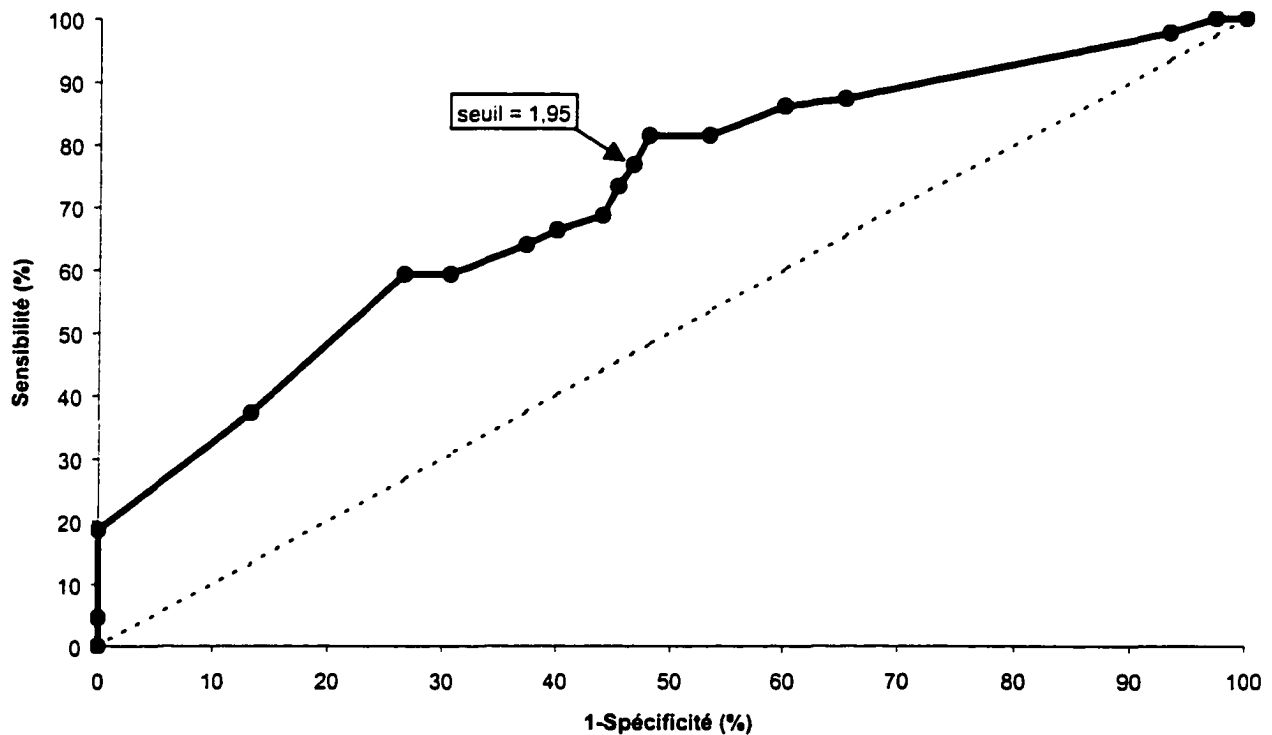


Figure VI.16 Courbe ROC pour la prédiction de la qualité de l'aspect psychosocial des soins (critère de soins inadéquats : cote > 2)

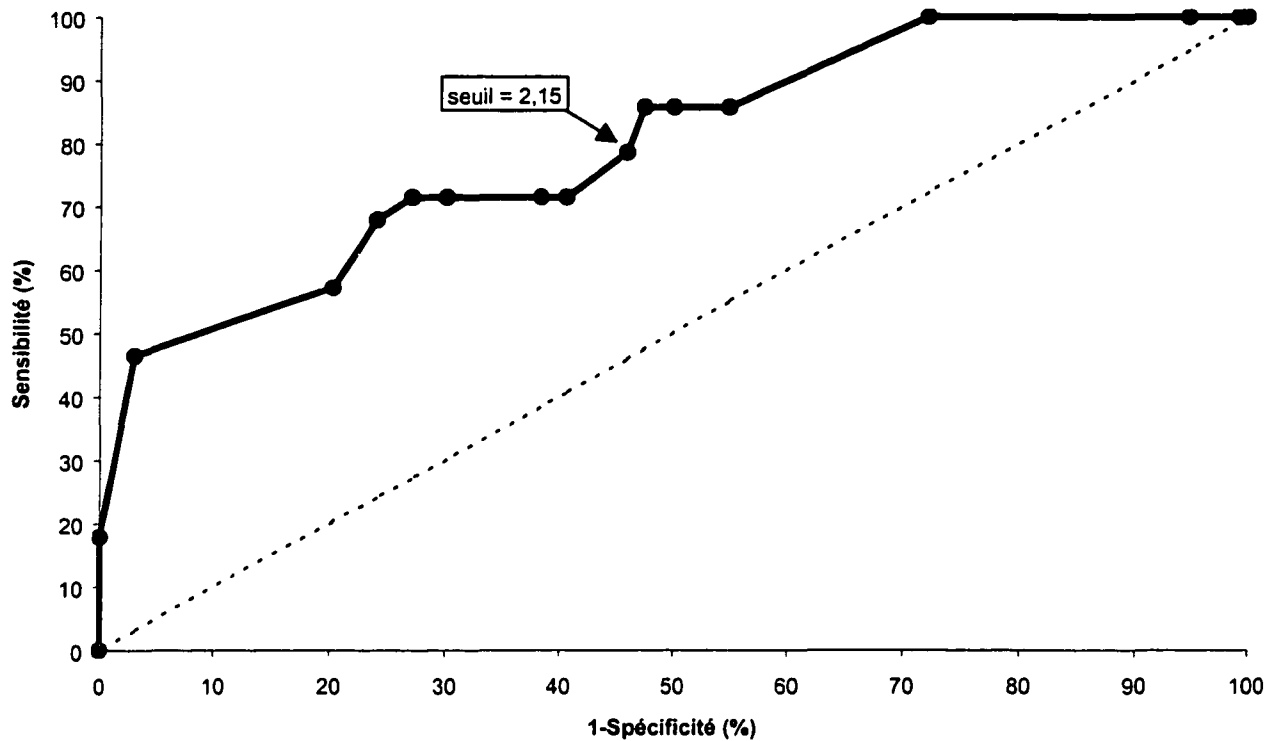
**Tableau VI.17 Validité prédictive de l'outil pour la qualité de l'aspect psychosocial des soins (critère de soins inadéquats : cote > 2)**

Seuil	Val. prédite > seuil (%)	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	Valeurs prédictives (%)	
				Positive	Négative
1,95	62,73	76,74	53,33	65,35	66,67
2,00	60,25	73,26	54,67	64,95	64,06
2,05	57,14	68,60	56,00	64,13	60,87
2,10	54,04	66,28	60,00	65,52	60,81
2,15	51,55	63,95	62,67	66,27	60,26

réellement problématiques, alors que 67% des établissements sur lesquels l'outil n'attire pas l'attention s'attardent véritablement à l'aspect psychosocial des soins.

Les mêmes renseignements pour un critère étalon plus tolérant font l'objet de la figure VI.17 ainsi que du tableau VI.18. Un seuil de 2,15 offre une sensibilité de 79%, une spécificité de 54% et des valeurs prédictives de 27% (positive) et 92% (négative) pour le repérage des résidences dans lesquelles l'aspect psychosocial des soins est négligé pour au moins un résident.

Si on reprend encore une fois l'exemple hypothétique, la valeur prédite de la qualité de l'aspect psychosocial des soins est de  $2,43 - 0,21 \cdot 2 + 0,27 + 0,26 \cdot 0 - 0,73 \cdot (2,78 - 2,7) + 0,39 \cdot (2,78 - 2,7)^2 - 0,04 \cdot (72 - 82) + 0,80 \cdot (2,78 - 2,7) + 3,49 \cdot (2,78 - 2,7) \cdot 0 = 2,69$ . Cette valeur est supérieure à 2,15 (et nécessairement à 1,95). Une évaluation plus approfondie de la qualité de l'aspect psychosocial des soins serait donc suggérée dans cette résidence, où on pourrait même identifier des situations de négligence envers certains résidents.



**Figure VI.17 Courbe ROC pour la prédiction de la qualité de l'aspect psychosocial des soins (critère de soins inadéquats : cote > 3)**

**Tableau VI.18 Validité prédictive de l'outil pour la qualité de l'aspect psychosocial des soins (critère de soins inadéquats : cote > 3)**

Seuil	Val. prédite > seuil (%)	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	Valeurs prédictives (%)	
				Positive	Négative
2,10	54,04	85,71	52,63	27,59	94,59
2,15	51,55	78,57	54,14	26,51	92,31
2,40	34,78	71,43	72,93	35,71	92,38
2,45	31,68	67,86	75,94	37,25	91,82

### VI.6.7 Respect des droits

L'équation prédictive de la qualité du respect des droits est présentée à l'encadré VI.7. En accord avec les figures VI.18 et VI.19 ainsi que les tableaux VI.19 et VI.20, les seuils à retenir, lorsqu'on adopte une attitude sévère ou tolérante, sont de 1,60 et 1,80 respectivement. Le seuil de 1,60 démontre une sensibilité de 83%, une spécificité de 73% et des valeurs prédictives positive et négative de 34% et 96% lorsque comparé à un critère étalon sévère. De son côté, le seuil recommandé pour le repérage des milieux négligents procure de très bons résultats en ce qui concerne la sensibilité (100%), la spécificité (87%) et la valeur prédictive négative (100%). La valeur prédictive positive est plutôt faible à 17%. En nombre absolu, la prévalence de la négligence au niveau du respect des droits est de 2,4%. On désire donc repérer 4 des 161 résidences du territoire. L'outil suggère l'évaluation de 24 milieux, parmi lesquels on retrouve les 4 qui hébergent au moins un résident réellement victime de négligence.

#### Encadré VI.7 Équation prédictive de la qualité du respect des droits

Valeur prédite pour la qualité du respect des droits

= 1,79

+ 0,003\*(Taille de la résidence-32)

- 0,15 *si dispose d'un système de sécurité d'entrée*

- 0,09\*Nombre de collaborations

- 0,26 *si responsable détient une formation en soins*

+ 0,04 *si responsable détient une autre formation*

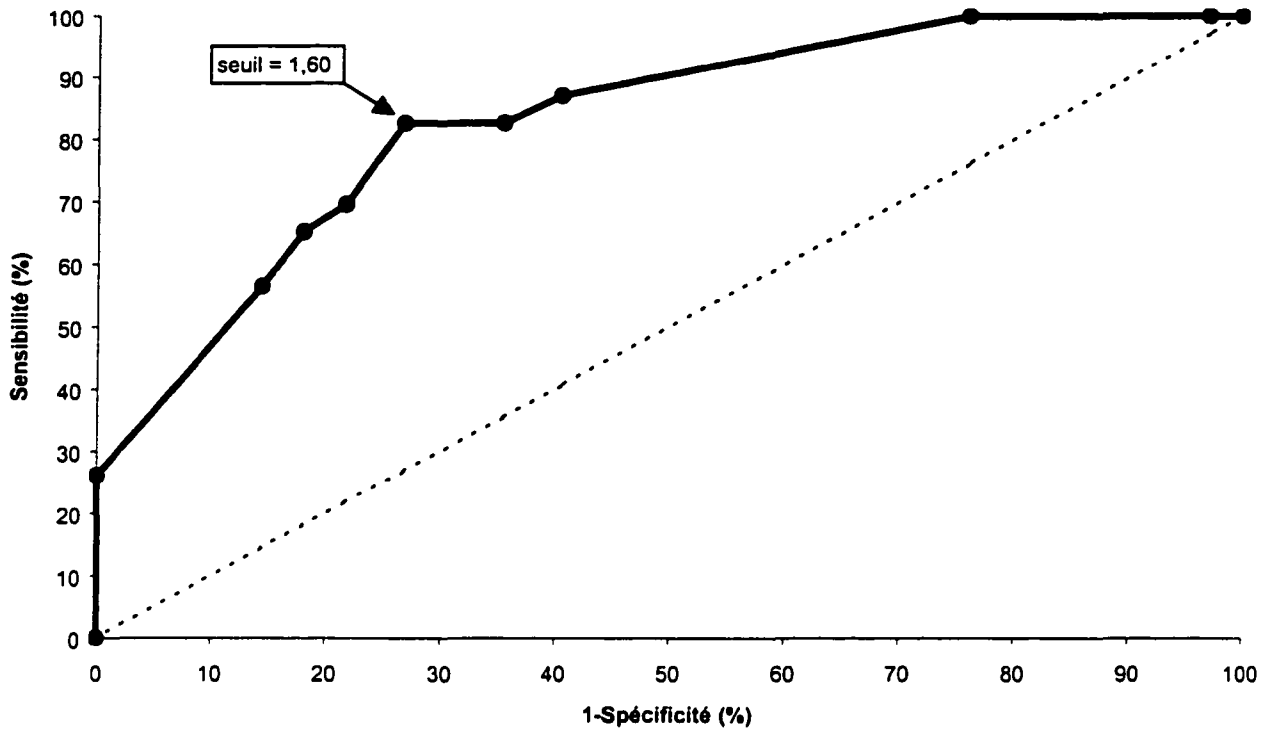
+ 0,30\*Ratio professionnel/employé

- 0,34\*(Autonomie de la clientèle-2,7)

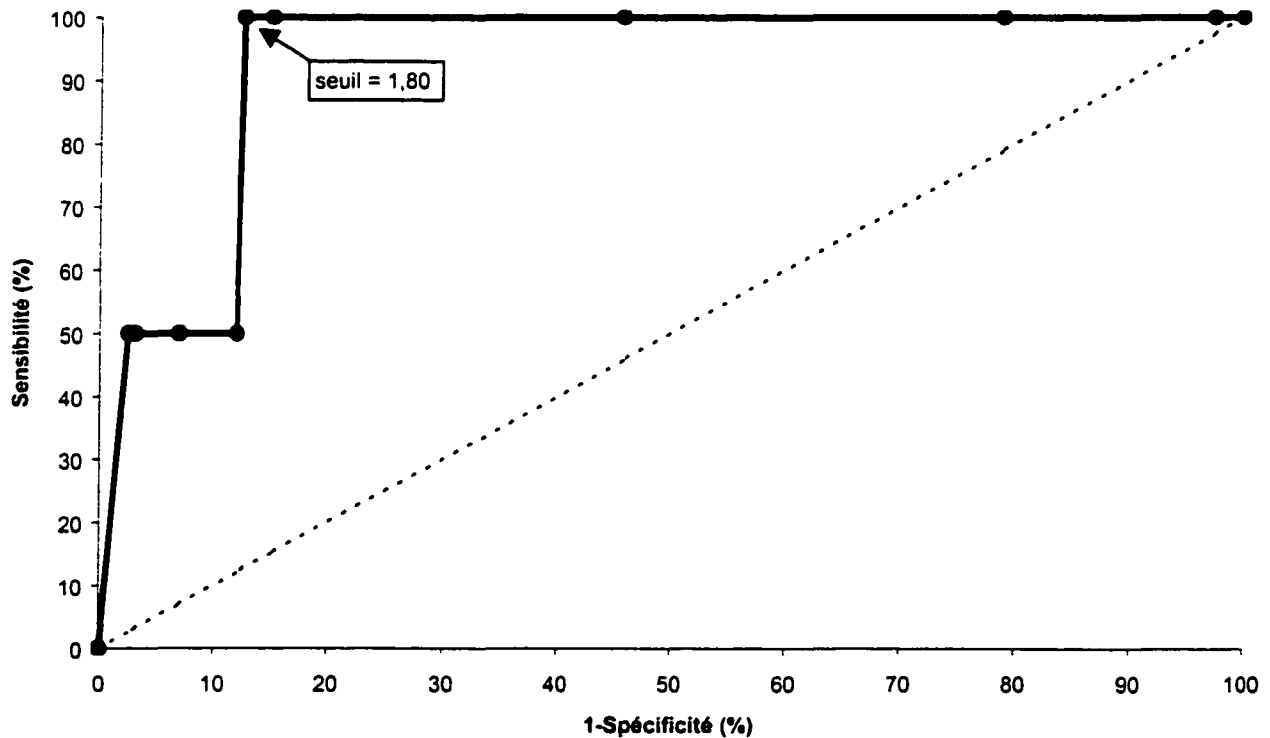
+ 0,15\*(Autonomie de la clientèle-2,7)<sup>2</sup>

- 0,02\*(Âge moyen de la clientèle-82)

+ 1,74\*(Autonomie clientèle-2,7)\*(Ratio professionnel/employé)



**Figure VI.18 Courbe ROC pour la prédiction de la qualité du respect des droits (critère de soins inadéquats : cote > 2)**



**Figure VI.19 Courbe ROC pour la prédiction de la qualité du respect des droits (critère de soins inadéquats : cote > 3)**



**Tableau VI.19 Validité prédictive de l'outil pour la qualité du respect des droits (critère de soins inadéquats : cote > 2)**

Seuil	Val. prédite > seuil (%)	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	Valeurs prédictives (%)	
				Positive	Négative
1,50	47,20	86,96	59,42	26,32	96,47
1,60	34,78	82,61	73,19	33,93	96,19
1,65	28,57	69,57	78,26	34,78	93,91
1,70	24,84	65,22	81,88	37,50	93,39

**Tableau VI.20 Validité prédictive de l'outil pour la qualité du respect des droits (critère de soins inadéquats : cote > 3)**

Seuil	Val. prédite > seuil (%)	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	Valeurs prédictives (%)	
				Positive	Négative
1,80	14,91	100,00	87,26	16,67	100,00
2,00	3,73	50,00	97,45	33,33	98,71

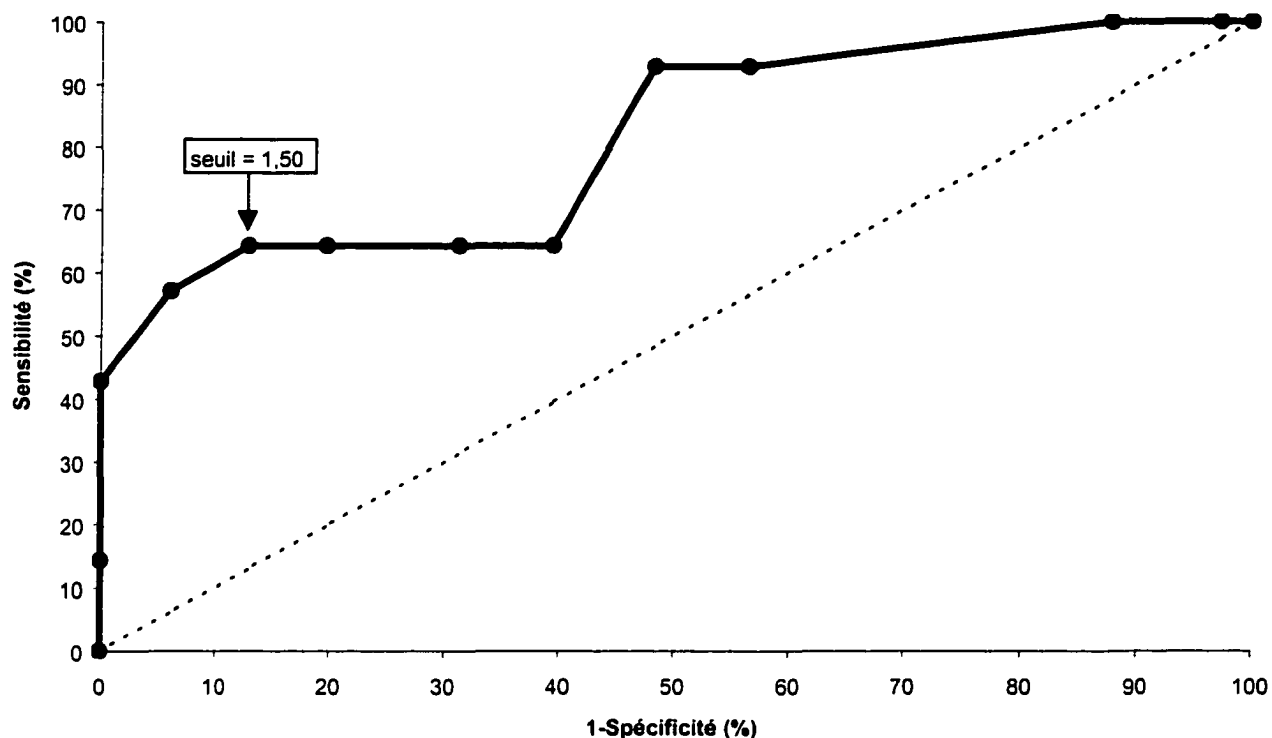
En appliquant l'équation prédictive à l'exemple hypothétique, on trouve cette fois une valeur de  $1,79 + 0,003*(9-32) - 0,09*2 + 0,04 + 0,30*0 - 0,34*(2,78-2,7) + 0,15*(2,78-2,7)^2 - 0,02*(72-82) + 1,74*(2,78-2,7)*0 = 1,75$ . Cette valeur étant supérieure à 1,60, une évaluation plus poussée de l'établissement serait suggérée puisqu'il est possible que les droits d'au moins un des résidents ne soient pas respectés. La valeur prédite étant cependant inférieure à 1,80, il ne s'agit toutefois probablement pas d'une situation de négligence.

### VI.6.8 Situation financière

L'équation prédictive de la qualité de la situation financière figure à l'encadré VI.8. Selon nos exigences, le seuil à retenir pour l'identification des milieux problématiques serait 1,30 puisqu'il entraîne une sensibilité supérieure à 75% (Cf. figure VI.20 et tableau VI.21). L'utilisation de ce seuil obligerait cependant l'évaluation de plus de la moitié des milieux d'hébergement sachant que 85% d'entre eux sont des faux positifs. En nombre absolu, on parle d'évaluer 84 des 161 résidences alors qu'un problème au niveau de la situation financière prévaut dans seulement 13 de ces 84 milieux. Malgré la perte considérable au niveau de la sensibilité, le choix d'un seuil à 1,50 est beaucoup plus sensé. Fait à noter, la faible prévalence du phénomène d'abus financiers fait en sorte que la diminution de sensibilité se traduit en la perte de seulement 4 cas problématiques.

#### Encadré VI.8 Équation prédictive de la qualité de la situation financière

Valeur prédite pour la qualité de la situation financière
= 1,12
- 0,43 <i>si détient un permis du MSSS</i>
- 0,004*(Taille de la résidence-32)
+ 0,00005*(Taille de la résidence-32) <sup>2</sup>
+ 0,20 <i>si offre des soins infirmiers</i>
- 0,26 <i>si responsable détient une formation en soins</i>
- 0,06 <i>si responsable détient une autre formation</i>
+ 0,93*(Ratio professionnel/employé)
- 0,44*(Autonomie de la clientèle-2,7)
+ 0,40*(Autonomie de la clientèle-2,7) <sup>2</sup>
+ 0,40*(Autonomie de la clientèle-2,7) <sup>3</sup>
- 0,02*(Âge moyen de la clientèle-82)

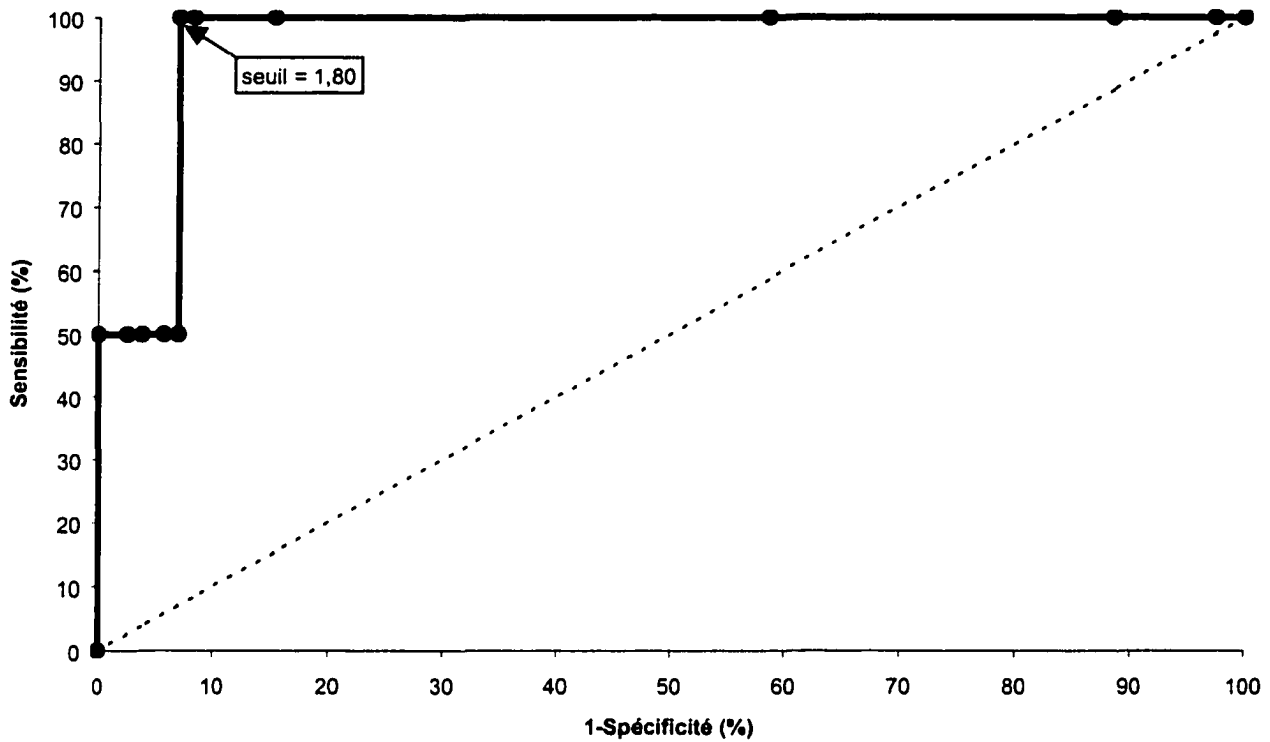


**Figure VI.20 Courbe ROC pour la prédiction de la qualité de la situation financière (critère de soins inadéquats : cote > 2)**

**Tableau VI.21 Validité prédictive de l'outil pour la qualité de la situation financière (critère de soins inadéquats : cote > 2)**

Seuil	Val. prédite > seuil (%)	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	Valeurs prédictives (%)	
				Positive	Négative
1,30	52,17	92,86	51,70	15,48	98,70
1,50	17,39	64,29	87,07	32,14	96,24
1,75	10,56	57,14	93,88	47,06	95,83

La figure VI.21 et le tableau VI.22 montrent qu'un seuil de 1,80 permet de cibler l'ensemble des milieux négligents avec une spécificité de 93%. Nous sommes encore une fois en présence d'une équation assez performante puisqu'il est suffisant d'évaluer 15 ressources d'hébergement pour repérer les 4 milieux négligents du territoire.



**Figure VI.21** Courbe ROC pour la prédiction de la qualité de la situation financière (critère de soins inadéquats : cote > 3)

**Tableau VI.22** Validité prédictive de l'outil pour la qualité de la situation financière (critère de soins inadéquats : cote > 3)

Seuil	Val. prédite > seuil (%)	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	Valeurs prédictives (%)	
				Positive	Négative
1,80	9,32	100,00	92,99	26,67	100,00
2,25	1,24	50,00	100,00	100,00	98,74

Reprenons une dernière fois l'exemple hypothétique. La valeur prédite pour la qualité de la situation financière est de  $1,12 - 0,43 - 0,004*(9-32) + 0,00005*(9-32)^2 + 0,20 - 0,06 + 0,93*0 - 0,44*(2,78-2,7) + 0,40*(2,78-2,7)^2 + 0,40*(2,78-2,7)^3 - 0,02*(72-82) = 1,12$ . Selon le niveau de tolérance adopté

(modéré ou élevé), nous sommes confiants à 96% ou 100%, qu'aucune évaluation n'est nécessaire dans cet établissement en ce qui concerne la situation financière.

Le tableau VI.23 offre, en terminant, un résumé des seuils à utiliser avec chacune des équations prédictives de la qualité des soins, en fonction du niveau de tolérance adopté. La sensibilité, la spécificité ainsi que les valeurs prédictives positive et négative sont également rappelées dans chacun des cas. Selon l'aspect de la qualité considéré et le niveau de tolérance, entre 9% et 63% des ressources d'hébergement devront être évaluées suite au repérage. Ceci assure dans presque tous les cas l'identification d'au moins trois milieux problématiques sur quatre.

Au chapitre suivant, nous discutons des forces et des faiblesses de l'étude, de même que de l'ensemble des résultats obtenus.

**Tableau VI.23 Validité prédictive de l'outil de repérage – résumé**

Échelle	Niveau de tolérance ‡	Prévalence	Seuil de la valeur prédite	Positifs	Sensibilité	Spécificité	Valeurs prédictives	
							Positive	Négative
Globale	Modéré	25,3%	1,70	48%	85%	65%	45%	93%
	Élevé	7,3%	2,30	12%	75%	93%	45%	98%
Espace réservé à la pers. âgée	Modéré	40,9%	1,95	53%	78%	64%	60%	81%
	Élevé	15,9%	2,10	40%	88%	70%	37%	97%
Ensemble de la résidence	Modéré	30,5%	1,80	52%	88%	65%	52%	92%
	Élevé	10,8%	2,40	25%	88%	83%	38%	98%
Soins physiques	Modéré	40,0%	1,80	58%	78%	55%	53%	79%
	Élevé	9,0%	2,05	37%	86%	67%	20%	98%
Maintien des soins de santé	Modéré	15,6%	1,50	44%	96%	65%	34%	99%
	Élevé	3,6%	2,20	9%	100%	95%	43%	100%
Aspect psychosocial des soins	Modéré	53,6%	1,95	63%	77%	53%	65%	67%
	Élevé	17,1%	2,15	52%	79%	54%	27%	92%
Respect des droits	Modéré	14,0%	1,60	35%	83%	73%	34%	96%
	Élevé	2,4%	1,80	15%	100%	87%	17%	100%
Situation financière	Modéré	8,9%	1,50	17%	64%	87%	32%	96%
	Élevé	2,7%	1,80	9%	100%	93%	27%	100%

‡ À un niveau de tolérance modéré (élevé), on juge problématique toute résidence ayant obtenu une cote supérieure à 2 (3) lors de l'évaluation

## **VII DISCUSSION**

Les objectifs principaux de cette étude étaient l'identification des facteurs associés à la qualité des soins et l'élaboration d'un outil de repérage des ressources d'hébergement dispensant des soins inadéquats à leur clientèle âgée en perte d'autonomie. Pour ce faire, nous avons utilisé les données d'une étude comparative de la qualité des soins dispensés par les résidences avec et sans permis. La discussion des résultats est divisée en trois sections. La première réfère aux aspects méthodologiques de l'étude comparative puisque ces derniers ont des répercussions sur la présente recherche. Ensuite, l'étude des facteurs reliés est commentée. La dernière section discute de l'outil de repérage proposé ainsi que de sa validité prédictive. Une solution susceptible d'améliorer sa performance est ensuite recherchée et finalement, une réflexion est faite pour déterminer la façon optimale d'utiliser l'outil.

### **VII.1 Aspects méthodologiques**

Les établissements ainsi que leurs résidents ont été choisis aléatoirement. Quoiqu'un biais de sélection soit toujours possible, l'échantillonnage aléatoire est l'approche scientifique la plus rigoureuse et conduit théoriquement à une meilleure représentativité de la population ciblée. De plus, cette méthode d'échantillonnage probabiliste mène à une erreur d'échantillonnage généralement inférieure à celle résultant d'un échantillon non probabiliste, et cette erreur peut se mesurer.

Ce plan de sondage exigeait toutefois que le recrutement des ressources d'hébergement se fasse par l'intermédiaire d'une base de sondage exhaustive. Dans le cas des résidences pour personnes âgées détentrices d'un permis du MSSS, l'obtention d'une telle liste ne posait pas problème. Toutefois, les ressources d'hébergement sans permis ne font partie d'aucun réseau formel. Heureusement, l'inventaire de ces milieux, dressé en 1994 par la Régie Régionale de l'Estrie, était disponible. Cette liste a toutefois dû être mise à jour par notre équipe en début d'étude afin de tenir compte de l'ouverture ou de la fermeture récente de certaines résidences. La quantité et la qualité des efforts déployés pour la mise à jour de l'inventaire permettent cependant d'avoir confiance en sa couverture et en l'absence des biais de sélection qu'aurait entraîné une base de sondage incomplète.

Tous les efforts ont été mis en œuvre afin d'obtenir la confiance des responsables et les sensibiliser à l'importance de leur collaboration. Ces efforts ont porté fruit et se sont traduits par une participation volontaire et enthousiaste de tous les milieux approchés. Tout en contredisant l'idée voulant que les milieux sans permis soient impénétrables, ce taux de réponse de 100% confère une excellente validité externe à l'étude.

L'évaluation de la qualité des soins devait passer par le recrutement de personnes âgées hébergées par chacune des résidences. Encore une fois, la participation de 96% des résidents approchés, combinée à la comparabilité des participants et des non-participants, est l'une des forces de l'étude.



Les résidences et les personnes âgées recrutées sont donc représentatives de la réalité estrienne et les résultats de la présente étude peuvent être généralisés à l'ensemble du territoire de l'Estrie. Toutefois, les ressources d'hébergement de l'Estrie sont-elles représentatives des résidences pour personnes âgées en général ? Est-il permis d'exporter les résultats de cette étude à l'extérieur du territoire des Cantons de l'Est ? D'un point de vue scientifique, cette question reste sans réponse. Seule une étude de validation pan-qubécoise ou pan-canadienne permettrait de vérifier si l'outil de repérage construit à partir des données recueillies dans la région estrienne est également valide dans les autres régions du Québec ou du Canada. Dans l'attente d'une telle étude, nous plaidons en faveur de la généralisation de nos résultats, du moins dans les régions comparables à la nôtre sur le plan démographique et socio-économique. Nous admettrons toutefois que la faible diversité ethnique de l'Estrie limite le droit d'étendre les conclusions à des territoires fortement multi-ethniques. Il serait pertinent et opportun d'entreprendre une étude de validation de l'outil dans de telles régions.

La mesure des variables dépendantes est une autre force de l'étude. Parce que les résidences pour personnes âgées ressemblent davantage à des milieux de vie qu'à des établissements de santé, l'évaluation de la qualité des soins offerts doit déborder le cadre médical traditionnel et englober l'ensemble des dimensions qui déterminent la qualité de vie du résidant. Il était donc essentiel de prendre en considération, non seulement l'aspect technique des

soins, mais également les caractéristiques du milieu de vie, la qualité des relations interpersonnelles et le respect des valeurs et des droits de la personne âgée. La *Grille d'évaluation de la qualité des soins* satisfait ces exigences. De plus, quoique la *Grille* n'ait pas été conçue avec cet objectif spécifique, elle mesure la qualité sous chacune de ses trois perspectives (structure, processus et résultats) et correspond ainsi à ce que Donabedian (1966; 1969; 1980; 1982) qualifie d'évaluation optimale de la qualité.

La version originale de la *Grille* a fait l'objet d'une validation exhaustive et rigoureuse (Phillips et al., 1990b). L'instrument a ensuite été traduit, adapté et validé sur le territoire estrien (Bravo et al., 1995). Dans un cas comme dans l'autre, on rapporte les excellentes qualités métrologiques de l'instrument, notamment au niveau de la cohérence interne ainsi que de la validité de critère et de construit. Toutefois, comme les cotes reposent sur des jugements, l'échelle est sujette à une faible fidélité inter-observateur. Pour pallier ce problème, une formation poussée a été donnée aux évaluatrices en début de projet. De plus, chacune a effectué le même nombre d'entrevues dans chaque strate du plan de sondage. Notons également que dans la majorité des cas, le désaccord entre deux évaluatrices est dans l'attribution d'une cote « 1 » ou « 2 » ou dans celle d'une cote « 4 » ou « 5 ». Ainsi, pour la présente recherche, cette source d'erreur n'a pu affecter le sens des relations mais peut avoir résulté en une atténuation de celles-ci, c'est-à-dire en une baisse du pouvoir explicatif des modèles développés.

Afin de minimiser le nombre d'items manquants, l'évaluation de la qualité des soins s'est faite en deux visites, tel que recommandé. Suite à la première rencontre, l'évaluatrice pouvait noter les items qu'elle n'avait pas eu l'occasion d'observer. Elle pouvait alors les mémoriser et y porter une attention particulière lors de la deuxième rencontre et ainsi compléter l'évaluation. L'une des visites se déroulait en l'absence de tout employé du milieu, permettant ainsi au résidant de témoigner plus librement de ses conditions de vie.

Tel qu'attendu, cette approche a résulté en une quantité négligeable de données manquantes. Les items furent tous observés chez 255 (85%) personnes âgées. Seulement un ou deux items sont manquants chez 43 (14%) résidants. En ce qui concerne les trois autres sujets, l'évaluatrice fut incapable d'observer respectivement quatre, huit et douze items. La majorité des données manquantes se retrouvent à deux items de la sous-échelle évaluant l'aspect psychosocial des soins. L'un concerne les mesures prises pour permettre à la personne âgée d'assumer des rôles utilitaires (non observé chez 10 sujets). L'autre touche les marques d'appréciation reçues par le résidant pour ses réalisations passées, son expérience et son savoir-faire (non observé chez 16 sujets). Il n'est pas surprenant que de tels aspects de la qualité soient difficilement observables en seulement quatre heures de visite avec le résidant.

## **VII.2 Étude des facteurs reliés à la qualité des soins**

Les données recueillies dans le cadre de l'étude comparative ont ensuite été utilisées afin d'identifier les caractéristiques des résidences associées à la

qualité des soins. L'échantillon disponible était composé de 88 ressources d'hébergement pour personnes âgées. Ceci correspond à plus de la moitié de la population visée qui est composée de 161 résidences. Comme de cinq à dix observations par variable sont recommandées pour l'étude de modèles multivariés (Kleinbaum et al., 1988), nous avons confiance en la fidélité de nos estimés ainsi qu'en la stabilité de nos modèles qui n'ont jamais plus de 15 degrés de liberté.

Le but ultime des intervenants n'est pas d'améliorer la qualité moyenne des soins dispensés par les établissements pour aînés mais bien d'éliminer les cas de soins inadéquats. Notre choix de définir la cote de qualité d'une résidence comme étant la pire cote obtenue par l'un de ses résidants s'avérait donc le meilleur choix possible. Insistons toutefois pour mentionner que la cote ainsi attribuée à chacune des ressources d'hébergement ne se veut pas un blâme à leur endroit. Les milieux ne sont pas nécessairement responsables des soins inadéquats prodigués à l'un de leurs résidants. Prenons l'exemple d'une résidence qui, consciente du fait qu'elle est incapable de rencontrer les besoins de Madame X, suggère son transfert vers un autre établissement. Si ce transfert est refusé ou si Madame X s'oppose à quitter son milieu, le blâme ne peut être imputé à la résidence. Les personnes âgées étant cependant à la base de nos préoccupations, il s'avère important de repérer le milieu hébergeant Madame X afin de tenter de corriger sa situation, quel qu'en soit le responsable.

La présente étude aura permis d'explorer la relation entre la qualité des soins et plusieurs caractéristiques de l'établissement, du responsable, des employés et de la clientèle. La majorité des facteurs rencontrés lors de la recension des écrits furent étudiés. En effet, seuls les facteurs non pertinents à notre contexte socio-sanitaire ou non appropriés à un outil de repérage furent mis de côté.

Nous avons déjà mentionné que toutes les variables se rapportant aux programmes Medicaid ou Medicare ne sont pas pertinentes au Québec. De plus, contrairement à ce qui se produit aux États-Unis, ici une personne âgée admise en résidence d'hébergement passe habituellement le reste de sa vie en institution. Ceci rend la variable « durée moyenne de séjour » tout à fait inutile. Le nombre de sujets sur la liste d'attente est également sans intérêt puisqu'il existe une seule liste d'attente pour l'ensemble des résidences détentrices d'un permis. Un dernier exemple de variable non pertinente est l'affiliation universitaire, la présence d'étudiants stagiaires ou les activités de recherche puisque, dans notre région, un nombre marginal de ressources d'hébergement sont concernées par ce genre d'activités.

D'autres facteurs identifiés par la recension des écrits n'ont pas été retenus puisqu'ils étaient non appropriés à un outil de repérage car trop difficile à mesurer. C'est entre autres le cas des heures travaillées par le personnel, des dépenses engendrées par le milieu et de nombreuses caractéristiques spécifiques au personnel (ex. : éducation, expérience ou épuisement

professionnel de chaque employé) et aux résidants (ex. : facilité de motivation, agressivité, etc.).

En plus des facteurs suggérés par la recension des écrits, la présente étude observe la relation entre la qualité des soins et certains facteurs jusqu'ici jamais rapportés comme déterminants de la qualité des soins. Mentionnons entre autres le milieu culturel, le type dominant d'occupation, les installations physiques et l'offre de certains services.

Lorsqu'ils sont étudiés en relation bivariée, tous les facteurs sont significativement reliés à la qualité globale des soins ou à l'une de ses sous-dimensions (Cf. tableau VI.4). L'utilisation de modèles multivariés permet cependant d'observer que les facteurs ayant un effet spécifique sur la qualité globale ou l'une de ses sous-dimensions sont beaucoup moins nombreux. Ces derniers ont été présentés au tableau VI.6 et des hypothèses ont été avancées pour tenter d'expliquer le sens de leur relation avec la qualité des soins.

Plusieurs facteurs non étudiés jusqu'à maintenant paraissent avoir un effet spécifique sur la qualité des soins, soit globalement, soit à l'une de ses sous-dimensions. En effet, un milieu culturel anglophone semble être un facteur de risque de soins de moins bonne qualité. Il en est de même pour le fait de ne pas posséder de système de sécurité d'entrée et de ne pas offrir de service d'animation et de loisirs. Les soins s'avèrent de meilleure qualité dans les ressources d'hébergement qui ne dispensent pas de soins infirmiers puisqu'elles

confient probablement cette tâche à un organisme externe tel un CLSC ou un CHSLD. Enfin, on observe curieusement une moins bonne qualité globale des soins lorsque le responsable a de l'expérience antérieure d'intervention auprès des aînés. Étant donné qu'aucun autre chercheur n'a examiné cette relation jusqu'à présent, il est impossible de savoir si celle-ci est spécifique à la présente étude ou si elle s'observerait également dans un autre échantillon.

La taille de la ressource d'hébergement a souvent été mise en relation avec la qualité des soins. Beaucoup d'auteurs se restreignent toutefois à évaluer la qualité des soins sous sa perspective de structure. Ils utilisent alors des indicateurs de la qualité tels que l'offre de certains services, la quantité et la qualité du personnel ainsi que les heures travaillées par ceux-ci. Nous avons toutefois choisi de ne pas traiter de telles variables comme des indicateurs de qualité mais plutôt comme des facteurs potentiellement reliés à celle-ci. Nos indicateurs de la qualité structurelle des soins se limitent donc à la propreté, au confort et à la sécurité de l'espace réservé à la personne âgée ainsi que de l'ensemble de la résidence. Seulement trois des études recensées ont utilisé de tels indicateurs de la qualité. Nyman (1988b), avec un échantillon de 247 résidences de l'Iowa et des analyses multivariées, rapporte des relations non significatives entre la taille de l'établissement et l'entretien de la résidence, l'entretien de la chambre et l'ameublement de cette dernière. Selon les analyses multivariées de Lemke et Moos (1986) basées sur un échantillon de 244 résidences situées surtout en Californie, plus un milieu est grand, plus haute est sa sécurité, alors que la taille n'a aucun effet sur le confort. Enfin, Ullmann

(1981) juge que les grands établissements présentent des caractéristiques physiques plus adéquates. Cette étude porte sur 494 résidences de New York et est limitée à des analyses bivariées. Nous n'observons pas de relation entre le nombre d'aînés hébergés et la qualité de l'ensemble de la résidence et nous sommes en désaccord avec Nyman lorsque nous affirmons que l'espace réservé à la personne âgée est plus adéquat dans les petites résidences.

Examinons maintenant les résultats que nous observons entre la taille des résidences et les autres sous-dimensions de la qualité des soins. Comparons-les à celles rapportées dans les écrits impliquant un échantillon d'au moins 80 établissements, utilisant des indicateurs de qualité semblables à ceux que nous avons employés et ayant eu recours à des techniques d'analyses multivariées. Le lien positif que nous avons observé entre la taille de la résidence et l'inadéquation des soins physiques confirme les propos de Aaronson et al. (1994) ainsi que de Zinn et al. (1993b) qui soutiennent que les grands établissements utilisent davantage les contentions et présentent plus d'escarres de decubitus. Les résidences de grande taille ne semblent cependant pas recourir davantage aux sondes urinaires selon Aaronson et al. (1994). L'étude de Nyman (1988b) corrobore nos résultats en ce qui concerne le maintien des soins de santé. Elle démontre que la taille des milieux n'est pas reliée à l'adéquation des plans de soins, des plans diététiques ainsi que des plans de médication. Lemke et Moos (1986) avancent que les petits milieux sont plus chaleureux, qu'il y a moins de conflits et que les relations des résidents entre eux et avec les employés sont meilleures. Dans notre étude, une relation non significative fut observée entre le



nombre de résidants et la qualité de l'aspect psychosocial des soins. Lemke et Moos (1986) rapportent enfin une relation non significative entre le nombre de personnes hébergées et la prise en considération de l'avis des résidants lors de décisions ou l'influence qu'ont ces derniers dans le milieu. En ce qui nous concerne, la qualité du respect des droits diminue avec l'augmentation de la taille du milieu.

En regard du taux d'occupation, nos conclusions sont semblables à ce qui est rapporté jusqu'à maintenant dans les écrits : il n'est pas relié à la qualité des soins lorsque celle-ci est prise sous sa perspective de processus ou de résultat. La relation positive que nous obtenons entre le taux d'occupation et la qualité des lieux physiques est encore une fois en contradiction avec les résultats de Nyman (1988b) qui conclut à une relation non significative. Il faut toutefois mentionner que l'étude de Nyman a été réalisée avec des établissements de soins aigus de l'Iowa et que la réalité de ces milieux est fort probablement différente de celle des ressources d'hébergement de l'Estrie. Les autres auteurs ayant utilisé des indicateurs de qualité que nous croyons inadéquats, nous ne comparerons pas leurs conclusions aux nôtres.

La détention d'un permis et le nombre de collaborations qu'entretient la ressource d'hébergement avec le réseau de la santé se voulaient nos mesures de contrôle externe. Nous avons observé que la non-détention d'un permis semble être un facteur de risque au niveau du maintien des soins de santé. De plus, le nombre de collaborations s'avère positivement relié à la qualité globale

des soins ainsi qu'à trois de ses sous-dimensions. Les quatre autres sous-dimensions de la qualité ne semblent pas affectées par le nombre de collaborations. Ceci est en accord avec l'ensemble des écrits qui soutiennent que le contrôle externe a un effet soit positif, soit nul, mais rarement négatif sur la qualité des soins.

Le sexe du responsable est une variable qui n'est pas rapportée dans les écrits recensés. Lindesay et Skea (1997) ont plutôt étudié le sexe des employés et suggèrent plus d'interactions entre les résidants et le personnel féminin. Quoique nous ayons travaillé avec le sexe du responsable plutôt que celui des employés, nous n'avons pas observé de relation au niveau de l'aspect psychosocial des soins. Seul le maintien des soins de santé semble de qualité moindre lorsque le responsable est féminin.

La formation du responsable est également une variable jusqu'à maintenant très peu mise en relation avec la qualité des soins. Pourtant, notre étude suggère que la relation entre la formation et la qualité est différentielle selon le niveau d'autonomie de la clientèle. Kosberg et Tobin (1972) jugent que la formation du propriétaire et de l'administrateur n'a aucun impact sur la qualité des soins. Cette étude a toutefois été réalisée il y a plus de 25 ans sur un échantillon de 214 résidences de Chicago. De plus, il est évident que lorsque le propriétaire ou l'administrateur n'est pas le responsable des soins, sa formation a peu d'impact sur ceux-ci.

Dans les écrits recensés, les auteurs rapportent que les ratios personnel/résidant et professionnel/employé sont peu reliés à la qualité des soins. Ce que nous observons toutefois est que la relation entre ces ratios et la qualité existe mais qu'elle est en fait différentielle selon le niveau d'autonomie de la clientèle.

Quoique nous fûmes étonnés d'observer que les soins étaient généralement de meilleure qualité lorsque la clientèle était plus âgée, des résultats similaires ont déjà été observés dans des études antérieures. Aaronson et al. (1994) et Zinn et al. (1993a et 1993b) rapportent notamment plus d'escarres de decubitus et une plus grande utilisation de sondes urinaires dans les résidences hébergeant une clientèle plus jeune. Enfin, Lemke et Moos (1986) constatent que le confort, la sécurité et l'harmonie sont plus fréquents dans les milieux accueillant des pensionnaires plus âgés.

Le pourcentage de femmes est une variable qui a déjà été étudiée par Lemke et Moos (1986) de même que Weissert et Scanlon (1976). On ne peut cependant pas tirer une conclusion claire de leurs écrits. Certaines variables sont reliées alors que d'autres ne le sont pas autant sous la perspective structure que sous l'aspect processus. L'absence de consensus à l'intérieur même de ces études rend donc impossible la comparaison de nos résultats avec les leurs.

Plusieurs chercheurs ont tenté de décrire la relation entre l'autonomie de la clientèle et la qualité des soins (Cf. tableau IV.9). Des relations positives,

négatives et non significatives ont toutes été observées. Nous comprenons maintenant que de telles contradictions sont dues au fait que l'autonomie n'est pas reliée de façon linéaire à la qualité des soins, mais que cette relation est plutôt cubique.

Une autre force de notre étude par rapport à celles déjà publiées est la présence d'interactions dans nos modèles. Jusqu'à maintenant, aucun chercheur n'a envisagé que la relation entre certaines variables et la qualité des soins pouvait être différentielle selon le niveau d'autonomie de la clientèle. La présente étude aura toutefois permis de montrer que la détention d'un permis, la formation du responsable, le ratio personnel/résidant et le ratio professionnel/employé sont toutes des variables qui ont cette particularité.

Une autre originalité de nos travaux est d'utiliser les équations prédictives de la qualité pour proposer un outil de repérage des résidences dispensant des soins inadéquats aux aînés.

### **VII.3 Outil de repérage**

L'outil proposé est un questionnaire de deux pages facile à remplir par n'importe quel intervenant du réseau de la santé suite à une conversation téléphonique avec le responsable de la résidence étudiée. Évidemment, les items nécessitant un dénombrement de résidants ou de personnel sont plus faciles à compléter de façon exacte dans les petites ressources d'hébergement.

Ces chiffres étant toutefois utilisés pour calculer des pourcentages ou des ratios, une petite erreur de dénombrement de la part des responsables de grands établissements aura un faible effet sur la valeur de ces index ainsi que sur les cotes prédites.

Globalement, ainsi que pour chacune des sous-dimensions de la qualité des soins, l'outil permet de classer chacune des résidences comme étant potentiellement de bonne qualité, problématique ou négligente. Cette classification, ainsi que la valeur prédite elle-même permettent de donner la priorité à certaines évaluations. Insistons à nouveau pour rappeler qu'un outil de repérage n'est pas un outil diagnostique et qu'une évaluation exhaustive des établissements repérés doit être effectuée avant de conclure qu'un milieu donné dispense des soins inadéquats.

Notre questionnaire possède toutes les qualités d'un bon outil de repérage puisqu'il est peu dispendieux, non menaçant, rapide et facile à administrer. Il semble également avoir une bonne validité prédictive. Notons toutefois que dans la présente étude, la performance de l'outil a été évaluée sur l'échantillon des résidences qui a servi à l'élaborer. Les paramètres de sensibilité, de spécificité et de valeurs prédictives sont donc surestimés. Il est essentiel d'étudier la validité prédictive de l'outil sur un échantillon indépendant de ressources d'hébergement avant de pouvoir révéler sa validité réelle. Nos résultats sont toutefois excellents et semblent suggérer une bonne validité prédictive de l'outil.

Nos résultats indiquent que globalement, ainsi que pour six des sept sous-dimensions de la qualité des soins, la sensibilité est d'au moins 75%. Elle est d'ailleurs supérieure à 85% dans plusieurs cas. Ceci assure l'identification d'un grand nombre de milieux problématiques ainsi qu'une faible quantité de faux négatifs. Mentionnons également que ces quelques faux négatifs ne sont pas totalement échappés puisque le système des plaintes existant peut permettre de les récupérer.

Le seul inconvénient majeur de l'instrument est la complexité des calculs qu'il exige. Pour contrer ce problème, l'outil pourrait plutôt être présenté sous la forme d'un programme informatique. Les intervenants pourraient entrer les données dans le système au fur et à mesure de leur conversation téléphonique. Le programme calculerait alors automatiquement les valeurs prédites et vérifierait si elles sont au-dessus des seuils de positivité. Tout en permettant d'éliminer les risques d'erreur de calcul des valeurs prédites, ce système fournirait, globalement ainsi que pour chacune des sous-dimensions de la qualité, les valeurs prédites ainsi que la classification de la résidence comme potentiellement bonne, problématique ou négligente.

### **VII.3.1 Peut-on améliorer la performance de l'outil ?**

La capacité de repérage du questionnaire est excellente compte tenu de la difficulté de circonscrire un construit aussi complexe que la qualité des soins. Néanmoins, les résultats imparfaits indiquent que d'autres facteurs, non pris en considération par l'outil, exercent une influence marquée sur la qualité des soins.

Le point de vue d'un résidant sélectionné au hasard sur la qualité des soins qu'il reçoit ne constituerait-il pas un complément pertinent aux variables de l'outil ? En effet, l'opinion d'une personne âgée ne serait-elle pas basée sur certains de ces facteurs non inclus dans le questionnaire ?

Les données disponibles permettaient d'explorer cette hypothèse. En effet, lors de la collecte des données auprès des personnes âgées, chacune était invitée à donner, sur une échelle de 1 à 5, sa propre appréciation du milieu de vie. Dans un deuxième temps, elle devait indiquer si elle recommanderait sa résidence à un parent ou à un ami. Puisque les résidants hésitent souvent à critiquer ceux qui les soignent (Pearson et al., 1993; Davies & Ware, 1988), ces questions étaient posées lors de la deuxième visite, en l'absence d'intervenants du milieu, et après qu'un climat de confiance se soit installé entre l'évaluatrice et la personne âgée. Les sujets ayant obtenu une cote inférieure à 60 au 3MS étaient considérés inaptes à répondre à ces questions et leurs réponses étaient ignorées. Ainsi, pour chacune des résidences de l'échantillon, l'avis du premier résidant apte a servi à la création de deux nouvelles variables : « la résidence reçoit une cote parfaite sur l'échelle à 5 degrés (oui ou non) » et « la résidence est recommandée (oui ou non/ne sait pas) ». Puisque dans certaines résidences aucun sujet apte n'a été évalué, ces variables n'étaient disponibles que pour un nombre restreint d'entre elles. Ainsi, la taille de l'échantillon chutait à 62 lorsque la recommandation était prise en considération et passait à 59 lorsque la cote sur 5 était considérée. Les relations entre les deux nouvelles variables et la qualité des soins (globale et par sous-échelles) étaient toutes significatives ( $p < 0,025$ ) à

l'exception d'une seule (qualité de l'ensemble de la résidence versus recommandation). La technique d'élimination à rebours indiquait cependant que l'utilisation simultanée des deux nouvelles variables n'était pas nécessaire : la présence de l'une d'elles dans le modèle conduisait au retrait de la seconde. L'étape suivante était d'explorer si la capacité de repérage de l'outil (en termes de sensibilité, spécificité et valeurs prédictives) pouvait être bonifiée par l'ajout de l'information fournie par le résidant choisi aléatoirement.

Des équations ont donc été développées pour permettre la prédiction de la qualité globale et par sous-dimension à partir du score généré par l'outil (Cf. encadrés VI.1 à VI.8) et de l'avis du sujet sélectionné au hasard. La recherche des seuils à privilégier se faisait selon les mêmes exigences que précédemment. Les paramètres de sensibilité, de spécificité et de valeurs prédictives étaient alors comparés aux données rapportées au tableau VI.23. Cet exercice a été fait pour chacune des seize utilisations possibles du questionnaire (échelle globale + sept sous-échelles X deux niveaux de tolérance). L'amélioration des paramètres est digne de mention dans seulement trois de ces cas : ceux-ci sont présentés au tableau VII.1.

Haddad et al. (1997) rapportent que, quoique la connaissance de ce que les consommateurs estiment être des soins de qualité est très limitée, certaines études suggèrent que leur jugement repose d'abord sur des composantes interpersonnelles puis sur la compétence des professionnels. Suite à une étude pilote qualitative, Grau et al. (1995) concluent également que, du point de vue



**Tableau VII.1 Impact de l'ajout de l'opinion d'un résident choisi aléatoirement sur la capacité de repérage de l'outil**

Échelle	Niveau de tolérance ‡	Paramètres	Outil de repérage seulement	Outil de repérage + avis d'un résident choisi aléatoirement
Aspect psychosocial des soins	Modéré	Critère de positivité	Prédite <sup>§</sup> > 1,95	0,81 + 0,77*Prédite – 0,75 (si reçoit une cote parfaite) > 1,95
		Positifs	63%	62%
		Sensibilité	77%	82%
		Spécificité	53%	61%
		Valeur prédictive +	65%	70%
Valeur prédictive -	67%	76%		
Aspect psychosocial des soins	Élevé	Critère de positivité	Prédite > 2,15	0,81 + 0,77*Prédite – 0,75 (si reçoit une cote parfaite) > 2,10
		Positifs	52%	50%
		Sensibilité	79%	95%
		Spécificité	54%	60%
		Valeur prédictive +	27%	36%
Valeur prédictive -	92%	98%		
Situation financière	Modéré	Critère de positivité	Prédite > 1,50	0,22 + 0,88*Prédite – 0,17 (si reçoit une cote parfaite) > 1,35
		Positifs	17%	34%
		Sensibilité	64%	90%
		Spécificité	87%	72%
		Valeur prédictive +	32%	25%
Valeur prédictive -	96%	99%		

‡ À un niveau de tolérance modéré (élevé), on juge problématique toute résidence ayant obtenu une cote supérieure à 2 (3) lors de l'évaluation

§ « Prédite » représente la valeur prédite à l'aide de l'équation de l'encadré VI.6 (aspect psychosocial des soins) ou VI.8 (situation financière)

des résidants, la qualité des relations interpersonnelles avec les employés est l'aspect le plus important de la qualité des soins. Dans la présente étude, il n'est donc pas étonnant de constater que l'opinion des résidants est influencée par l'aspect psychosocial des soins puisque c'est pour cette sous-échelle que l'ajout de l'avis d'un résidant a l'effet le plus marqué. Sans augmenter le nombre de résidences à évaluer, il permet d'améliorer de façon importante la sensibilité, la spécificité et les valeurs prédictives de l'outil, et ce quel que soit le niveau de tolérance.

Du côté de la situation financière, bien que le nombre de milieux à évaluer double, il en résulte un compromis intéressant entre la sensibilité et la spécificité, ce qu'il était impossible d'obtenir sans l'opinion d'une personne âgée.

Malgré l'intérêt qu'ils revêtent, la portée et l'applicabilité de ces résultats sont très limitées. Dans un premier temps, le choix aléatoire d'un résidant doit passer par l'obtention d'une liste exhaustive des pensionnaires de chacun des établissements accompagnée de leur numéro de téléphone. Étant données les dispositions du Code civil et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* concernant la protection des renseignements personnels, l'accès à ces données pose problème. De toute façon, les responsables seraient-ils enclins à fournir une telle liste ? De plus, que faire lorsque la personne âgée choisie ne se sert pas du téléphone ? Même si elle l'utilise, comment établir le climat de confiance essentiel à l'obtention d'une réponse valide ? Enfin, soulignons que le résidant questionné doit être âgé, en perte d'autonomie et apte à répondre.

Combien de sujets devront être rejoints avant d'être en contact avec une personne admissible ? Comment déterminer cette admissibilité ? Il est évidemment facile de connaître l'âge du résidant. Quelques questions seulement sont nécessaires pour s'enquérir de sa capacité à accomplir les AVQ. Mais comment déterminer au téléphone si le résidant souffre d'une atteinte cognitive pouvant mettre en doute la validité de ses réponses ? Ceci augmente grandement la complexité de l'exercice de repérage. Force est de reconnaître que l'ajout de l'opinion d'un résidant choisi aléatoirement est une solution qui, quoique très intéressante, n'est pas d'une utilité véritable dans la pratique du repérage.

### **VII.3.2 Comment utiliser l'outil de façon optimale ?**

Deux informations importantes peuvent être tirées des figures VI.3 et VI.4 présentées à la section VI.4. D'une part, pour la majorité des résidences, moins de trois dimensions de la qualité sont touchées et la cote globale est bonne. D'autre part, lorsque plusieurs dimensions sont affectées, la cote globale reflète presque toujours le problème.

Ceci suggère que la façon optimale d'utiliser l'outil de repérage serait de débiter par l'estimation de la cote globale de qualité. Lorsque celle-ci est sous le seuil de positivité, l'intervenant peut s'attendre à ce que peu ou pas de dimensions de la qualité nécessitent une intervention. Il pourrait alors être avantageux de procéder à l'évaluation spécifique des seules dimensions, s'il y en a, pour lesquelles la cote prédite dépasse le seuil de positivité.

Par ailleurs, lorsque la cote globale prédite excède le seuil de positivité, il est fort probable que plusieurs dimensions de la qualité soient affectées. On pourrait donc recommander l'évaluation globale de la ressource d'hébergement en question.

Examinons si cette approche est réellement avantageuse pour chacun des niveaux de tolérance. Le tableau VII.2 rapporte les paramètres de sensibilité et de spécificité associés à cette façon d'utiliser l'outil pour repérer les résidences dispensant des soins inadéquats. Avec un niveau de tolérance modéré, l'approche offre une meilleure sensibilité que l'utilisation spécifique des équations prédites à chacune des sous-échelles. Ceci n'est pas étonnant puisque certaines évaluations globales permettront l'identification de sous-dimensions problématiques que l'outil ne repère pas individuellement. En contrepartie, la spécificité diminue. Notons toutefois que beaucoup de faux positifs correspondent à des dimensions de la qualité évaluées inutilement lors de l'évaluation globale d'un milieu présentant des faiblesses à certains autres niveaux. Ceci étant tout de même plus acceptable que l'évaluation inutile d'établissements dispensant des soins adéquats, ces valeurs de spécificité semblent suffisantes.

L'approche est toutefois à déconseiller lorsqu'une attitude de tolérance élevée est adoptée. En effet, dans cette situation, les sensibilités ne s'améliorent pas alors que les indices de spécificité diminuent. Ceci signifie que, lorsque la

**Tableau VII.2 Sensibilité et spécificité associées à l'utilisation suggérée de l'outil**

Échelle	Niveau de tolérance ‡	Seuil de positivité	Utilisation spécifique :		Utilisation suggérée :	
			Évaluation si Prédite > seuil		Évaluation si Prédite > seuil ou Prédite <sub>Globale</sub> > seuil <sub>Globale</sub> §	
			Sensibilité	Spécificité	Sensibilité	Spécificité
Espace réservé à la personne âgée	Modéré	1,95	78%	64%	82%	44%
	Élevé	2,10	88%	70%	88%	68%
Ensemble de la résidence	Modéré	1,80	88%	65%	92%	47%
	Élevé	2,40	88%	83%	94%	78%
Soins physiques	Modéré	1,80	78%	55%	81%	44%
	Élevé	2,05	86%	67%	86%	67%
Maintien des soins de santé	Modéré	1,50	96%	65%	96%	44%
	Élevé	2,20	100%	95%	100%	86%
Aspect psychosocial des soins	Modéré	1,95	77%	53%	81%	48%
	Élevé	2,15	79%	54%	79%	54%
Respect des droits	Modéré	1,60	83%	73%	83%	54%
	Élevé	1,80	100%	87%	100%	85%
Situation financière	Modéré	1,50	64%	87%	71%	49%
	Élevé	1,80	100%	93%	100%	85%

‡ À un niveau de tolérance modéré (élevé), on juge problématique toute résidence ayant obtenu une cote supérieure à 2 (3) lors de l'évaluation

§ À un niveau de tolérance modéré, le seuil de positivité de la cote globale est de 1,70; à un niveau de tolérance élevé, il est de 2,30

cote globale prédite est au-dessus du seuil de positivité, l'ensemble des dimensions où il y a négligence présentent également des valeurs prédites au-delà de leur seuil et il n'y a pas négligence en ce qui concerne les autres dimensions. Ainsi, un intervenant recherchant uniquement des situations de négligence devrait restreindre ses évaluations aux seules dimensions jugées négligentes par l'outil de repérage, quelle que soit la cote globale prédite.

## VIII CONCLUSION

Cette étude visait principalement l'identification des facteurs associés à la qualité des soins et l'élaboration d'un outil de repérage des ressources d'hébergement dispensant des soins inadéquats à leur clientèle âgée en perte d'autonomie. Les facteurs associés à la qualité des soins ont tout d'abord été identifiés à l'aide des données recueillies auprès de 88 ressources d'hébergement dans le cadre d'une étude antérieure visant à comparer la qualité des soins dispensés par les réseaux avec et sans permis. Un questionnaire de repérage de deux pages, peu dispendieux, non menaçant, facile et rapide à administrer a ensuite été construit pour permettre, par le biais d'un entretien téléphonique avec les responsables des résidences, la collecte des facteurs précédemment identifiés. La validité prédictive de ce questionnaire a ensuite été étudiée. Les résultats concernant cette validité prédictive doivent toutefois être interprétés avec réserve puisque celle-ci a été évaluée sur l'échantillon des ressources d'hébergement qui ont servi à l'élaboration de l'instrument. Il faut donc être conscient que les différents paramètres de sensibilité, de spécificité et de valeurs prédictives sont ici surestimés.

Globalement, ainsi que pour chacune des sept sous-dimensions, des équations sont fournies afin de prédire la qualité des soins dispensés par une résidence à partir des données recueillies par l'outil de repérage. Pour chaque équation, un premier seuil de positivité a été identifié au-delà duquel une évaluation plus poussée du milieu doit être suggérée. Enfin, un second seuil,

cette fois indicateur de négligence, fut proposé. Ce deuxième seuil permet donc l'identification des établissements pour lesquels une évaluation est prioritaire.

Ainsi, globalement et pour chaque sous-dimension, l'outil permet de classer un milieu comme étant potentiellement de bonne qualité, problématique ou négligent. Cette classification, ainsi que les valeurs prédites elles-mêmes permettent de donner priorité à certaines évaluations.

Nos résultats suggèrent une très bonne validité prédictive de l'outil. Globalement, le questionnaire identifie comme potentiellement problématiques 48% des milieux avec une sensibilité de 85% et une spécificité de 65%. De plus, il juge potentiellement négligents 12% des établissements avec une sensibilité de 75% et une excellente spécificité de 93%.

En ce qui concerne les sept sous-dimensions de la qualité des soins, les résidences problématiques sont ciblées avec une sensibilité d'au moins 77% pour six d'entre elles. Les indices de spécificité sont pour leur part supérieurs à 60% dans presque tous les cas. Si on se tourne maintenant vers les milieux négligents, ils sont repérés avec une sensibilité de plus de 85% pour six des sept sous-dimensions de la qualité des soins. La spécificité est ici supérieure à 65% dans la majorité des cas.

L'aspect psychosocial est la seule sous-dimension de la qualité des soins pour laquelle les résultats sont décevants. Nous avons toutefois montré que



l'ajout de l'avis d'un résidant choisi aléatoirement à la valeur prédite par l'outil est une solution qui, quoique ayant plusieurs limites, permet d'améliorer de façon importante la validité prédictive de l'outil.

Avec un niveau de tolérance modéré, lorsque la cote globale excède le seuil de positivité, il est fort probable que les soins soient inadéquats pour plusieurs des sept sous-dimensions. Il est donc recommandé d'entreprendre une évaluation globale du milieu. Cependant, lorsque la cote globale prédite est sous le seuil de positivité, l'intervenant peut s'attendre à observer des soins inadéquats à peu ou aucune des sous-dimensions. Il est donc avantageux de procéder à l'évaluation spécifique des seules dimensions, s'il y en a, pour lesquelles la cote prédite dépasse le seuil de positivité associé. Avec un niveau de tolérance élevé, cette approche d'évaluation spécifique est conseillée quelle que soit la cote globale prédite.

Ces résultats encourageants ouvrent la porte à plusieurs projets de recherche futurs. Dans un premier temps, nous l'avons déjà mentionné, il est important d'étudier la validité prédictive de l'instrument sur un échantillon indépendant de résidences afin de connaître sa performance réelle. Cet échantillon pourrait être choisi dans une région du Québec autre que l'Estrie pour permettre, par le fait même, de documenter la généralisation de nos résultats.

L'outil de repérage facilite l'identification des milieux dispensant des soins inadéquats, mais lorsque ces derniers sont ciblés, il est primordial d'intervenir.

Une deuxième suite intéressante à ce projet serait donc la mise sur pied d'un programme d'intervention visant à améliorer la qualité des soins dans les milieux problématiques et négligents. Ce programme consisterait en un certain nombre d'interventions spécifiques visant à corriger la situation à chacune des sous-dimensions de la qualité des soins. Mentionnons toutefois que, puisque le choix des interventions à privilégier dépend des causes du problème des soins inadéquats, la recherche de ces causes est une étape préalable à l'élaboration d'interventions efficaces.

Certains facteurs prédictifs de l'inadéquation des soins peuvent également suggérer quelques pistes d'intervention. Par exemple, puisque des soins de meilleure qualité sont dispensés dans les établissements entretenant des collaborations avec le réseau, on peut penser à mettre en place un ensemble de ressources et d'expertises vers lesquelles les milieux pourraient se tourner en cas de besoins. Le manque de formation des responsables semble également jouer un rôle déterminant sur la qualité des soins dispensés, spécialement dans les milieux hébergeant une clientèle en forte perte d'autonomie. Ceci amène à penser que les responsables pourraient grandement bénéficier d'une formation accordant une attention toute spéciale aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. L'efficacité des interventions mises sur pied devrait finalement être étudiée par le biais d'un essai clinique randomisé.

## REMERCIEMENTS

Avant tout, je désire exprimer ma profonde reconnaissance à ma directrice de thèse, Docteure Gina Bravo. Suite à l'excellent encadrement qu'elle m'avait procuré à la maîtrise, j'ai choisi de poursuivre mes études sous sa direction. Encore une fois, j'ai été enchantée de notre collaboration et je la remercie pour la confiance qu'elle m'a accordée. Je me considère privilégiée d'avoir été son étudiante et je reconnais que ses multiples et pertinentes indications ont été indispensables à la réalisation de cette thèse.

Je tiens à remercier sincèrement Madame Michèle Charpentier pour sa grande disponibilité, son professionnalisme et son support continu. La statisticienne que je suis a grandement apprécié la patience de Michèle qui m'a initiée à la réalité des milieux d'hébergement pour personnes âgées. Merci au Docteur Philippe DeWals qui, à quelques reprises, n'a pas hésité à m'accorder un peu de son temps et à me fournir de judicieux conseils.

Ma reconnaissance s'adresse également aux membres du comité de sélection des bourses du Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNG) et du Fonds pour la Formation de Chercheurs et l'Aide à la Recherche (Fonds FCAR) qui m'ont choisie comme bénéficiaire d'une aide financière pour mes études.

Merci au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke pour m'avoir fourni un environnement de travail idéal à la réalisation d'études doctorales. Merci aux professeurs et étudiants du Programme des Sciences Cliniques pour leurs commentaires pertinents lors des séminaires de recherche.

Je tiens aussi à remercier les Docteurs Hélène Payette, Jean-François Boivin et René Verreault pour les suggestions apportées à la version finale de cette thèse ainsi que tous ceux qui, de quelque façon, m'ont aidée ou encouragée à compléter ce travail.

Je suis également redevable aux personnes ayant joué un rôle important lors de la collecte des données que j'ai utilisées pour réaliser ce projet. Je pense d'abord à Mesdames Nathalie Delli-Colli, Hélène Fisch, Martine Fisch, Monique Marquis et France Turcotte pour leur excellent travail lors des entrevues effectuées auprès des résidents servant, entre autres, à l'évaluation de la qualité des soins. Je ne peux également passer sous silence la contribution des 301 personnes âgées et des 88 responsables de ressources d'hébergement qui ont accepté de nous accueillir dans leur milieu.

Enfin, un merci tout spécial à Mario, mon époux, ainsi qu'à ma famille pour leur support quotidien et leur continuel encouragement.

## RÉFÉRENCES

Aaronson WE, Zinn JS, Rosko WD. Do for-profit and not-for-profit nursing homes behave differently ? **The Gerontologist** 1994; 34(6): 775-786.

Anderson NN, Holmberg RH, Schneider RE, Stone LB. **Policy Issues Regarding Nursing Homes. Findings from a Minnesota Survey.** Minneapolis: Institute for Interdisciplinary Studies, American Rehabilitation Foundation, 1969.

Beattie WM, Bullock J. Evaluating services and personnel in facilities for the aged. In Leeds M., Shores H (eds). **Geriatric institutional management.** New York: Putnam's, 1964.

Blanchet M. L'espérance de vie en bonne santé. **L'Union Médicale du Canada** 1985; 114: 154-157.

Braithwaite V, Braithwaite J, Gibson D, Makkai T. Progress in assessing the quality of Australian nursing home care. **Australian Journal of Public Health** 1992; 16(1): 89-97.

Bravo G, Charpentier M, Dubois MF, DeWals P, Émond A. **La qualité des soins dispensés aux personnes âgées en perte d'autonomie par les ressources d'hébergement avec et sans permis ministériel.** Rapport final. Centre de recherche - IUGS, 1997.

Bravo G, Girouard D, Gosselin S, Archambault C, Dubois MF. Further validation of the QUALCARE Scale. **Journal of Elder Abuse and Neglect** 1995; 7(4): 29-48.

Cefalu CA. Nursing homes: what you need to know for quality patient care. **Geriatrics** 1995; 50(12): 37-50.

Champagne F, Contandriopoulos AP, Pineault R. Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé. **Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique** 1985; 33(3): 173-181.

Champagne R. Vieillesse de la population et coût de la santé au Québec à l'an 2001. **Gérontologie** 1996; no 97: 15-22.

Cherry RL. Agents of nursing home quality of care: ombudsmen and staff ratios revisited. **The Gerontologist** 1991; 31(3): 302-308.

Cherry RL. Community presence and nursing home quality of care: the ombudsman as a complementary role. **Journal of Health and Social Behavior** 1993; 34(4): 336-345.

Christianson JB. Long-term care standards : enforcement and compliance. **Journal of Health Politics, Policy and Law** 1979; 4(3): 414-434.

Cochran WG. **Sampling techniques**. Third edition. New York : John Wiley & Sons, 1977.

Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. **L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes**. GRIS, 1992.

Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec. **Avis professionnel. L'utilisation des ressources d'hébergement privées non agréées et la pratique professionnelle des travailleurs sociaux**, 1992.

Curry TJ, Ratliff BW. The effects of nursing home size on resident isolation and life satisfaction. **The Gerontologist** 1973; 13(3): 295-298.

Dalenius T, Hodges JL Jr. Minimum variance stratification. **Journal of the American Statistical Association** 1959; 54: 88-101.

Davies AR, Ware JE. Involving consumers in quality of care assessment. **Health Affairs (Milwood)** 1988; 7(1): 33-48.

Davis MA. On nursing home quality: a review and analysis. **Medical Care Review** 1991; 48: 129-166.

Donabedian A. **A guide to medical care administration. Volume 2: Medical care appraisal – quality and utilization.** Washington, D.C.: The American Public Health Association, 1969.

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Memorial Fund Quarterly** 1966; 44(3): 166-206.

Donabedian A. **Explorations in quality assessment and monitoring. Volume 1: The definition of quality and approaches to its assessment.** Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.

Donabedian A. **Explorations in quality assessment and monitoring. Volume 2: The criteria and standards of quality.** Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1982.

Elwell F. The effects of ownership on institutional services. **The Gerontologist** 1984; 24(1): 77-83.

Fottler MD, Smith HL, James WL. Profits and patient care quality in nursing homes: are they compatible? **The Gerontologist** 1981; 21(5): 532-538.

Frech HE III. The property rights theory of the firm: some evidence from the U.S. nursing home industry. **Journal of Institutional and Theoretical Economics** 1985; 141: 146-166.

Garant L, Bolduc M. **L'aide par les proches : mythes et réalités**. Direction de l'évaluation. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1990.

Gottesman LE. Nursing home performance as related to resident traits, ownership, size and source of payment. **American Journal of Public Health** 1974; 64(3): 269-276.

Gottesman LE, Bourestom NC. Why nursing homes do what they do. **The Gerontologist** 1974; 14(6): 501-506.

Grau L, Chandler B, Saunders C. Nursing home residents' perceptions of the quality of their care. **Journal of Psychological Nursing and Mental Health Services** 1995; 33(5): 34-41.

Greene VL, Monahan DJ. Structural and operational factors affecting quality of patient care in nursing homes. **Public Policy** 1981; 29(4): 399-415.

Greenwald SR, Linn MW. Intercorrelation of data on nursing homes. **The Gerontologist** 1971; 11(4): 337-340.

Haddad S, Roberge D, Pineault R. Comprendre la qualité: en reconnaître la complexité. **Ruptures** 1997; 4(1): 59-78.

Hébert R, Carrier R, Bilodeau A. The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. **Age and Ageing** 1988; 17(5): 293-302.



Hébert R, Dubuc N, Buteau M, Roy C, Desrosiers J, Bravo G, Trottier L, St-Hilaire C. **Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie. Évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie.** Direction de la recherche et de l'évaluation. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1997.

Hennekens CH, Buring JE. **Epidemiology in medicine.** Boston : Little, Brown & Company, 1987.

Holmberg RH, Anderson NN. Implications of ownership for nursing home care. **Medical Care** 1968; 6(4): 300-307.

Holt D, Smith TMF, Winter PD. Regression analysis of data from complex surveys. **Journal of the Royal Statistical Society, Series A** 1980; 143(Part 4): 474-487.

Institute of Medicine. **Improving the quality of care in nursing homes.** Washington, DC : National Academy Press, 1986.

Johnson-Pawlson J, Infeld DL. Nurse staffing and quality of care in nursing facilities. **Journal of Gerontological Nursing** 1996; 22(8) : 36-45.

Kane RA. Assessing quality in nursing homes. **Clinics in Geriatric Medicine** 1988; 4(3): 655-666.

Kart CS, Manard BB. Quality of care in old age institutions. **The Gerontologist** 1976; 16(3): 250-256.

Karuza J, Katz PR. Physician staffing patterns correlates of nursing home care: an initial inquiry and consideration of policy implications. **Journal of the American Geriatrics Society** 1994; 42(7): 787-793.

Kish L, Frankel MR. Balanced repeated replications for standard errors. **Journal of the American Statistical Association** 1970; 65(331): 1071-1094.

Kleinbaum DG, Kupper LL, Muller KE. **Applied regression analysis and other multivariable methods**. Boston: PWS-Kent Publishing Company, 1988.

Koetting M. **Nursing-Home Organization and Efficiency**. Lexington, MA: Lexington Books, 1980.

Kosberg JI. Differences in proprietary institutions caring for affluent and nonaffluent elderly. **The Gerontologist** 1973; 13(3): 299-304.

Kosberg JI, Tobin SS. Variability among nursing homes. **The Gerontologist** 1972; 12(3): 214-219.

Lee AJ, Birnbaum H. The determinants of nursing home operating costs in New York state. **Health Services Research** 1983; 18(2): 285-308.

Lemke S, Moos RH. Ownership and quality of care in residential facilities for the elderly. **The Gerontologist** 1989; 29(2): 209-215.

Lemke S, Moos RH. Quality of residential settings for elderly adults. **Journal of Gerontology** 1986; 41(2): 268-276.

Levey S, Ruchlin HS, Stotsky BA, Kinloch DR, Oppenheim W. An appraisal of nursing home care. **Journal of Gerontology** 1973; 28(2): 222-228.

Lindesay J, Skea D. Gender and interactions between care staff and elderly nursing home residents with dementia. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 1997; 12(3): 344-348.

Linn MW. Predicting quality of patient care in nursing homes. **The Gerontologist** 1974; 14(3): 225-227.

Linn MW, Gurel L, Linn BS. Patient outcome as a measure of quality of nursing home care. **American Journal of Public Health** 1977; 67(4): 337-344.

Litwin H, Monk A. Do nursing home patient ombudsmen make a difference ? **Journal of Gerontological Social Work** 1987; 11(1/2): 95-104.

Mausner JS, Bahn AK. **Epidemiology. An introductory text.** Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1974

Meiners MR. An econometric analysis of the major determinants of nursing home costs in the United States. **Social Science Medicine** 1982; 16(8): 887-898.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. **Les interventions effectuées dans les ressources sans permis en vertu des dispositions de l'article 489 de la « Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., Chapitre S-4.2) ».** Québec: Gouvernement du Québec, 1993.

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

Moore EG, Rosenberg MW, McGuinness D. **Growing old in Canada: demographic and geographic perspectives.** Ottawa: Statistics Canada, 1997.

Morrison AS. **Screening in Chronic Disease.** Second edition. New York: Oxford University Press, 1992.

Muir Gray JA, Almind G, Freer C, Warshaw G. Screening and case finding. Dans Muir Gray JA (ed). **Prevention of disease in the elderly**. New York: Churchill Livingstone, 1985.

Munroe DJ. The influence of registered nurse staffing on the quality of nursing home care. **Research in Nursing and Health** 1990; 13(4): 263-270.

Nathan G, Holt D. The effect of survey design on regression analysis. **Journal of the Royal Statistical Society, Series B** 1980; 42(3): 377-386.

Nyman JA. Excess demand, the percentage of Medicaid patients, and the quality of nursing home care. **The Journal of Human Resources** 1988a; 23: 76-92.

Nyman JA. Improving the quality of nursing home outcomes. Are adequacy- or incentive-oriented policies more effective ? **Medical Care** 1988b; 26(12): 1158-1171.

Nyman JA. The effect of competition on nursing home expenditures under prospective reimbursement. **Health Services Research** 1988c; 23(4): 555-574.

O'Brien J, Saxberg BO, Smith HL. For-profit or not-for-profit nursing homes: does it matter? **The Gerontologist** 1983; 23(4): 341-348.

Palm DW, Nelson S. The determinants of nursing home costs in Nebraska's proprietary nursing homes. **Socio-Economic Planning Science** 1984; 18(3): 171-177.

Paveza GJ, Cohen D, Eisdorfer C, Freels S, Semla T, Ashford JW, Gorelick P, Hirschman R, Luchins D, Levy P. Severe family violence and Alzheimer's disease : prevalence and risk factors. **The Gerontologist** 1992; 32(4): 493-497.

Pearson A, Hocking S, Mott S, Riggs A. Quality of care in nursing homes: from the resident's perspective. **Journal of Advanced Nursing** 1993; 18: 20-24.

Phillips LR, Morrison EF, Chae YM. The QUALCARE Scale : developing an instrument to measure quality of care. **International Journal of Nursing Studies** 1990a; 27(1): 61-75.

Phillips LR, Morrison EF, Chae YM. The QUALCARE Scale : testing of a measurement instrument for clinical practice. **International Journal of Nursing Studies** 1990b; 27(1): 77-91.

Pillemer K, Bachman-Prehn R. Helping and hurting. Predictors of maltreatment of patients in nursing homes. **Research on Aging** 1991; 13(1): 74-95.

Régie Régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Estrie. **La transformation du système de santé et des services sociaux. Orientations concernant les services d'hébergement et de soins de longue durée et les services de maintien à domicile**, 1995.

Régie Régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Estrie. **Projet de plan régional d'organisation des services aux personnes âgées de l'Estrie. Horizon 1995-2005**, 1996.

Riportella-Muller R, Slesinger DP. The relationship of ownership and size to quality of care in Wisconsin nursing homes. **The Gerontologist** 1982; 22(4): 429-434.

Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. **Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine**. Boston: Little, Brown and Company, 1985.

Saucier A. **Le portrait des personnes ayant des incapacités au Québec en 1986**. Direction de l'évaluation. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1992.

Schlenker RE, Shaughnessy PW. Case mix, quality, and cost relationships in Colorado nursing homes. **Health Care Financing Review** 1984; 6(2): 61-71.

Shah BV, Folsom RE, Lavange LM, Wheelless SC, Boyle KE, Williams RL. **Statistical methods and mathematical algorithms used in SUDAAN**. Research Triangle Institute, 1993.

Spector WD, Takada HA. Characteristics of nursing homes that affect resident outcomes. **Journal of Aging and Health** 1991; 3(4): 427-454.

Spencer C. **Les mauvais traitements et la négligence envers les personnes âgées en milieu institutionnel : document de travail rédigé à partir de documentation en langue anglaise**. Santé Canada, 1994.

Teng EL, Chui HC. The Modified Mini-Mental State (3MS) Examination. **Journal of Clinical Psychiatry** 1987; 48(8): 314-318.

Townsend P. **The Last Refuge**. London: Routledge & Kegan Paul, 1962.

Ullmann SG. Assessment of facility quality and its relationship to facility size in the long-term health care industry. **The Gerontologist** 1981; 21(1): 91-97.

Ullmann SG. Chain ownership and the long-term health care facility performance. **The Journal of Applied Gerontology** 1986; 5(1): 51-63.

Ullmann SG. Cost analysis and facility reimbursement in the long-term health care industry. **Health Services Research** 1984; 19(1): 83-102.

Ullmann SG. Ownership, regulation, quality assessment and performance in the long-term health care industry. **The Gerontologist** 1987; 27(2): 233-239.

Ullmann SG. The impact of quality on cost in the provision of long-term care. **Inquiry** 1985; 22(3): 293-302.

Walsh TJ. Patient-related reimbursement for long-term care. In Laporte V, Rubin J (eds). **Reform and Regulation in Long-Term Care**. New York: Praeger, 1979.

Waxman HM, Carner EA, Berkenstock G. Job turnover and job satisfaction among nursing home aides. **The Gerontologist** 1984; 24(5): 503-509.

Weihl H. On the relationship between the size of residential institutions and the well-being of residents. **The Gerontologist** 1981; 21(3): 247-250.

Weissert WG, Scanlon WJ. Determinants of nursing home discharge status. **Medical Care** 1985; 23(4): 333-343.

Winn S, McCaffree KM. Characteristics of nursing homes perceived to be effective and efficient. **The Gerontologist** 1976; 16(5): 415-419.

Zinn JS, Aaronson WE, Rosko MD. The use of standardized indicators as quality improvement tools: an application in Pennsylvania nursing homes. **American Journal of Medical Quality** 1993a; 8(2): 72-78.

Zinn JS, Aaronson WE, Rosko MD. Variations in the outcomes of care provided in Pennsylvania nursing homes. Facility and environmental correlates. **Medical Care** 1993b; 31(6): 475-487.

## **ANNEXE I**

### **Questionnaire d'informations générales**



# QUESTIONNAIRE D'INFORMATIONS GÉNÉRALES

## RESSOURCES D'HÉBERGEMENT

Date de l'entrevue : \_\_\_\_\_

Milieu d'hébergement : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
N°

### 1. PROFIL GÉNÉRAL

#### ▪ Type de ressource

- CHSLD, public
- CHSLD, privé conventionné
- CHSLD, privé non conventionné
- CHCD, unité de soins de longue durée
- résidence d'accueil,  avec volet privé
- pavillon,  avec volet privé
- résidence privée,  avec volet public

#### ▪ Type d'organisation

- à but lucratif
- à but non lucratif

#### ▪ Occupation

Nombre de places disponibles : \_\_\_\_\_

Nombre de places occupées : \_\_\_\_\_

Nombre de places occupées par des résidents  
de 65 ans et plus : \_\_\_\_\_

#### ▪ Type dominant d'occupation

- chambre simple
- chambre double
- 1½
- 2
- 2½ et plus

▪ **Années d'opération**

Année d'ouverture : \_\_\_\_\_

- moins d'un an
- 1 à 3 ans
- 4 à 12 ans
- 13 à 25 ans
- 26 ans et plus

▪ **Milieu environnant**

- milieu urbain
- milieu rural

▪ **Milieu culturel**

- milieu francophone
- milieu anglophone
- autres : \_\_\_\_\_

**2. RESSOURCES HUMAINES**

▪ **Profil de la personne en autorité**

• Fonction : \_\_\_\_\_

• Sexe

- femme
- homme

• Âge : \_\_\_\_\_

• Scolarité

Type de formation : \_\_\_\_\_

Années de scolarité :

- 7<sup>e</sup> année et moins
- 8<sup>e</sup> à 12<sup>e</sup> année
- études collégiales
- études universitaires

- Date d'entrée en fonction : \_\_\_\_\_
- Expériences :  
antérieures : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- auprès des personnes âgées: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

▪ **Membres du personnel**

- Nombre actuel d'employé(e)s : \_\_\_\_\_
- *Répartition* :  
Personnel cadre et administratif : \_\_\_\_\_  
Professionnel diplômé :  
- en réadaptation (physio., ergo., techn. réad.) : \_\_\_\_\_  
- en nursing (infirmier/ère) : \_\_\_\_\_  
- en travail social (T.S.) : \_\_\_\_\_  
- en animation (récréologue, techn. loisirs) : \_\_\_\_\_  
- autres : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_
- Soins et assistance :  
- auxiliaire-infirmier/ère : \_\_\_\_\_  
- préposé(e) : \_\_\_\_\_
- Personnel de soutien (entretien, cuisine) : \_\_\_\_\_
- Personnel sur projets (travaux compensatoires) : \_\_\_\_\_
- Nombre de nouveaux employés depuis 6 mois : \_\_\_\_\_
- Contrats de services (buanderie, entretien) : oui / non

### 3. RESSOURCES MATÉRIELLES ET SERVICES OFFERTS

#### ■ Installations physiques

- système de sécurité d'entrée
- cloche d'appel ou interphone à chaque chambre
- ligne de téléphone privée à la chambre
- salle de bain privée
- salle communautaire
- salle à manger
- aménagement extérieur (cour, jardin, etc.)
- chapelle (lieu de recueillement)
- piscine
- lieux adaptés aux personnes handicapées

Total : \_\_\_\_\_/10

#### ■ Services offerts

- service de pastorale
- animation / loisirs
- transport
- entretien ménager
- buanderie
- assistance (bains, etc.)
- médication
- soins infirmiers
- services psychosociaux
- services de réadaptation
- lit d'hébergement temporaire/urgence sociale
- surveillance 24/24

Total : \_\_\_\_\_/12

#### ■ Coût des services (pour résidences privées)

coût mensuel moyen : \_\_\_\_\_

coût maximal : \_\_\_\_\_

coût minimal : \_\_\_\_\_

#### 4. CLIENTÈLE

##### ▪ **Lourdeur de la clientèle**

Âge moyen des résidants : \_\_\_\_\_

Nombre de résidants (âgés de plus de 65 ans) :

\_\_\_\_\_ autonomes

\_\_\_\_\_ avec limitations (nécessitant de l'aide ou de l'assistance pour certaines activités)

\_\_\_\_\_ en perte d'autonomie physique ou psychologique (requérant des soins ou de l'assistance sur une base régulière)

\_\_\_\_\_ avec déficiences physiques ou psychologiques

Y a-t-il un écart entre la clientèle actuelle et celle que vous visiez?

oui

non commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Que faites-vous généralement lorsqu'un résidant âgé devient un «cas» trop lourd pour vos ressources?

Je fais appel aux services du CLSC

Je fais une demande de placement

Je l'envoie à l'urgence de l'hôpital

Je le garde

Autres : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quels sont les services et ressources avec lesquels vous avez des collaborations?

Aucun

Médecin / clinique médicale

CLSC

CHSLD

Hôpital

Groupes communautaires

Autres : \_\_\_\_\_

- **Permis**

Êtes-vous détenteur d'un ou plusieurs permis d'opération spécifiques?

Oui, lesquels \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Non

- **Appréciation générale de la qualité des soins**

Comment, sur une échelle de 1 à 5, évalueriez-vous la qualité des soins que vous dispensez aux personnes âgées? La cote «1» correspondant aux meilleurs soins possibles et la cote «5» aux pires soins.

1      2      3      4      5

- **Relance**

Accepteriez-vous de participer à l'étude «dans deux ans» pour évaluer les changements survenus dans les ressources d'hébergement et pour les résidents rencontrés?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Durée de l'entrevue : \_\_\_\_\_

## **ANNEXE II**

### **Grille d'évaluation de la qualité des soins**

## Évaluation du milieu de vie

**INSTRUCTIONS :** Évaluez la qualité des soins pour chacun des items observés selon une échelle de 5 points, variant de «meilleurs soins possibles» à «pires soins possibles». La norme "meilleurs soins possibles" correspond aux soins que la personne âgée devrait recevoir dans des conditions optimales ou dans une situation idéale. Ne pas se laisser influencer par les circonstances atténuantes.

Dans vos évaluations, commencez par décider si les soins observés se situent du côté positif ou du côté négatif de l'échelle. Ensuite, décidez si les soins sont «extrêmement» positifs ou «extrêmement» négatifs, ou plutôt entre «l'extrême» et «la moyenne». Utilisez la colonne «soins moyens» *seulement* lorsque vous n'arrivez pas à décider entre le positif et le négatif. La cote attribuée doit refléter l'esprit général de l'item.

Si les soins décrits par l'item ne sont pas observés chez un résident quelconque, veuillez cocher la colonne «non observé» plutôt que de faire une évaluation.

### LE MEILLEUR CAS POSSIBLE

#### A) L'espace réservé à la personne âgée

1. L'espace pour dormir est propre et adapté aux besoins. (ex : la literie est intacte, propre et sèche; la personne âgée a un lit privé simple standard ou partage au moins un lit double standard avec la personne de son choix; le matelas est propre et ferme; il y a un sommier à ressorts.)

Meilleurs soins possibles	Catégorie intermédiaire	Soins moyens	Catégorie intermédiaire	Pires soins possibles	Non observé
1	2	3	4	5	6

### LE PIRE CAS POSSIBLE

#### A) L'espace réservé à la personne âgée

1. L'espace pour dormir est inadéquat. (ex : la literie est déchirée, mouillée et sale ou absente; la personne âgée a un lit plus petit que le lit simple standard, ou partage l'espace pour dormir avec une personne qui n'est pas de son choix, ou encore elle n'a pas de lit; le matelas ou la surface pour coucher est mince, sale et repose directement sur le cadre du lit ou le plancher.)



*Évaluation du milieu de vie*

**LE MEILLEUR CAS POSSIBLE**

**2. L'espace pour dormir est confortable.** (ex : les oreillers et couvertures nécessaires sont présents; il y a de l'espace à côté du lit pour les articles les plus souvent utilisés; le lit ou la surface pour coucher est adapté aux limites physiques de la personne âgée, entre autres, la hauteur du lit convient; les accessoires spéciaux nécessaires tels que matelas spécial, lit spécial ou trapèze sont présents; il y a au besoin des couvertures pour faciliter les changements de position.)

**3. La chambre de la personne âgée est bien entretenue.** (ex : la structure est en bon état et intacte; le mobilier est solide et intact; la peinture et le plâtre sont intacts; les portes et draperies sont intactes et ferment bien; il n'y a pas d'avarie par l'eau; il y a des moustiquaires aux fenêtres et elles sont intactes.)

**4. La préoccupation de rendre la chambre de la personne âgée sécuritaire est évidente.** (ex : espace dégagé pour se déplacer; les dispositifs pour demander de l'aide sont présents, en état et leur utilisation est comprise; au besoin, il y a des côtés de lit; il y a un détecteur de fumée à proximité; la porte ou le passage sont assez larges pour que la personne âgée puisse quitter la chambre en cas d'urgence.)

Meilleurs soins possibles	Catégorie intermédiaire	Soins moyens	Catégorie intermédiaire	Pires soins possibles	Non observé
1	2	3	4	5	6

**LE PIRE CAS POSSIBLE**

**2. L'espace pour dormir est inconfortable.** (ex: les oreillers et couvertures nécessaires sont absentes; le lit ou l'espace pour dormir n'est pas adapté aux limites physiques de la personne âgée; rien n'a été prévu pour les positions corporelles spéciales ou les limites physiques; rien n'a été prévu près du lit pour disposer les articles les plus souvent utilisés.)

**3. La chambre de la personne âgée est mal entretenue.** (ex : le toit coule; meubles brisés; plâtre ou peinture craquelé ou qui s'écaille; cernes d'eau sur le plafond; pas de portes ni draperies; le mobilier empêche la porte de se fermer; moustiquaires absentes ou abîmées.)

**4. La préoccupation de rendre la chambre de la personne âgée sécuritaire n'est pas évidente.** (ex: l'espace pour se déplacer est encombré; les tapis sont lâches; les planchers sont glissants ou inégaux; pas de côtés de lit même en cas de nécessité; aucun moyen de demander de l'aide; l'exiguïté de la porte ou du passage empêche la personne âgée de sortir en cas d'urgence; pas de détecteurs de fumée à proximité.)

## Évaluation du milieu de vie

LE MEILLEUR CAS POSSIBLE	Meilleurs soins possibles	Catégorie intermédiaire	Soins moyens	Catégorie intermédiaire	Pires soins possibles	Non observé	LE PIRE CAS POSSIBLE
	1	2	3	4	5	6	
<p><b>5. L'espace réservé à la personne âgée reflète son individualité et son histoire.</b> (ex : au moins quelques articles dans la chambre sont purement décoratifs; parmi les décorations accessibles, il y a des photos de la personne âgée et/ou des effets personnels particuliers; la chambre reflète les préférences de la personne âgée en matière d'activités solitaires, c.-à.-d. que des livres, des revues, une radio, un télé- viseur et/ou des objets religieux sont présents.)</p>							<p><b>5. L'espace réservé à la personne âgée ne reflète ni son individualité ni son histoire.</b> (ex : aucun article dans la chambre n'est purement décoratif; les photos et effets personnels particuliers de la personne âgée sont absents ou enfouis et mis à l'écart; la chambre ne fournit aucun indice des préférences de la personne âgée pour ses activités solitaires.)</p>
<p><b>6. La chambre de la personne âgée reflète la préoccupation d'assurer son confort.</b> (ex : chambre bien aérée; présence de conduites de chauffage et de climatisation en état; fenêtres intactes et pouvant s'ouvrir; si la pièce sert à autre chose que pour dormir, il s'y trouve au moins un fauteuil confortable.)</p>							<p><b>6. La chambre de la personne âgée ne reflète pas la préoccupation d'assurer son confort.</b> (ex: chambre mal aérée; sans chauffage ni climatisation; fenêtres brisées ou ne pouvant s'ouvrir; aucun endroit confortable où s'asseoir même si la personne âgée utilise la pièce à d'autres fins que pour dormir.)</p>
<p><b>7. L'espace de rangement réservé à la personne âgée est adéquat.</b> (ex : la personne âgée dispose de suffisamment d'espace dans le placard et dans la commode pour ses vêtements et effets personnels; la plupart de ses vêtements et effets personnels sont rangés séparément de ceux des autres résidents; l'espace de rangement utilisé pour les documents, lettres et effets personnels particuliers peut être rendu inaccessible aux autres résidents si la personne âgée le désire.)</p>							<p><b>7. L'espace de rangement réservé à la personne âgée est inadéquat.</b> (ex : la personne âgée n'a pas d'endroit où ranger ses vêtements et effets personnels; tout l'espace de rangement pour les vêtements et effets personnels est partagé; les autres résidents ont accès à tous les documents, lettres et effets personnels particuliers de la personne âgée.)</p>

*Évaluation du milieu de vie*

Meilleurs soins possibles 1	Catégorie intermédiaire 2	Soins moyens 3	Catégorie intermédiaire 4	Pires soins possibles 5	Non observé 6
<p><b>LE MEILLEUR CAS POSSIBLE</b></p> <p><b>8. La chambre de la personne âgée est propre.</b> (ex : pas de poussière; le mobilier et les planchers sont propres; la peinture est propre et appliquée depuis peu; c'est évident que l'aspirateur a été passé depuis peu; aucun signe de vermine; pas de restes de nourriture ni de vaisselle ou d'ustensiles sales; pas d'excès de rebuts; la chambre sent propre et n'a pas d'odeurs inhabituelles.)</p> <p><b>B. L'ensemble de la résidence</b></p> <p><b>1. La résidence est protégée contre le cambriolage.</b> (ex : système de sécurité et de contrôle des entrées et sorties, serrures à verrous sécuritaires sur portes et fenêtres; portes pleines; les fenêtres ont des serrures et ne sont pas brisées; barres de sûreté; judas dans les portes.)</p> <p><b>2. La résidence est bien entretenue.</b> (ex : les surfaces peintes et plâtrées sont propres et intactes; le ciment est uni et lisse; la plomberie est en état; les portes et fenêtres sont ajustées aux cadres; les planchers sont intacts; le mobilier est solide et intact; les appareils ménagers fonctionnent.)</p>					<p><b>LE PIRE CAS POSSIBLE</b></p> <p><b>8. La chambre de la personne âgée est insalubre.</b> (ex : épaisse couche de poussière; crasse sur les meubles, les murs et le plancher; restes de nourriture; ce n'est pas évident qu'on a passé l'aspirateur depuis peu; la poubelle déborde; présence de vermine; assiettes ou ustensiles sales; la chambre sent la nourriture avariée, la moisissure, l'urine, les fèces, ou autres excréments.)</p> <p><b>B. L'ensemble de la résidence</b></p> <p><b>1. La résidence est susceptible d'être cambriolée.</b> (ex : pas de système de sécurité et de contrôle des entrées et sorties, pas de serrures; portes ou fenêtres brisées; pas de serrures aux fenêtres; pas de judas dans les portes.)</p> <p><b>2. La résidence est délabrée.</b> (ex : les surfaces peintes ou plâtrées sont sales, écaillées ou craquelées; le ciment est fissuré et inégal; les portes et fenêtres ne sont pas ajustées aux cadres; planchers sales ou endommagés; meubles brisés; appareils ménagers en panne.)</p>

## Évaluation du milieu de vie

<p style="text-align: center;"><b>LE MEILLEUR CAS POSSIBLE</b></p>	<p style="text-align: center;">Meilleurs soins possibles <b>1</b></p>	<p style="text-align: center;">Catégorie intermédiaire <b>2</b></p>	<p style="text-align: center;">Soins moyens <b>3</b></p>	<p style="text-align: center;">Catégorie intermédiaire <b>4</b></p>	<p style="text-align: center;">Pires soins possibles <b>5</b></p>	<p style="text-align: center;">Non observé <b>6</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>LE PIRE CAS POSSIBLE</b></p>
<p><b>3. La résidence est aménagée pour assurer le confort et la mobilité de la personne âgée compte tenu de ses incapacités fonctionnelles. (ex : portes et passages assez larges pour permettre l'accès avec une marchette ou un fauteuil roulant; miroirs, lavabo, toilette et surfaces de travail à la hauteur répondant aux besoins de la personne âgée; la personne âgée a accès à toutes les aires d'habitation partagées; au besoin, il y a des rampes; l'éclairage est adéquat.)</b></p> <p><b>4. La résidence ne présente pas de risques d'accident. (ex : les passages et escaliers sont dégagés; les prises de courant et les fils de rallonge sont utilisés de façon sécuritaire; les appareils de chauffage sont dotés d'un évent (système d'échappement des gaz); il y a des détecteurs de fumée et des extincteurs d'incendie; les appareils de cuisson sont en état; le réfrigérateur est en état; la personne âgée a une voie de sortie vers l'extérieur; aucun objet inflammable non nécessaire n'est rangé dans l'espace d'habitation, ou les objets inflammables nécessaires sont rangés dans un endroit sécuritaire; la salle de bains est munie de barres d'appui; les escaliers ont des mains courantes; pas de tapis lâches; la résidence a un plan d'évacuation en cas d'incendie, connu du personnel.)</b></p>							<p><b>3. La résidence ne favorise ni le confort ni la mobilité de la personne âgée compte tenu de ses incapacités fonctionnelles. (ex: accès difficile avec une marchette ou un fauteuil roulant; accessoires pas à la bonne hauteur; accès difficile aux aires d'habitation partagées; pas de rampes, même en cas de besoin; mauvais éclairage.)</b></p> <p><b>4. La résidence présente des risques d'accident. (ex : les passages et escaliers sont encombrés; les planchers de bois sont fissurés ou fendus en éclats; les prises de courant sont surchargées; les fils de rallonge sont étendus à travers les passages; fils électriques exposés; appareil de chauffage sans évent (système d'échappement des gaz); pas de détecteurs de fumée ou d'extincteurs d'incendie; objets inflammables rangés de manière non sécuritaire dans l'aire d'habitation; appareil de cuisson non sécuritaire; réfrigérateur en panne; pas de voie de sortie en cas d'urgence; pas de dispositifs de sécurité dans la salle de bains; pas de mains courantes dans les escaliers; tapis lâches; La résidence n'a pas de plan d'évacuation en cas d'incendie.)</b></p>

## Évaluation du milieu de vie

<p><b>LE MEILLEUR CAS POSSIBLE</b></p>	<p>Meilleurs soins possibles 1</p>	<p>Catégorie intermédiaire 2</p>	<p>Soins moyens 3</p>	<p>Catégorie intermédiaire 4</p>	<p>Pires soins possibles 5</p>	<p>Non observé 6</p>	<p><b>LE PIRE CAS POSSIBLE</b></p>
<p><b>5. La résidence est propre.</b> (ex : accessoires de cuisson et cuisine propres; planchers, murs, fenêtres et mobilier brillants de propreté; pas d'excès de déchets ou de rebuts; pas de signe de vermine; c'est évident qu'on a passé l'aspirateur depuis peu; pas de restes de nourriture ni de vaisselle ou ustensiles sales; la résidence sent propre et ne dégage pas d'odeurs inhabituelles.)</p> <p><b>6. Les installations sanitaires sont propres et bien entretenues.</b> (ex : toilette propre et en état; baignoire et lavabo propres et en état.)</p>							<p><b>5. La résidence est insalubre.</b> (ex : la résidence sent l'urine, les fèces, la nourriture avariée ou la moisissure; les accessoires de cuisson et la cuisine sont encrassés et encombrés; les planchers, murs et meubles sont sales et encrassés; les poubelles débordent; signes de vermine; ce n'est pas évident qu'on a passé l'aspirateur depuis peu; restes de nourriture, vaisselle et ustensiles sales.)</p> <p><b>6. Les installations sanitaires sont malpropres ou en mauvais état.</b> (ex : présence de contenants souillés de déchets humains ou non vidés; pas de plomberie intérieure ou plomberie défectueuse; pas de lavabo ou lavabo défectueux.)</p>

## Évaluation des soins physiques

<p><b>LE MEILLEUR CAS POSSIBLE</b></p> <p>1. La résidence voit régulièrement aux soins d'hygiène corporelle de la personne âgée. (ex : elle procure la possibilité d'un bain par semaine, de se laver après être allé aux toilettes, ce qui se voit par une peau propre, sans accumulation de sécrétions, et par l'absence d'odeurs corporelles inhabituelles; elle procure régulièrement la possibilité de soins des cheveux et des ongles, ce qui est mis en évidence par des cheveux propres et coiffés et par des ongles propres et taillés; elle s'assure de l'entretien de la barbe, ce qui se voit par la barbe taillée ou le rasage quotidien.)</p> <p>2. La résidence voit régulièrement aux besoins d'activités physiques ou de mobilisation de la personne âgée. (ex : liberté dans les mouvements; la mobilité à l'intérieur de l'espace d'habitation est sans restriction; au besoin, l'on procure régulièrement des activités physiques ou des exercices passifs.)</p> <p>3. La résidence s'assure que les vêtements de la personne âgée (y compris ses chaussures) sont appropriés aux conditions climatiques et à l'activité en cours. (ex : vêtements propres adaptés à la condition de la personne âgée; chaussures ajustées procurant un support ferme; épaisseur ou légèreté des vêtements suivant les conditions climatiques.)</p>	<p>Meilleurs soins possibles</p> <p>1</p>	<p>Catégorie intermédiaire</p> <p>2</p>	<p>Soins moyens</p> <p>3</p>	<p>Catégorie intermédiaire</p> <p>4</p>	<p>Pires soins possibles</p> <p>5</p>	<p>Non observé</p> <p>6</p>	<p><b>LE PIRE CAS POSSIBLE</b></p> <p>1. La résidence ne voit pas aux soins d'hygiène corporelle de la personne âgée. (ex : il n'y a pas la possibilité de prendre régulièrement un bain, ce qui est mis en évidence par une peau sale et des odeurs corporelles désagréables, ou des odeurs de fèces et d'urine; il n'y a pas de possibilité pour les soins des cheveux ou des ongles, ce qui se voit aux cheveux sales et emmêlés, ainsi qu'aux ongles sales, longs, recourbés, fissurés ou écaillés; il n'y a pas de préoccupation pour l'entretien de la barbe, ce qui se voit à la barbe longue et emmêlée.)</p> <p>2. La résidence ne tient pas compte des besoins d'activités physiques ou de mobilisation de la personne âgée. (ex : on emploie continuellement des moyens de contention au lit ou dans le fauteuil; la personne âgée est enfermée ou confinée à une pièce ou à la cour; on ne procure pas, malgré un besoin, régulièrement d'activités physiques ou d'exercices passifs.)</p> <p>3. La résidence ne voit pas à ce que les vêtements de la personne âgée soient appropriés. (ex : vêtements froissés ou sales; il manque des boutons ou des boutons-pression; vêtements déchirés; chaussures mal ajustées; pieds nus lorsque la personne âgée est mobile; vêtements non adaptés aux conditions climatiques.)</p>

*Évaluation des soins physiques*

Meilleurs soins possibles 1	Catégorie intermédiaire 2	Soins moyens 3	Catégorie intermédiaire 4	Pires soins possibles 5	Non observé 6
<p><b>LE MEILLEUR CAS POSSIBLE</b></p> <p><b>4. La résidence voit régulièrement aux soins d'hygiène buccale de la personne âgée. (ex : il y a la possibilité de nettoyer la bouche et les dents ou dentiers après les repas et au coucher; on procure des soins particuliers à la bouche et aux lèvres de la personne âgée inconsciente ou ne réagissant pas, ce qui se voit aux lèvres et gencives intactes.)</b></p> <p><b>5. La résidence porte une attention adéquate à l'hydratation de la personne âgée. (ex : on voit à ce que la personne âgée reçoive du liquide chaque jour en plus du liquide servi à chaque repas (sauf si restriction); il y a toujours de l'eau fraîche à portée de la personne âgée; au besoin, on consacre le temps nécessaire à aider la personne âgée non autonome à boire.)</b></p> <p><b>6. La résidence voit à assurer l'intégrité de la peau de la personne âgée. (ex : elle accorde une attention particulière aux parties sèches de la peau, aux plis de la peau et aux saillies osseuses; elle procure une attention particulière aux pieds et aux jambes; l'attention aux ulcères, éraflures et escarres de décubitus est rigoureuse et appropriée.)</b></p>					<p><b>LE PIRE CAS POSSIBLE</b></p> <p><b>4. La résidence ne tient pas compte des besoins d'hygiène buccale de la personne âgée. (ex : il n'y a pas de possibilité de nettoyer la bouche et les dents ou dentiers; on ne procure aucun soin particulier à la bouche, malgré un besoin, ce qui se voit aux lèvres gercées, aux gencives enflammées, enflées ou luisantes, aux ulcères de bouche non traités, à la mauvaise haleine et à la langue saburrale (croûtée).)</b></p> <p><b>5. La résidence ne voit pas à l'hydratation de la personne âgée. (ex : aucune évidence que des liquides sont accessibles; pas d'eau fraîche disponible pour la personne âgée; aucune évidence que la personne âgée non autonome est assistée pour boire ou encouragée à boire; signes de déshydratation grave et non traitée.)</b></p> <p><b>6. La résidence ne voit pas à assurer l'intégrité de la peau de la personne âgée. (ex : aucune attention particulière à la peau sèche, aux plis de la peau ou aux saillies osseuses; aucune attention aux pieds ou aux jambes; aucune attention aux ulcères, éraflures et escarres de décubitus.)</b></p>

*Évaluation des soins physiques*

Meilleurs soins possibles 1	Catégorie intermédiaire 2	Soins moyens 3	Catégorie intermédiaire 4	Pires soins possibles 5	Non observé 6
<p><b>LE MEILLEUR CAS POSSIBLE</b></p> <p><b>7. La résidence s'assure que les articles nécessaires aux soins de base sont disponibles, propres et bien entretenus. (ex : les articles pour la toilette personnelle sont propres; les verres et la vaisselle utilisés par la personne âgée sont propres et intacts; la débarbouillette et la serviette utilisées par la personne âgée sont propres et gardées séparément de celles des autres résidents; la personne âgée a à sa disposition du savon, du shampoing et du dentifrice; les prothèses dentaires de la personne âgée sont rangées dans un contenant propre; les lunettes sont propres; la prothèse auditive est en état et propre.)</b></p> <p><b>8. Les moyens utilisés pour répondre aux besoins d'élimination intestinale et urinaire de la personne âgée sont adéquats et en temps opportun. (ex : pas de problèmes urinaires ou intestinaux non traités; l'accès à la toilette est facile; bassin de lit ou la chaise d'aisance est fourni sur demande de la personne âgée et le temps passé sur la chaise d'aisance est raisonnable; les mesures favorisant l'élimination intestinale sont sécuritaires et appropriées, l'utilisation de la couche d'incontinence ou de la sonde vésicale est indiquée et bien faite.)</b></p>					<p><b>LE PIRE CAS POSSIBLE</b></p> <p><b>7. La résidence ne fait pas l'effort de s'assurer que les articles nécessaires aux soins de base soient propres et bien entretenus. (ex : présence d'articles ou de matériel nécessaires à l'hygiène personnelle sales; la vaisselle et les verres utilisés par la personne âgée sont écaillés, craquelés ou affichent de la saleté incrustée; la personne âgée partage sa serviette et/ou débarbouillette avec d'autres résidents, ou ces articles affichent une accumulation de saleté; la personne âgée ne dispose pas de savon, shampoing, désodorisant ou dentifrice; les lunettes sont malpropres; la prothèse auditive est malpropre ou ne fonctionne pas.)</b></p> <p><b>8. Les moyens utilisés pour répondre aux besoins d'élimination intestinale et urinaire de la personne âgée sont inadéquats ou en temps inopportun. (ex : diarrhée ou constipation prolongée et non traitée; l'accès à la toilette est difficile; évidence d'un mauvais usage de lavements ou autres laxatifs; évidence que la personne âgée attend de longues périodes pour être mise sur la toilette, recevoir le bassin de lit ou la chaise d'aisance, ou encore qu'elle doit demeurer assise sur la chaise d'aisance ou le bassin de lit pendant une trop longue période; l'utilisation de la couche d'incontinence ou de la sonde vésicale n'est pas indiquée ou elle est utilisée de façon non sécuritaire.)</b></p>



*Évaluation des soins physiques*

Meilleurs soins possibles 1	Catégorie intermédiaire 2	Soins moyens 3	Catégorie intermédiaire 4	Pires soins possibles 5	Non observé 6
<p><b>LE MEILLEUR CAS POSSIBLE</b></p> <p><b>9. La résidence porte une attention adéquate aux besoins alimentaires de la personne âgée.</b> (ex : évidence que la nourriture donnée à la personne âgée contient les 4 groupes d'aliments de base; évidence qu'une variété de nourriture est facilement disponible pour la personne âgée; la personne âgée reçoit au moins 3 repas par jour; les menus sont affichés; la résidence consacre le temps requis pour alimenter la personne âgée, l'assister ou la motiver à manger.)</p> <p><b>10. Des mesures sont prises pour stimuler la personne âgée.</b> (ex : la résidence développe des moyens pour maintenir et améliorer les capacités de la personne âgée et son autonomie dans les activités de la vie quotidienne.)</p> <p><b>11. Ni histoire ni évidence d'abus physiques.</b></p>					<p><b>LE PIRE CAS POSSIBLE</b></p> <p><b>9. La résidence ne tient pas compte des besoins alimentaires de la personne âgée.</b> (ex : aucune évidence des 4 groupes d'aliments de base dans la consommation quotidienne; aucun signe que la nourriture est facilement disponible; évidence que de la nourriture ou des boissons non recommandées sont servies à la personne âgée; moins de 3 repas par jour sont servis à la personne âgée; aucun effort n'est fourni pour alimenter, assister ou motiver la personne âgée à manger; évidence de malnutrition non traitée.)</p> <p><b>10. La personne âgée n'est pas stimulée.</b> (ex : il n'y a aucun moyen favorisant le maintien et l'amélioration des capacités de la personne âgée; on renforce la perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne.)</p> <p><b>11. Histoire ou évidence d'abus physiques.</b> (ex : présence de lésions cutanées inexpliquées, telles ecchymoses (meurtrissures) bilatérales, brûlures, lacérations, marques de coups ou contusions; fractures inexpliquées ou insuffisamment expliquées.)</p>

## Évaluation du maintien des soins de santé

### LE MEILLEUR CAS POSSIBLE

**1. Il y a évidence que des contacts réguliers sont maintenus avec les intervenants de la santé, y compris ceux en santé dentaire et en podiatrie pour les personnes souffrant de problèmes circulatoires. (ex : la personne âgée ou la personne responsable de ses soins est capable de fournir le nom des intervenants de la santé qui assurent un suivi, la date du dernier contact avec un intervenant ainsi que la date prévue pour le prochain rendez-vous.)**

**2. Il y a évidence que des soins appropriés sont dispensés lors de situations problématiques ou urgentes. (ex : histoire de soins rapidement dispensés lors des situations d'urgence; histoire de référence et d'évaluation par des intervenants de la santé lors de circonstances inhabituelles, tels effets secondaires aux médicaments, symptômes évidents de maladie, sonde vésicale obstruée.)**

Meilleurs soins possibles	Catégorie intermédiaire	Soins moyens	Catégorie intermédiaire	Pires soins possibles	Non observé
1	2	3	4	5	6

### LE PIRE CAS POSSIBLE

**1. Il n'y a pas d'évidence de contacts réguliers avec des intervenants de la santé. (ex : ni la personne âgée ni la personne responsable de ses soins ne peuvent fournir le nom des intervenants de la santé assurant un suivi, le dernier contact date de trop longtemps.)**

**2. Il n'y a pas d'évidence que des soins appropriés sont dispensés lors de situations problématiques ou urgentes. (ex : histoire de symptômes graves ou inhabituels qui ont été négligés; la résidence n'a pas fait référence, ni procédé à une évaluation par les intervenants et ressources de la santé lors de circonstances inhabituelles tels effets secondaires aux médicaments, symptômes évidents de maladie, sonde vésicale obstruée.)**

*Évaluation du maintien des soins de santé*

<p><b>LE MEILLEUR CAS POSSIBLE</b></p>	<p>Meilleurs soins possibles 1</p>	<p>Catégorie intermédiaire 2</p>	<p>Soins moyens 3</p>	<p>Catégorie intermédiaire 4</p>	<p>Pires soins possibles 5</p>	<p>Non observé 6</p> <p><b>LE PIRE CAS POSSIBLE</b></p>
<p><b>3. Il y a évidence que les ordonnances médicales sont suivies et que les aides techniques sont utilisées adéquatement. (ex : la résidence utilise un système sécuritaire de distribution de médicaments; l'utilisation concomitante d'alcool et de médicaments se fait de façon appropriée; la diète et les restrictions de mobilité sont connues; on y trouve au besoin: marchette, canne, fauteuil roulant, prothèse mammaire ou de membre, prothèses dentaires, rampes, mains courantes, etc.)</b></p> <p><b>4. Ni histoire ni évidence de lésions ou de symptômes non traités.</b></p>						<p><b>3. Il y a évidence que les ordonnances médicales ne sont pas suivies et/ou que les aides techniques ne sont pas utilisées adéquatement. (ex : signes que la personne âgée consomme trop de médicaments ou qu'elle ne reçoit pas les médicaments dont elle aurait besoin; histoire d'abus de médicaments et d'alcool par la personne âgée, ou insouciance envers les interactions des médicaments et de l'alcool; méconnaissance de la diète et des restrictions de mobilité de la personne âgée; pas de marchette, canne ou fauteuil roulant lorsque nécessaire; absence de rampes et de mains courantes en cas de besoin; pas de prothèses dentaires, mammaires ou de membre en cas de besoin.)</b></p> <p><b>4. Histoire ou évidence de lésions ou de symptômes non traités. (ex : saignements, douleurs, malaises; infections ou abcès; problèmes respiratoires; plaies ou ulcères; symptômes neurologiques ou changements dans le comportement; tumeurs ou autres excroissances.)</b></p>

## Évaluation de l'aspect psychosocial des soins

Meilleurs soins possibles 1	Catégorie intermédiaire 2	Soins moyens 3	Catégorie intermédiaire 4	Pires soins possibles 5	Non observé 6
<p><b>LE MEILLEUR CAS POSSIBLE</b></p> <p><b>1. Les actions de la résidence reflètent une préoccupation pour les besoins de relations interpersonnelles de la personne âgée à l'intérieur de la résidence. (ex: il y a des contacts purement sociaux entre la personne âgée et un intervenant du milieu ou autre résident, si souhaité; la personne âgée partage au moins un repas par semaine avec quelqu'un d'autre; des personnes habitant les lieux ont des rapports avec la personne âgée; on favorise de bonnes relations entre les résidents; lors d'occasions spéciales, tels les jours de fête ou les anniversaires, on voit à y faire participer la personne âgée; la famille et les amis peuvent visiter la personne âgée.)</b></p> <p><b>2. Les actions de la résidence reflètent sa préoccupation pour les besoins de relations interpersonnelles de la personne âgée à l'extérieur. (ex : la personne âgée reçoit de l'aide pour faire des sorties autres que des rendez-vous avec les intervenants de la santé; on voit à ce que la personne âgée, si elle le désire, puisse maintenir des rapports avec son église; on voit à ce que la personne âgée puisse demeurer en rapport avec la famille à l'extérieur et avec les amis, en l'aidant par exemple à écrire et à lire des lettres, en l'assistant au téléphone, en la transportant pour les visites, etc.)</b></p>					<p><b>LE PIRE CAS POSSIBLE</b></p> <p><b>1. La résidence ne tient pas compte des besoins de relations interpersonnelles de la personne âgée. (ex : les contacts entre la personne âgée et les intervenants/employés ne sont jamais purement sociaux; la personne âgée ne partage jamais de repas avec d'autres personnes; les autres résidents n'ont jamais de contacts sociaux avec la personne âgée; le climat est tendu; on ne célèbre pas les journées spéciales avec la personne âgée; les activités sociales servent d'incitateurs pour obtenir un «bon comportement».)</b></p> <p><b>2. La résidence ne tient pas compte des besoins de relations interpersonnelles de la personne âgée à l'extérieur. (ex : la personne âgée n'a jamais le droit de quitter la résidence même si elle en est physiquement capable; on ne fait rien pour que la personne âgée puisse maintenir des rapports avec son église, des amis ou la famille.)</b></p>

## Évaluation de l'aspect psychosocial des soins

LE MEILLEUR CAS POSSIBLE	Meilleurs soins possibles	Catégorie intermédiaire	Soins moyens	Catégorie intermédiaire	Pires soins possibles	Non observé	LE PIRE CAS POSSIBLE
	1	2	3	4	5	6	
<p><b>3. Des mesures sont prises pour faciliter l'orientation de la personne âgée.</b> (ex : la personne âgée est orientée durant les interactions, entre autres, vous lui avez été présenté; elle a à sa disposition une horloge, un calendrier, des journaux, un poste de radio ou des fenêtres.)</p>							<p><b>3. Aucune mesure n'est prise pour faciliter l'orientation de la personne âgée.</b> (ex : aucun effort n'est exercé pour orienter la personne âgée durant les interactions; aucun moyen de repère favorisant l'orientation n'est présent.)</p>
<p><b>4. Des mesures sont prises pour répondre aux besoins d'affection et de contacts chaleureux de la personne âgée.</b> (ex : la personne âgée reçoit régulièrement des manifestations physiques et verbales d'affection.)</p>							<p><b>4. Aucune mesure n'est prise pour répondre aux besoins d'affection et de contacts chaleureux de la personne âgée.</b> (ex : il n'y a pas de manifestations physiques ou verbales d'affection, ou la personne âgée est ridiculisée lorsqu'elle recherche de l'affection.)</p>
<p><b>5. Des mesures sont prises pour permettre à la personne âgée d'assumer des rôles utilitaires.</b> (ex : la personne âgée reçoit de l'aide pour contribuer aux tâches courantes et faire des choses pour la résidence et les autres; son apport actuel et ses efforts pour contribuer sont reconnus verbalement et appréciés.)</p>							<p><b>5. Le besoin pour la personne âgée de se sentir utile n'est pas respecté ou est dénigré.</b> (ex : les efforts de la personne âgée pour contribuer aux tâches courantes sont dénigrés ou non reconnus; aucune aide n'est fournie à la personne âgée pour qu'elle puisse contribuer au milieu.)</p>

## Évaluation de l'aspect psychosocial des soins

Meilleurs soins possibles 1	Catégorie intermédiaire 2	Soins moyens 3	Catégorie intermédiaire 4	Pires soins possibles 5	Non observé 6
<p><b>LE MEILLEUR CAS POSSIBLE</b></p> <p><b>6. En général, la personne âgée reçoit des marques d'appréciation pour ses réalisations passées, son expérience et son savoir-faire. (ex: la personne âgée est consultée; son avis est sollicité; ses récits relatant ses souvenirs sont respectés et écoutés avec intérêt; ses contributions et réalisations passées sont racontées avec fierté; durant l'entrevue, des remarques positives sont faites au sujet du passé de la personne âgée.)</b></p> <p><b>7. En général, il y a une préoccupation évidente de préserver l'estime de soi de la personne âgée. (ex : la personne âgée reçoit toute l'attention des membres du personnel durant les interactions; l'approche est positive, gentille et agréable; les réponses verbales et non verbales à la personne âgée sont appropriées, honnêtes et sans détour.)</b></p> <p><b>8. La personne âgée a la possibilité d'exprimer ses sentiments. (ex : la résidence fait tout en son pouvoir pour communiquer et établir la compréhension mutuelle; la personne âgée a le temps de s'exprimer et les membres du personnel démontrent de l'intérêt; la personne âgée a l'occasion de compléter ses phrases sans interruption ou changement de sujet; une partie des interactions est centrée sur les sentiments; il y a échange d'humour.)</b></p>					<p><b>LE PIRE CAS POSSIBLE</b></p> <p><b>6. En général, les réalisations passées, l'expérience et le savoir-faire de la personne âgée sont méconnus ou dévalorisés. (ex : l'avis de la personne âgée est ridiculisé ou passé sous silence; ses récits relatant ses souvenirs sont ridiculisés; ses contributions ou réalisations passées sont dénigrées; durant l'entrevue, aucune remarque positive n'est faite ou seulement des remarques négatives sont faites au sujet du passé de la personne âgée.)</b></p> <p><b>7. En général, il y a atteinte à l'estime de soi de la personne âgée. (ex : la personne âgée ne reçoit pas toute l'attention voulue durant les interactions; l'approche du personnel est négative, cruelle ou tend à infantiliser la personne âgée; les réponses verbales ou non verbales à la personne âgée sont inadéquates; on manipule ou emploie des subterfuges pour se faire obéir.)</b></p> <p><b>8. La personne âgée n'a pas la possibilité d'exprimer ses sentiments. (ex : aucune tentative de communiquer; l'expression faciale et le langage corporel des membres du personnel démontrent le désintéressement ou la raillerie; on interrompt le dialogue de la personne âgée; aucun effort n'est fait pour permettre à la personne âgée d'exprimer ses sentiments durant les interactions; les sentiments exprimés sont passés sous silence ou dépréciés; aucun échange d'humour.)</b></p>

## Évaluation de l'aspect psychosocial des soins

LE MEILLEUR CAS POSSIBLE	Meilleurs soins possibles	Catégorie intermédiaire	Soins moyens	Catégorie intermédiaire	Pires soins possibles	Non observé	LE PIRE CAS POSSIBLE
	1	2	3	4	5	6	
<p><b>9. Un support émotif est offert régulièrement.</b> (ex : la résidence procure de l'encouragement, des explications et du réconfort; des remarques sont faites à la personne âgée pour reconnaître ses progrès et capacités; le personnel prévoit et accomplit de petites choses agréables pour la personne âgée, est patient, encourage la recherche d'alternatives, prévoit les moments difficiles et se montre compréhensif envers les motifs suscitant de l'anxiété; la résidence est calme et réconfortante; le comportement exigeant, négatif ou déviant de la personne âgée est traité sans qu'on réagisse de la même façon envers elle.)</p>							<p><b>9. Aucun support émotif n'est offert.</b> (ex: pas d'encouragements ni explications ni réconfort; remarques désobligeantes pour les progrès ou capacités de la personne âgée; aucun effort pour faire ou prévoir de petites choses agréables pour la personne âgée; le personnel de la résidence est impatient, hostile ou argumentateur; on ridiculise ou déprécie les motifs de détresse psychologique; le comportement exigeant, négatif ou déviant de la personne âgée sert d'excuse pour la punir, la ridiculiser ou la blesser verbalement.)</p>
<p><b>10. Le besoin de sécurité de la personne âgée et celui d'être rassurée sont respectés.</b> (ex : les signes physiques d'anxiété sont notés et des mesures sont prises pour procurer du réconfort, comme le fait d'être accessible; la personne âgée est renseignée quant aux sorties et retours du personnel; la résidence respecte ses engagements et répond dans une certaine mesure aux demandes de la personne âgée; la surveillance nécessaire est continuellement assurée; le personnel est accessible physiquement et sur le plan émotif.)</p>							<p><b>10. Le besoin de sécurité de la personne âgée et celui d'être rassurée ne sont pas respectés.</b> (ex : les signes physiques d'anxiété sont passés sous silence ou ridiculisés; les responsables ont l'habitude de «disparaître» sans explication ou avertissement et sont inaccessibles; il n'y a pas de suites aux promesses ou demandes; aucune surveillance n'est exercée même si elle est nécessaire.)</p>

## Évaluation de l'aspect psychosocial des soins

LE MEILLEUR CAS POSSIBLE	Meilleurs soins possibles	Catégorie intermédiaire	Soins moyens	Catégorie intermédiaire	Pires soins possibles	Non observé	LE PIRE CAS POSSIBLE
	1	2	3	4	5	6	
<p><b>11. Les goûts de la personne âgée pour ses activités de loisir sont respectés. (ex : la personne âgée reçoit de l'aide pour poursuivre ses activités de loisir préférées; l'horaire de la personne âgée pour équilibrer ses périodes de repos et d'activités est respecté; on favorise la résolution créative de problèmes; il y a des occasions pour s'amuser, plaisanter et se divertir.)</b></p>							<p><b>11. On ne tient pas compte des goûts de la personne âgée pour ses activités de loisir. (ex : on ne tient pas compte des désirs exprimés par la personne âgée pour ses activités de loisir; l'horaire de la personne âgée pour équilibrer ses périodes de repos et d'activités n'est pas respecté; il n'est pas possible de résoudre les problèmes de façon créative, de s'amuser, de plaisanter et de se divertir.)</b></p>
<p><b>12. Ni histoire ni évidence d'abus psychologiques.</b></p>							<p><b>12. Histoire ou évidence d'abus psychologiques. (ex : agressions verbales, négligence des besoins psychologiques ou manque d'attention.)</b></p>



## Évaluation du respect des droits

<p style="text-align: center;"><b>LE MEILLEUR CAS POSSIBLE</b></p>	<p style="text-align: center;">Meilleurs soins possibles <b>1</b></p>	<p style="text-align: center;">Catégorie intermédiaire <b>2</b></p>	<p style="text-align: center;">Soins moyens <b>3</b></p>	<p style="text-align: center;">Catégorie intermédiaire <b>4</b></p>	<p style="text-align: center;">Pires soins possibles <b>5</b></p>	<p style="text-align: center;">Non observé <b>6</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>LE PIRE CAS POSSIBLE</b></p>
<p><b>1. Le système de valeurs de la personne âgée est respecté.</b> (ex : le langage employé avec la personne âgée n'est pas offensant pour elle; les conversations sur les sujets jugés tabous par la personne âgée ne sont pas courantes; les croyances et pratiques culturelles de la personne âgée sont respectées.)</p> <p><b>2. Le besoin d'intimité de la personne âgée est respecté.</b> (ex : la personne âgée peut bénéficier d'autant d'intimité que les autres membres de la résidence; le caractère confidentiel du courrier de la personne âgée est respecté; l'espace personnel de la personne âgée est pourvu d'une porte et de rideaux qui ferment; durant les discussions et prises de décisions, la révélation de faits relatifs à la vie privée de la personne âgée est évitée; tout autant que les autres résidents, la personne âgée peut avoir des conversations téléphoniques privées et avoir ses propres relations sociales.)</p>							<p><b>1. Le système de valeurs de la personne âgée n'est pas respecté.</b> (ex : on emploie un langage vulgaire ou dur envers la personne âgée ou en sa présence qui la gêne de toute évidence; les sujets qui mettent la personne âgée mal à l'aise font souvent partie des conversations; la personne âgée est forcée de faire des choses qu'elle trouve offensantes ou inacceptables; on ne tient pas compte des croyances ou pratiques culturelles de la personne âgée ou celles-ci sont dévalorisées.)</p> <p><b>2. Le besoin d'intimité de la personne âgée n'est pas respecté.</b> (ex : la personne âgée ne peut bénéficier d'autant d'intimité que les autres membres de la résidence; le caractère confidentiel du courrier de la personne âgée n'est pas respecté; on révèle inutilement des faits relatifs à la vie privée de la personne âgée lors de discussions; on divulgue des renseignements personnels au sujet de la personne âgée sans sa permission; la personne âgée ne peut avoir de conversations téléphoniques privées ni avoir ses propres relations sociales.)</p>

## Évaluation du respect des droits

LE MEILLEUR CAS POSSIBLE	Meilleurs soins possibles 1	Catégorie intermédiaire 2	Soins moyens 3	Catégorie intermédiaire 4	Pires soins possibles 5	Non observé 6	LE PIRE CAS POSSIBLE
<p><b>3. Le droit de la personne âgée à la liberté de choix est respecté.</b> (ex : la personne âgée a le privilège d'exercer un droit de refus; les choix offerts à la personne âgée lui sont acceptables; on respecte les préférences de la personne âgée quant à son habillement, son alimentation, son horaire pour les activités de la vie quotidienne [se coucher, se lever, faire sa toilette, etc.], ses activités et relations sociales; l'avis et le consentement de la personne âgée quant aux questions d'argent, de soins de santé et d'horaires est sollicité; les décisions de la personne âgée sont respectées.)</p> <p><b>4. Le droit de la personne âgée d'être à l'abri d'ennuis et de préjudices est respecté.</b> (ex : on prend au sérieux les plaintes et demandes de la personne âgée et on agit en conséquence; il y a un comité de résidents et un mécanisme de réception des plaintes; la résidence assure une protection raisonnable sans imposer ses valeurs ou opinions; on sait quand la personne âgée en a assez et agit en conséquence; il n'y a pas de menaces.)</p>							<p><b>3. Le droit de la personne âgée à la liberté de choix n'est pas respecté.</b> (ex : la personne âgée est forcée de faire ou dupée afin qu'elle fasse des choses qu'elle a déjà refusé de faire; aucune considération n'est accordée aux préférences de la personne âgée; les choix offerts à la personne âgée lui sont inacceptables; aucune considération n'est accordée à son opinion lorsqu'il est question d'argent, de soins de santé ou d'horaires; les décisions de la personne âgée sont passées sous silence ou dévalorisées.)</p> <p><b>4. Le droit de la personne âgée d'être à l'abri d'ennuis et de préjudices n'est pas respecté.</b> (ex : les plaintes et demandes de la personne âgée sont passées sous silence ou dévalorisées; on ne donne pas suite aux plaintes ou demandes de la personne âgée; la résidence se range toujours du côté des autres personnes importantes contre la personne âgée peu importe la gêne ou le tort causés; on n'assure aucune protection ou pare à toutes les éventualités en imposant ses valeurs et opinions; les menaces et intimidations sont courantes.)</p>

## Évaluation du respect des droits

<p style="text-align: center;"><b>LE MEILLEUR CAS POSSIBLE</b></p>	<p style="text-align: center;">Meilleurs soins possibles <b>1</b></p>	<p style="text-align: center;">Catégorie intermédiaire <b>2</b></p>	<p style="text-align: center;">Soins moyens <b>3</b></p>	<p style="text-align: center;">Catégorie intermédiaire <b>4</b></p>	<p style="text-align: center;">Pires soins possibles <b>5</b></p>	<p style="text-align: center;">Non observé <b>6</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>LE PIRE CAS POSSIBLE</b></p>
<p><b>5. Le droit au respect de sa personne est honoré.</b> (ex: la manière de s'adresser à la personne âgée ou de parler d'elle est respectueuse; la résidence préconise le respect de la personne âgée; le ton de la voix et les messages non verbaux sont respectueux.)</p> <p><b>6. Le droit de la personne âgée à la liberté d'expression est respecté.</b> (ex : les opinions et points de vue de la personne âgée sont respectés, y compris les opinions politiques et religieuses; la personne âgée reçoit de l'aide pour participer au processus politique et pour voter; la personne âgée reçoit de l'aide pour pratiquer sa religion; la résidence a une attitude d'ouverture et de tolérance face aux comportements déviants, les moyens d'interventions sont appropriés.)</p> <p><b>7. Ni histoire ni évidence de violation des droits de la personne.</b></p>							<p><b>5. Le droit au respect de sa personne est violé.</b> (ex : la manière de s'adresser à la personne âgée ou de parler d'elle est avilissante; la résidence ne fait aucun effort pour encourager le respect de la part des autres personnes; le ton de la voix et les messages non verbaux sont irrespectueux.)</p> <p><b>6. Le droit de la personne âgée à la liberté d'expression n'est pas respecté.</b> (ex : les opinions et points de vue de la personne âgée sont dévalorisés ou ridiculisés; aucun effort n'est fait pour aider la personne âgée à participer au processus politique; les pratiques religieuses sont dévalorisées; la personne âgée est punie pour des activités telles que <i>faire les cent pas</i> ou gémir même si cela constitue sa seule façon de s'exprimer.)</p> <p><b>7. Histoire ou évidence de violation des droits de la personne.</b> (ex : contraintes, menaces)</p>

## Évaluation de la situation financière

LE MEILLEUR CAS POSSIBLE	Meilleurs soins possibles	Catégorie intermédiaire	Soins moyens	Catégorie intermédiaire	Pires soins possibles	Non observé	LE PIRE CAS POSSIBLE
	1	2	3	4	5	6	
<p><b>1. Il y a évidence que les effets personnels et les biens de la personne âgée sont utilisés et administrés selon ses désirs. (ex : on demande l'avis de la personne âgée ou de son représentant lorsque des décisions sont prises au sujet de ses finances, biens et effets personnels; il y a évidence que les biens et effets personnels de la personne âgée sont entretenus et gérés selon sa volonté.)</b></p>							<p><b>1. Il y a évidence que les effets personnels et les biens de la personne âgée sont utilisés ou administrés de façon inadéquate, à son insu ou sans son consentement. (ex : il y a évidence qu'on a usurpé le pouvoir de contrôler les ressources financières de la personne âgée; histoire d'utilisation inhabituelle ou inadéquate des biens de la personne âgée; histoire de biens, ressources ou effets personnels de la personne âgée qui disparaissent; évidence que des biens ou effets personnels sont entretenus et gérés d'une manière inacceptable pour la personne âgée.)</b></p>
<p><b>2. Il y a évidence que les effets personnels et les biens sont utilisés pour répondre aux besoins de la personne âgée selon les ententes. (ex : les besoins essentiels de la personne âgée sont satisfaits comme convenu; il n'y a pas de «dupage» par rapport aux services promis.)</b></p>							<p><b>2. Il y a évidence que les effets personnels et les biens de la personne âgée sont détenus ou ne sont pas utilisés pour répondre à ses besoins, selon les ententes.. (ex : les besoins essentiels de la personne âgée ne sont pas satisfaits; il y a «dupage» par rapport aux services promis.)</b></p>

## Évaluation de la situation financière

Meilleurs soins possibles 1	Catégorie intermédiaire 2	Soins moyens 3	Catégorie intermédiaire 4	Pires soins possibles 5	Non observé 6
<p><b>LE MEILLEUR CAS POSSIBLE</b></p> <p><b>3. Il y a évidence que la résidence est disposée à chercher des alternatives au manque de ressources financières. (ex : la résidence a entrepris des démarches ou aide la personne âgée à faire des démarches pour qu'elle bénéficie des mesures d'aide financière auxquelles elle a droit.)</b></p> <p><b>4. Il y a évidence que les effets personnels et les biens de la personne âgée sont préservés pour son usage personnel. (ex : aucune histoire d'effets personnels, biens ou ressources quelconques volés ou disparus.)</b></p> <p><b>5. Au plan matériel, la personne âgée est traitée équitablement par la résidence. (ex : l'environnement de la personne âgée est semblable à celui des autres résidents; à prix égal, la quantité et la qualité des services reçus sont comparables à celles des autres résidents.)</b></p> <p><b>6. Ni histoire, ni évidence d'abus financiers.</b></p>					<p><b>LE PIRE CAS POSSIBLE</b></p> <p><b>3. La résidence n'est pas disposé(e) à chercher des alternatives au manque de ressources financières. (ex : la résidence refuse d'aider la personne âgée dans ses démarches ou d'entreprendre elle-même des démarches pour combler l'insuffisance de ressources financières.)</b></p> <p><b>4. Il y a évidence que les effets personnels et les biens de la personne âgée sont confisqués. (ex : histoire d'effets personnels, biens et ressources volés ou disparus.)</b></p> <p><b>5. Au plan matériel, la personne âgée n'est pas traitée équitablement par la résidence. (ex : l'environnement de la personne âgée est moins bien entretenu que celui des autres résidents; à prix égal, la quantité et la qualité des services reçus par la personne âgée sont très inférieures à celles des autres résidents.)</b></p> <p><b>6. Histoire ou évidence d'abus financiers. (ex : fraude, gestion illégale des biens de la personne âgée, privation.)</b></p>

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## **ANNEXE III**

**Outil de repérage des ressources d'hébergement dispensant des soins  
inadéquats à leur clientèle âgée en perte d'autonomie**

**OUTIL DE REPÉRAGE DES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT  
DISPENSANT DES SOINS INADÉQUATS À LEUR CLIENTÈLE ÂGÉE  
EN PERTE D'AUTONOMIE**

**I. LA CLIENTÈLE**

1. Nombre de résidants \_\_\_\_\_
2. Nombre de résidants âgés de 65 ans et plus \_\_\_\_\_
3. Nombre de femmes âgées de 65 ans et plus \_\_\_\_\_
4. Âge moyen des résidants \_\_\_\_\_
5. Nombre de résidants (âgés de plus de 65 ans)
  - Autonomes \_\_\_\_\_
  - Avec limitations (nécessitant de l'aide ou de l'assistance pour certaines activités) \_\_\_\_\_
  - En perte d'autonomie physique ou cognitive (requérant des soins ou de l'assistance sur une base régulière) \_\_\_\_\_
  - Avec déficiences physiques ou cognitives sévères \_\_\_\_\_

**II. LE RESPONSABLE**

6. Sexe femme   
homme
7. Formation en soins   
autre   
aucune
8. Expérience antérieure d'intervention auprès des aînés oui   
non

### III. LE PERSONNEL

9. Nombre d'employés salariés (à temps plein ou à temps partiel) \_\_\_\_\_
10. Parmi ceux-ci, nombre de professionnels diplômés  
(en réadaptation, nursing, travail social, animation ou autres) \_\_\_\_\_

### IV. PROFIL GÉNÉRAL DE LA RÉSIDENCE

11. Permis du ministère de la Santé et des Services sociaux oui   
non
12. Nombre de places disponibles \_\_\_\_\_
13. Milieu culturel anglophone   
francophone
14. Services offerts
- Système de sécurité d'entrée oui   
non
  
  - Service d'animation et de loisirs oui   
non
  
  - Service de soins infirmiers oui   
non
15. Collaborations :  médecin / clinique médicale  
 CLSC  
 CHSLD  
 hôpital  
 groupes communautaires  
 autres Nombre (sur 6) : \_\_\_\_\_