



Université de Sherbrooke

Développement et validation d'une classification des résidences privées avec services accueillant des personnes âgées

Par
Catherine Lestage, M.Ps.

Thèse présentée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de philosophiae doctor (Ph.D.)
en sciences cliniques (gériatrie)

Évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Madame Marie-France Dubois, Ph.D. Présidente	Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
Monsieur Pierre J. Durand, MD, M.Sc. Membre externe à l'Université	Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval
Madame Lucie Richard, Ph.D. Membre externe au programme	Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Madame Nicole Dubuc, Inf., Ph.D. Directrice	École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
Madame Gina Bravo, Ph.D. Directrice	Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Sherbrooke, Québec, Canada
Décembre, 2012

© Catherine Lestage, 2012



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

ISBN: 978-0-494-94427-1

Our file Notre référence

ISBN: 978-0-494-94427-1

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

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

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

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

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

Canada

*À Mimi, pour ton amour inconditionnel
qui réussit toujours à me réconforter,
malgré le ciel qui nous sépare*

Développement et validation d'une classification des résidences privées avec services accueillant des personnes âgées

Par
Catherine Lestage
Programme de sciences cliniques

Thèse présentée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de philosophiae doctor (Ph.D.) en sciences cliniques, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Au Québec, près de 120 000 personnes âgées vivent dans plus de 2 000 résidences privées avec services. Ces milieux de vie substitués se présentent sous plusieurs formes, car ils se sont développés, jusqu'à tout récemment, sans aucun contrôle étatique. Il en résulte une importante variabilité dans, par exemple, les services offerts, les ratios de personnel, l'aménagement physique, les critères d'admission et les capacités d'accueil. L'hétérogénéité de ces milieux rend leur représentation et leur comparaison laborieuses, autant pour les professionnels de la santé que pour les personnes âgées et leur famille. Le développement de classification est particulièrement utile lorsqu'on souhaite se représenter un ensemble hétérogène, comme c'est le cas des résidences privées avec services accueillant des personnes âgées (RPA).

L'objectif général de l'étude est de développer et de valider, à l'aide d'analyses de classification automatisée (ACA), une classification des RPA basée sur des caractéristiques de leur environnement physique et organisationnel. La présente thèse intègre trois articles scientifiques, en lien avec chacun des trois objectifs spécifiques de l'étude. Le premier article détaille la méthodologie et les résultats liés à l'identification des caractéristiques nécessaires à la représentation d'une RPA. Cent soixante-quinze variables ont été identifiées. Le deuxième article décrit le développement d'un questionnaire pour mesurer ces variables, l'étude de la fidélité test-retest du questionnaire ainsi que l'appréciation de sa cohérence interne. Somme toute, le questionnaire de l'environnement physique et organisationnel (EPO) présente de bonnes propriétés métrologiques. Enfin, le troisième article présente de manière détaillée le développement et la validation de la classification. À cet effet, 552 des 1 928 propriétaires de RPA admissibles ont complété le questionnaire EPO afin de fournir les informations nécessaires à la création de la classification. Différentes méthodes d'ACA ont été employées. Trois classifications plausibles ont été soumises à un groupe d'experts composé de huit intervenants cliniques. La classification retenue par ce comité est issue de la méthode hiérarchique de *Ward* combinée à la méthode non hiérarchique *k-means*. La classification est composée de cinq groupes de RPA qui se distinguent, entre autres, par les services offerts, la clientèle accueillie et le niveau de support à l'autonomie fonctionnelle.

Ces travaux de recherche sont les premiers à regrouper les RPA du Québec en groupes homogènes mutuellement exclusifs sur la base de leur environnement physique et organisationnel. Une fois implantée, cette classification fournira des informations précieuses aux intervenants, aux gestionnaires ainsi qu'aux personnes âgées et leur famille. Elle favorisera davantage de congruence entre les besoins cliniques identifiés, les préférences de la personne âgée et le choix d'une RPA optimale.

Mots-clés : Résidences privées/ Personnes âgées/ Questionnaire/ Fidélité/ Classification/ Environnement / Analyses de classification automatisée

ÉPIGRAPHE

“Nothing in the world can take the place of persistence. Talent will not; nothing is more common than unsuccessful men with talent. Genius will not; unrewarded genius is almost a proverb. Education will not; the world is full of educated derelicts. Persistence and determination alone are omnipotent”

— Calvin Coolidge

Table des matières

RÉSUMÉ.....	ii
ÉPIGRAPHE.....	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES FIGURES.....	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	ix
CHAPITRE 1 – INTRODUCTION.....	1
1.1 Contexte et problématique.....	1
1.2 But de l'étude.....	5
CHAPITRE 2 – RECENSION DES ÉCRITS.....	6
2.1 Modèles conceptuels.....	6
2.1.1 Modèle écologique de Lawton et Nahemow.....	6
2.1.2 Modèle du processus de production du handicap de Fougeyrollas <i>et al.</i>	8
2.2 Portrait des personnes âgées du Québec.....	11
2.3 Les milieux de vie substitués.....	13
2.3.1 Le réseau public d'hébergement.....	14
2.3.2 Le réseau privé d'hébergement.....	17
2.4 L'appariement personne-environnement.....	21
2.5 Principales classifications des milieux d'hébergement.....	25
2.5.1 La classification de Gold et collaborateurs.....	26
2.5.2 La classification de Grant.....	27
2.5.3 La classification de Degenholtz et collaborateurs.....	27
2.5.4 La classification de Park et collaborateurs.....	29
2.5.5 Critique générale des classifications recensées.....	30
2.5.6 Critique spécifique des classifications recensées ayant utilisé les ACA.....	35
2.6 Les instruments de collecte de données.....	37
2.7 Objectifs de recherche.....	39
CHAPITRE 3 – MATÉRIEL, MÉTHODES ET RÉSULTATS.....	40
3.1 Premier article de la thèse.....	40
3.1.1 Avant-propos.....	40
3.1.2 Autorisation d'intégration d'un article écrit en collaboration à une thèse.....	40
3.1.3 Résumé en français du premier article.....	42
3.1.4 Article 1.....	43
3.2 Deuxième article de la thèse.....	62
3.2.1 Avant-propos.....	62
3.2.2 Autorisation d'intégration d'un article écrit en collaboration à une thèse.....	62
3.2.3 Résumé en français du deuxième article.....	64
3.2.4 Article 2.....	65
3.3 Troisième article de la thèse.....	91
3.3.1 Avant-propos.....	91
3.3.2 Autorisation d'intégration d'un article écrit en collaboration à une thèse.....	91
3.3.3 Article 3.....	93

CHAPITRE 4 – DISCUSSION DES RÉSULTATS	119
4.1 Retombées de l'étude.....	119
4.2 Limites et forces de l'étude.....	122
4.2.1 Population et échantillon	122
4.2.2 Collecte de données	124
4.2.3 Stratégie d'analyse de données	126
4.3 Améliorations et avenues futures de recherche	127
4.4 Conclusions.....	131
REMERCIEMENTS.....	132
LISTE DES PUBLICATIONS	134
ANNEXES.....	143
Annexe 1. Approbation éthique (objectifs 1 et 2).....	
Annexe 2. Questionnaire EPO	
Annexe 3. Guide de consignes du questionnaire EPO	
Annexe 4. Approbation éthique (objectif 3)	
Annexe 5. Lettre aux propriétaires de RPA.....	
Annexe 6. Fiche de consentement	
Annexe 7. Fiche de désistement	
Annexe 8. Formulaire de consentement du groupe de discussion focalisée.....	
Annexe 9. Document de travail remis aux experts du groupe de discussion focalisée	

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Capacité d'accueil des RPA	18
Tableau 2.	Particularités méthodologiques des études ayant utilisé des ACA	35
Tableau 3.	Synthèse des instruments de collecte de données recensés	38

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Modèle écologique de Lawton et Nahemow (1973).....	7
Figure 2.	Modèle du processus de production du handicap de Fougeyrollas <i>et al.</i> , (1998)	9

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACA	Analyses de classification automatisée
ANOVA	Analyse de variance
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
AVD	Activité de la vie domestique
AVQ	Activité de la vie quotidienne
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MEAP	<i>Multiphasic Environmental Assessment Procedure</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OI-RC-QI	<i>Observable Indicators of Residential Care Facility Care Quality Instrument</i>
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
PEAP	<i>Professional Environmental Assessment Protocol</i>
PPH	Processus de production du handicap
RI	Ressource intermédiaire
RPA	Résidence privée avec services pour personnes âgées
RTF	Ressource de type familial
SCEAM	<i>Sheffield Care Environment Assessment Matrix</i>
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
TESS-NH	<i>Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Home</i>
TESS-RC	<i>Therapeutic Environment Screening Survey for Residential Care</i>

CHAPITRE 1 – INTRODUCTION

Le premier chapitre décrit succinctement le contexte dans lequel s'inscrit la présente étude ainsi que la problématique qui la sous-tend. Il expose ensuite le but de l'étude ainsi que les grandes divisions de la thèse.

1.1 Contexte et problématique

Le Québec compte parmi les provinces canadiennes ayant la plus grande proportion de personnes âgées¹, soit 15,3 % de sa population totale (Statistique Canada, 2010). Parmi les sociétés industrialisées, le vieillissement de la population québécoise est l'un des plus accéléré (Conseil des Aînés, 2009). Les démographes prévoient que d'ici 2031, un québécois sur quatre sera âgé de 65 ans et plus. De ce nombre, 13 % seront considérés comme très âgés, soit ayant 85 ans et plus (Institut national de santé publique du Québec, 2010). Il est connu que le vieillissement s'accompagne d'une augmentation de la prévalence de différentes problématiques de santé qui entraînent une perte d'autonomie fonctionnelle (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2011; Institut national de santé publique du Québec, 2010). Actuellement, 75 % des personnes âgées présentent au moins un problème de santé chronique et 25 % ont des déficits cognitifs, ce qui amplifie leurs besoins d'aide dans les activités de la vie quotidienne et domestique (Gilmour et Park, 2006; Institut canadien d'information sur la santé, 2011; Instituts de recherche en santé du Canada, 2010). Ces prévisions créent diverses pressions sur le système de santé et sur ses différents acteurs et partenaires. L'une d'elles concerne la prestation de services aux personnes âgées (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2011; Institut national de santé publique du Québec, 2010).

Depuis plusieurs années déjà, le Québec vit une ère de désinstitutionnalisation et de maintien dans la communauté. À cet effet, un consensus s'est développé pour favoriser la

¹ Dans la présente thèse, les appellations « personnes âgées » et « aînés » réfèrent aux personnes de 65 ans et plus.

prestation de services au domicile des personnes âgées (Gouvernement du Québec, 2012; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). Néanmoins, cela s'avère impossible pour certaines d'entre elles; l'hébergement dans un milieu de vie substitut doit plutôt être envisagé. Ce déménagement, ou relocalisation, peut être contraint ou volontairement choisi. Parmi les principales raisons invoquées, notons les besoins de sécurité et de socialisation accrus par le fait de vivre seul, une diminution graduelle de l'autonomie fonctionnelle et des fonctions mentales, une détérioration rapide à la suite d'un événement de santé aigu et imprévu, le manque de ressources des services de soutien à domicile pour répondre adéquatement aux besoins et des motifs familiaux (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2011; Black *et al.*, 1999; Blanchard, 2008; Connolly et O'Reilly, 2009; Gaugler *et al.*, 2007; McAuley *et al.*, 1997; Protecteur du citoyen, 2012; Smith *et al.*, 2000; Truchon, 2009).

Préalablement à toute décision concernant la prestation de services d'hébergement, une évaluation rigoureuse des besoins biopsychosociaux de la personne est recommandée (Kane et Kane, 2000). À cet effet, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a sélectionné l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) pour déterminer les besoins et établir le profil d'autonomie fonctionnelle de ces personnes (Dubuc *et al.*, 2006; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000). Lorsque des services d'hébergement s'avèrent nécessaires, un ou des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux entament les démarches dites « d'orientation ». Ils considèrent alors les milieux de vie substitués de la région. Le principal défi du processus d'orientation est la sélection d'un milieu de vie maximisant l'autonomie et le bien-être, offrant les services requis et rencontrant les préférences de la personne concernée (Kahana *et al.*, 2003; Lai *et al.*, 2008; Lawton, 1983). Par ailleurs, ce processus d'appariement personne-environnement ne doit pas négliger l'aspect environnemental de l'équation. Effectivement, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que les personnes âgées dépendent principalement de leur environnement pour compenser leurs problèmes de mobilité ou leurs pertes cognitives (Charness et Holley, 2001; Joseph, 2006, 2006; Lawton, 1983). L'impact significatif de l'environnement sur l'exercice de l'autonomie fonctionnelle (Brawley, 1998, 2001; Iwarsson, 2005), la qualité de vie (Kane, 2003; Parker *et al.*, 2004; WHOQOL Group, 1998), le confort et le bien-être

(Sloane *et al.*, 2001; Wahl et Weisman, 2003), la participation sociale (Fougeyrollas *et al.*, 1998) et la satisfaction à l'égard du nouveau milieu de vie (Kahana *et al.*, 2003; Prawitz et Wozniak, 2005) n'est plus à démontrer. En somme, pour que le processus d'orientation soit réussi, les professionnels doivent tenir compte à la fois de la personne âgée et de l'environnement physique et organisationnel (prestation, organisation et gestion du personnel et des services) du milieu de vie. Certes, cela rend indispensable une bonne connaissance de la personne, mais aussi des milieux de vie substitués de sa région.

Parmi toutes les catégories de milieux de vie substitués, ce sont les résidences privées avec services pour personnes âgées (RPA) qui ont connu la plus grande croissance en terme de nombre de places offertes (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). Bien que le MSSS considère les RPA comme un « domicile », nous sommes d'avis qu'elles représentent davantage un milieu de vie substitué au domicile naturel, tel que soutenu par le Conseil des Aînés ainsi que par les personnes âgées elles-mêmes (Charpentier *et al.*, 2012; Conseil des Aînés, 2000). À elles seules, les RPA accueillent actuellement près de 120 000 personnes âgées, et ce, dans plus de 2 000 établissements, ce qui représente un peu plus de 65 % de toutes les places offertes, tous types de milieux de vie substitués confondus (Conseil des Aînés, 2007; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). Les RPA combinent généralement au gîte différents services tels que la surveillance, la préparation des repas et l'entretien ménager. Certaines dispensent également des soins d'hygiène personnelle, des soins infirmiers ainsi que de la gestion et de la distribution de médicaments. Contrairement aux milieux de vie substitués du réseau public (ex. : ressource intermédiaire, ressource de type familial), les RPA se sont développées jusqu'à tout récemment, sans encadrement législatif. Cela a permis le développement de plusieurs modèles et contribué à leur hétérogénéité. Effectivement, les RPA présentent des différences marquées quant au nombre de services offerts, au ratio de personnel, à l'aménagement physique, à la clientèle hébergée, au type d'unités locatives, à la capacité d'accueil, etc. (Aubry, 2005; Conseil des Aînés, 2007). Bien qu'elle soit souhaitable, à certains égards, l'importante diversité de ces milieux complexifie leur représentation et leur comparaison, autant pour les intervenants de la santé que pour les personnes âgées et leur famille. Contrairement aux autres types de milieux de vie substitués, le libellé RPA n'est

pas associé à une standardisation de l'environnement physique et organisationnel. Par ailleurs, il n'existe actuellement aucun moyen formel permettant aux intervenants d'obtenir les informations nécessaires pour soutenir adéquatement le processus d'orientation et conseiller les personnes âgées ainsi que leur famille. Il existe bien un registre provincial des RPA, mais celui-ci est limité par le type d'informations qu'il contient et par la qualité de celles-ci (Aubry, 2005; Conseil des Aînés, 2007). Or, les recommandations émises par les intervenants quant au milieu de vie substitut optimal dépendent de la quantité et de la qualité des informations dont ils disposent, ainsi que de l'interprétation qu'ils en font (Castle et Sonon, 2007; Kane *et al.*, 2006). Les intervenants se disent préoccupés par cette situation (Delli-Colli *et al.*, 2006). Ils se plaignent de ne pas connaître suffisamment les RPA pour les comparer et ainsi juger de leur pertinence pour une personne âgée à héberger (Aubry, 2005; Dubuc *et al.*, 2005). Tous ces éléments complexifient le processus de recherche et de sélection d'une RPA qui maximisera l'autonomie fonctionnelle et répondra adéquatement aux besoins et préférences identifiés. Conséquemment, des personnes âgées au profil d'autonomie et aux préférences similaires se voient orientées vers des milieux de vie différents, milieux plus ou moins adaptés à leurs besoins réels (Jorg *et al.*, 2002).

Le développement de classification est particulièrement utile lorsqu'on souhaite se représenter un ensemble hétérogène (Everitt *et al.*, 2001; Hair *et al.*, 2010; Zimmerman et Sloane, 2007), comme c'est le cas des RPA du Québec. Lorsqu'elles sont construites adéquatement, les classifications permettent de créer des groupes homogènes partageant des caractéristiques similaires et d'identifier les caractéristiques qui distinguent les groupes créés. Par ailleurs, les classifications facilitent grandement la conceptualisation et la comparaison d'objets (ici les RPA) entre eux. De plus, elles permettent de créer un langage commun en associant une étiquette à chacun des groupes formés (Hair *et al.*, 2010; Zimmerman et Sloane, 2007). Enfin, elles peuvent être particulièrement utiles lorsqu'on souhaite soutenir le processus d'appariement personne-environnement (Timko et Moos, 1991). Il existe bien quelques classifications ayant comme objectif principal la représentation de différents milieux de vie substitués (Degenholtz *et al.*, 2006; Gold *et al.*, 1991; Grant, 1998; Park *et al.*, 2006). Toutefois, aucune de ces classifications n'a comme objectif de soutenir le processus d'orientation. Conséquemment, elles utilisent des variables

de regroupement propres à leurs objectifs spécifiques de recherche et plus ou moins en lien avec le processus d'orientation des personnes âgées. Deuxièmement, elles présentent certaines lacunes méthodologiques quant à la création des regroupements (absence d'examen des données extrêmes et de la colinéarité, utilisation d'une méthode de regroupement unique, aucune validation quant à la pertinence clinique, etc.). Enfin, aucune de ces classifications n'est québécoise ni canadienne. Par conséquent, elles conceptualisent une organisation des soins et services différente de notre système de santé public; elles ne peuvent donc pas être utilisées pour améliorer les connaissances quant à l'environnement organisationnel des RPA québécoises, ni soutenir adéquatement les intervenants, les personnes âgées et leur famille.

1.2 But de l'étude

La présente étude porte sur le développement et la validation d'une classification des résidences privées avec services accueillant des personnes âgées (RPA), basée sur les caractéristiques de leur environnement physique et organisationnel, préalablement jugées importantes à leur représentation.

Le format de rédaction de cette thèse est par articles. Le prochain chapitre porte sur la recension des écrits scientifiques en lien avec les concepts au cœur de la problématique précédemment exposée. Trois articles scientifiques font l'objet du troisième chapitre qui combine matériel, méthodes et résultats. Enfin, le quatrième chapitre discute des résultats rapportés dans les trois articles présentés, des limites et forces de la présente étude et propose des avenues futures de recherche.

CHAPITRE 2 – RECENSION DES ÉCRITS

Le deuxième chapitre présente la recension des écrits que nous avons divisée en sept sections. Tout d'abord les deux cadres conceptuels sur lesquels repose la présente étude sont présentés. Les deux sections suivantes dressent sommairement un portrait des personnes âgées et des milieux de vie substitués québécois. Ensuite, le concept d'appariement personne-environnement est abordé. Subséquemment, les principales classifications de milieux de vie substitués existantes ainsi que les instruments de collecte de données de l'environnement physique et organisationnel de ces milieux sont décrits et commentés. Finalement, les objectifs de recherche de l'étude sont formulés.

2.1 Modèles conceptuels

Cette section présente deux modèles conceptuels, soit le modèle écologique de Lawton et Nahemow (1973) et le modèle du processus de production du handicap (PPH) de Fougeyrollas et collaborateurs (1998). Ces deux modèles ont guidé la recension des écrits ainsi que la conception de la présente étude.

2.1.1 Modèle écologique de Lawton et Nahemow

C'est en 1973 que les américains Lawton et Nahemow publient ce classique de la gérontologie environnementale afin de conceptualiser de manière simplifiée l'interaction qui existe entre l'environnement et les comportements observés chez l'être humain (Lawton, 1982; Lawton et Nahemow, 1973). Ce modèle, présenté à la figure 1, conceptualise le comportement comme étant fonction du niveau de compétences individuelles d'une personne et du niveau de demandes, contraintes ou pressions exercées par l'environnement dans lequel elle se trouve. Selon ces auteurs, l'interaction entre l'environnement et la personne vient moduler son développement, ses comportements, son adaptation et son bien-être. La personne agit ou peut agir sur son environnement, et vice et versa.

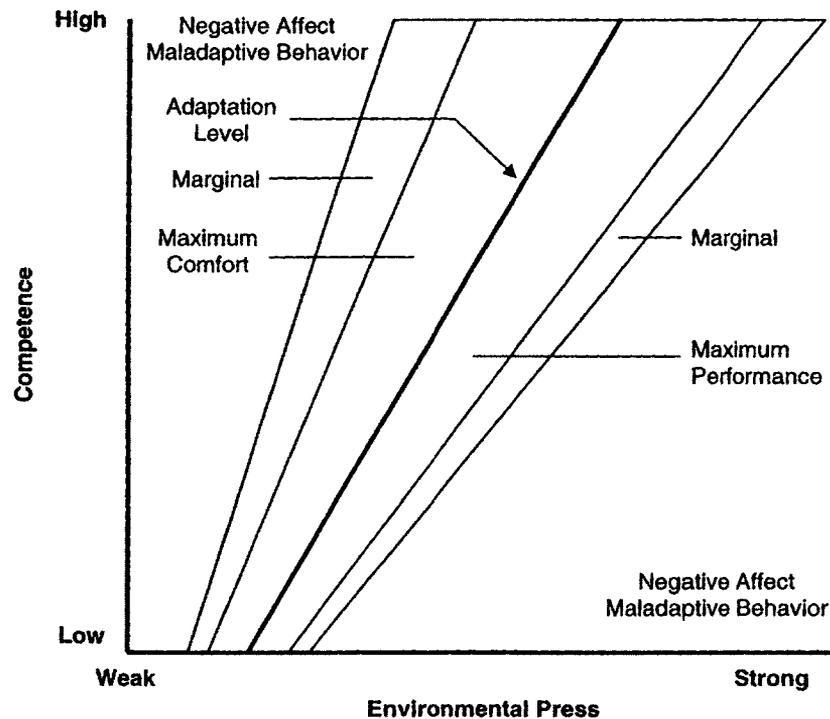


Figure 1. Modèle écologique de Lawton et Nahemow (1973)

Ce modèle met en relation un continuum quant au niveau de pression exercé par l'environnement (axe horizontal) et un continuum concernant le niveau de compétences individuelles détenues par la personne (axe vertical). Le modèle suppose qu'il existe un équilibre optimal à atteindre entre les compétences individuelles et les pressions exercées par l'environnement, comme l'illustrent les zones contiguës au trait gras au centre de la figure. C'est dans ces zones que se situent les concepts d'adaptation, de confort et de performance. Les zones périphériques immédiates à ces zones optimales sont des zones dites marginales où la personne continue de fonctionner, mais avec quelques difficultés d'adaptation. Ces difficultés peuvent être, par exemple, l'apparition d'un syndrome de chutes ou de légers comportements perturbateurs (Satariano, 2006). Enfin, les zones les plus éloignées des zones optimales sont les zones où la personne présente de graves difficultés d'adaptation. Les pressions qu'exerce l'environnement excèdent alors significativement les compétences personnelles de la personne âgée ou, à l'inverse, sous-sollicitent ses compétences, créant ainsi une situation d'ennui et de « vide ». Selon Lawton

(1998), plus la personne vieillit, plus ses compétences personnelles diminuent (santé biologique, mobilité, cognition, vision, audition, etc.), ce qui la rend d'autant plus vulnérable aux demandes de son environnement.

Une des forces de ce modèle est qu'il fait office de pionnier dans l'avènement des modèles d'interaction personne-environnement. De plus, son caractère vulgarisé permet de l'utiliser avec facilité, autant à un niveau macroscopique que microscopique, lorsqu'on s'intéresse à l'environnement d'un milieu de vie (Calkins, 2003). Selon Scheidt et Windley (2006), ce modèle demeure le plus déterminant, autant en recherche qu'en pratique, dans le domaine de la gérontologie. Il a servi d'assise théorique à l'élaboration des connaissances liées à l'appariement personne-environnement. Ce concept suppose qu'il est possible de maximiser l'obtention d'une adaptation réussie en appariant le bon environnement à la bonne personne, et vice et versa (Hilgerman *et al.*, 2009). Néanmoins, la simplification excessive du modèle ainsi que le vocabulaire utilisé tendent à présenter l'environnement sous un jour davantage négatif que positif (Carp et Carp, 1984; Kahana, 1982; Lawton, 1986). La façon dont le modèle est conceptualisé masque les fonctions de soutien, d'entretien et de stimulation que Lawton et Nahemow attribuent à l'environnement. En effet, l'environnement peut aussi être source de conditions facilitantes à la personne qui y évolue; cet aspect est toutefois mieux développé dans le modèle présenté à la sous-section suivante.

2.1.2 Modèle du processus de production du handicap de Fougeyrollas *et al.*

Le modèle québécois du processus de production du handicap (PPH) est très souvent le modèle retenu par les cliniciens en réadaptation ainsi que les chercheurs québécois qui souhaitent conceptualiser les relations entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux (Levasseur, 2001). Ce modèle, présenté à la figure 2, a été conçu pour rendre compte du développement humain, spécifiquement lorsque la personne vit des atteintes à son intégrité (Noreau *et al.*, 2005).

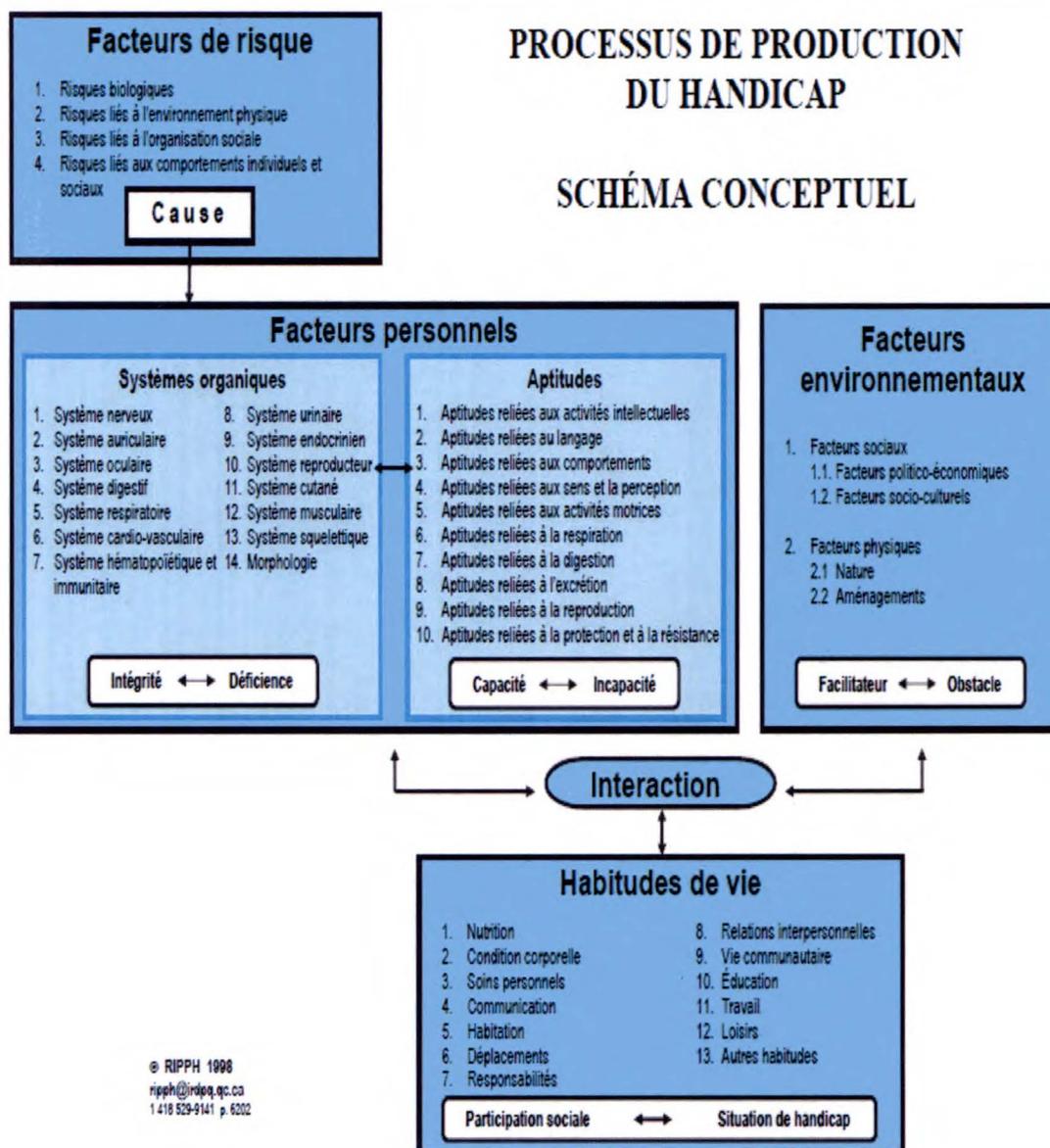


Figure 2. Modèle du processus de production du handicap de Fougeyrollas *et al.*, 1998

Développé par Fougeyrollas et collaborateurs à la fin des années 90, ce modèle définit la participation sociale (réalisation des habitudes de vie) comme la résultante de l'interaction entre des facteurs personnels et des facteurs environnementaux. La participation sociale ne se limite pas à la réalisation d'activités domestiques et quotidiennes, mais englobe tout ce qui est significatif pour la personne, y compris ses rôles sociaux (Fougeyrollas, 2010). La participation sociale est donc le résultat de l'interaction de trois concepts clés : les facteurs

personnels, les facteurs environnementaux et, dans une moindre mesure, les facteurs de risque.

Les facteurs personnels représentent les composantes intrinsèques de la personne, comme les systèmes organiques, les aptitudes et des facteurs identitaires (ex. : l'histoire de vie). Ils s'apprécient sur un continuum allant de l'intégrité à la déficience, pour les systèmes organiques, et sur un continuum allant de la capacité optimale à l'incapacité totale, pour les aptitudes personnelles. Les facteurs de risque influencent directement les facteurs personnels, mais indirectement la participation sociale. Ils sont des éléments qui appartiennent à la personne ou à l'environnement dans lequel elle évolue. Ce sont des éléments qui risquent de porter atteinte à son intégrité ou à son développement. Les facteurs de risque peuvent être, par exemple, la cause d'une maladie (Fougeyrollas, 2010). Les facteurs environnementaux, quant à eux, sont les caractéristiques physiques et sociales du milieu dans lequel la personne évolue. Les facteurs environnementaux concernent trois niveaux, soit le micro (ex. : chambre), le méso (ex. : quartier) et le macro (ex. : société). Ceux-ci s'apprécient sur un continuum allant de facilitateur optimal à obstacle complet. Le processus interactif entre tous ces facteurs permet d'expliquer, toujours sur un continuum, la qualité de la participation sociale.

Comme la majorité des modèles d'interaction personne-environnement, ce modèle s'appuie sur l'approche écologique et sociale considérant l'individu dans son milieu de vie. Toutefois, le PPH se distingue par une fragmentation accrue des facteurs intrinsèques et extrinsèques. Pour Fougeyrollas (2005), l'avantage de ce modèle est le caractère dynamique du processus qui comprend des dimensions personnelles et des variables environnementales davantage définies par rapport à celles de ses prédécesseurs. De plus, il souligne que ce modèle « met en jeu une variation de possibilités ouvertes par des relations dynamiques entre des variables biologiques, fonctionnelles, culturelles et physiques » (Fougeyrollas, 2010). Bien entendu, il y a aussi l'utilisation d'un langage positif, l'aspect interactionnel mis au premier plan ainsi que la prise en compte du caractère idiosyncratique de la personne. Enfin, comme le mentionnent Noreau et ses collaborateurs (2005), tous les concepts du modèle, mis en interaction, ne demeurent qu'un résultat situationnel sur le plan

de la participation sociale. Cela n'est donc pas un résultat statique et définitif. Il est possible de modifier certaines composantes du modèle et d'optimiser ainsi la participation sociale. Cela reflète bien un aspect de la problématique que la présente étude tente de pallier, c'est-à-dire aider les intervenants à identifier le bon environnement pour la bonne personne afin que celle-ci puisse pleinement réaliser ses habitudes de vie et maximiser l'exercice de son autonomie fonctionnelle.

En résumé, ces deux modèles conceptualisent l'interaction entre la personne et son environnement. Le résultat optimal de cette interaction est soit le concept d'adaptation (dans le modèle écologique) ou le concept de participation sociale (dans le modèle du PPH). La décision de conserver deux modèles conceptuels repose, d'une part, sur le rationnel suivant : la gérontologie environnementale a connu un essor important aux États-Unis et la littérature scientifique concernant celle-ci ainsi que les *assisted living* (type de milieu d'hébergement américain qui s'apparente le plus aux RPA québécoises) y est très abondante. De plus, comme le soutient Schwarz (2003), nous soupçonnions que les assises théoriques des études recensées seraient très probablement en lien avec le modèle écologique de Lawton et Nahemow. D'autre part, nous avons la ferme volonté de faire reposer nos travaux sur un modèle conceptuel québécois, puisque la présente étude tente de remédier à une problématique québécoise et s'adresse à des cliniciens québécois. Dans cette même logique, les deux prochaines sections dressent un portrait sommaire des personnes âgées québécoises ainsi que des différents milieux de vie substitués du Québec.

2.2 Portrait des personnes âgées du Québec

Il est reconnu que les personnes âgées de 65 ans et plus forment un groupe hétérogène (Institut de la statistique du Québec, 2012). Néanmoins, certains constats peuvent être dégagés pour les décrire brièvement. Sans grand étonnement, au Québec, la très grande majorité des personnes âgées est retraitée et a un niveau de scolarité inférieur au diplôme d'études secondaires (Institut de la statistique du Québec, 2012). Plus du tiers présentent un faible revenu. Ayant une espérance de vie supérieure aux hommes, les femmes dominent la composition de ce groupe. Par ailleurs, plus elles avancent en âge, plus elles ont tendance à

vivre seules et à considérer leur vie sociale insatisfaisante. Enfin, la proportion de personnes ayant une perception négative de leur état de santé augmente avec l'âge, ce qui est d'autant plus vrai chez les femmes âgées (Institut de la statistique du Québec, 2012).

Bien que la vieillesse ne soit plus synonyme de dépendance ni de maladie, et que cette situation arrive plus tard dans le parcours de vie des personnes âgées, il n'en demeure pas moins que l'avancement en âge est un facteur de risque pour la majorité des problématiques de santé et l'entrée dans un milieu de vie substitut (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2011; Gaugler *et al.*, 2007; Institut national de santé publique du Québec, 2010). Actuellement, 75 % des personnes âgées présentent au moins un problème de santé chronique (Institut canadien d'information sur la santé, 2011). Celles ayant au moins trois problèmes de santé chroniques utilisent 40 % de tous les soins de santé prodigués aux aînés, consultent trois fois plus souvent un professionnel de la santé et consomment deux fois plus de médicaments que le reste de la population (Institut canadien d'information sur la santé, 2011). Il est reconnu que la présence de maladies chroniques ainsi que la douleur associée à certaines d'entre elles amènent les personnes âgées à avoir de la difficulté à réaliser leurs activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD) et à répondre adéquatement à leurs besoins personnels (Gilmour et Park, 2006). Par ailleurs, le besoin d'aide dans les AVQ et AVD est l'un des principaux motifs de prestation de services chez les personnes âgées (Banaszak-Holl *et al.*, 2004; Gaugler *et al.*, 2007). Un second motif est la présence de déficits cognitifs. Actuellement, 25 % des personnes âgées ont des déficits cognitifs (Instituts de recherche en santé du Canada, 2010). On estime que cette proportion augmentera dans les prochaines années, ce qui exercera, entre autres, une pression sur les réseaux d'hébergement public et privé (Société Alzheimer du Canada, 2010).

D'autres problèmes de santé ou événements de la vie peuvent devancer, chez les personnes âgées, le désir ou le besoin de recourir à des services d'hébergement permanent. Parmi les principales raisons répertoriées dans la littérature, notons un besoin de sécurité généralement invoqué en raison d'un événement précis. Par exemple, l'expérience d'une chute ainsi que ses conséquences physiques (ex. : fracture de la hanche) et psychologiques

(ex. : peur de tomber à nouveau) fragilisent la personne âgée (Agence de la santé publique du Canada, 2009). Chaque année, environ 30 % des personnes âgées chutent (Gagnon et Lafrance, 2011). Cet épisode aigu est le motif le plus fréquent d'hospitalisation et l'une des causes les plus fréquentes de décès chez les personnes âgées (Agence de la santé publique du Canada, 2009; Gagnon et Lafrance, 2011). Plusieurs chuteurs ont peur de chuter à nouveau et ne souhaitent plus demeurer seuls (Corriveau et Roy, 2007; Tinetti *et al.*, 1994). Parmi les principaux motifs de changement de milieu, notons aussi un besoin de socialisation accru par le veuvage, l'absence d'un aidant, une détérioration rapide de l'état fonctionnel à la suite d'un événement de santé, le manque de ressources des services de soutien à domicile pour répondre adéquatement aux besoins, l'inadéquation du domicile pour la prestation de services et la peur de devenir un fardeau pour son entourage (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2011; Black *et al.*, 1999; Blanchard, 2008; Connolly et O'Reilly, 2009; McAuley *et al.*, 1997; Protecteur du citoyen, 2012; Smith *et al.*, 2000; Truchon, 2009).

En somme, des facteurs personnels, des facteurs environnementaux et certaines situations sociales viennent directement influencer la capacité d'adaptation des personnes âgées à leur vieillissement (Charbonneau *et al.*, 2011). Pour certaines d'entre elles, il devient impossible de demeurer à leur domicile naturel, ou elles souhaitent tout simplement déménager avant d'être confrontées à cette situation. Conséquemment, elles envisagent l'entrée dans un milieu de vie substitut pour recevoir l'aide ou l'encadrement dont elles ont besoin. Actuellement, c'est un peu plus de 12 % des personnes âgées québécoises qui sont hébergées de manière permanente dans un tel milieu (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). La section suivante dresse un portrait des différents types de milieux pouvant accueillir une personne âgée en perte d'autonomie.

2.3 Les milieux de vie substituts

Dans la présente thèse, le concept de milieu de vie substitut est repris comme le Conseil des Aînés (2000) le définit, soit comme étant un « lieu constituant l'adresse permanente d'une personne qui lui donne accès en plus du gîte, au couvert et, généralement, à des services

d'aide et d'assistance et même à des soins de santé ». Au Québec, les principaux types de milieux de vie substituts accueillant des personnes âgées sont les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics et privés conventionnés, les ressources intermédiaires (RI), les ressources de type familial (RTF) ainsi que les résidences privées avec services (RPA). Ce réseau d'habitation pour personnes âgées se divise en deux grands segments, soit un réseau public d'hébergement et un réseau privé d'hébergement.

2.3.1 Le réseau public d'hébergement

Le réseau public est composé de milieux régis par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS, 2012). Ces milieux sont les CHSLD publics et privés conventionnés ainsi que les ressources non institutionnelles de type RTF et RI. Ils détiennent un permis d'exploitation du MSSS et sont encadrés et régis par ce dernier.

L'article 83 de la LSSSS confère au CHSLD la mission suivante :

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

Il fut un temps où la grande majorité des places d'hébergement offertes étaient issues des CHSLD. Toutefois, depuis 2006, le nombre de places offertes en CHSLD ne cesse de décroître, ce qui est cohérent avec les orientations du plan d'action ministériel 2005-2010 du gouvernement du Québec. Par ailleurs, cette tendance risque de se poursuivre, puisque le MSSS dans son dernier plan d'action réitère son désir d'offrir davantage de soins et services dans la communauté (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010). Le MSSS souhaite réserver l'accès aux CHSLD à des personnes en grande perte d'autonomie physique et psychique. Il encourage le développement et l'utilisation d'autres types de milieux de vie substituts pour les clientèles ayant des incapacités moindres.

Au 31 mars 2010, le MSSS dénombrait 169 CHSLD, soit 126 publics et 43 privés conventionnés (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2011). Ceux-ci sont généralement d'anciens hôpitaux ou couvents convertis en CHSLD. Ils hébergent

généralement plus de 50 personnes et présentent une architecture institutionnelle. Le type d'unités locatives offert est exclusivement des chambres (individuelles ou partagées). D'un point de vue organisationnel, les CHSLD offrent une gamme standardisée de soins et services contre le paiement d'une contribution mensuelle. Celle-ci varie en fonction de la capacité de payer de la personne hébergée. Toutefois, elle ne peut pas dépasser un plafond fixé annuellement par le MSSS. En 2012, celui-ci s'élevait à 1711,80 \$ par mois pour une chambre individuelle. En plus du gîte et des repas, l'hébergement en CHSLD inclut les soins d'hygiène personnelle, les soins infirmiers, les services de réadaptation, les médicaments, la buanderie et les produits d'incontinence (Conseil des Aînés, 2007).

L'article 312 de la LSSSS reconnaît comme RTF les individus qui accueillent chez eux

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

En vertu de l'article 302 de la LSSSS, est considérée comme une RI

« toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes et qui est reconnue par une agence pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition ».

Au 31 mars 2010, le MSSS dénombrait 139 RTF et 317 RI dédiées aux personnes âgées. Depuis 2006, la tendance observée quant au nombre de places offertes est à la baisse en RTF, mais à la hausse en RI (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). Les deux principales distinctions pouvant être faites entre ces deux types de milieux de vie substituts sont le profil d'autonomie de la clientèle hébergée ainsi que la capacité d'accueil du milieu. En effet, les RTF hébergent des personnes nécessitant un degré de soutien et d'encadrement moindre que celles hébergées en RI. De plus, les RTF peuvent accueillir jusqu'à neuf personnes, et ce, généralement dans une maison résidentielle, tandis que les RI accueillent dix personnes et plus dans un établissement essayant de reproduire le plus possible le

domicile. Dans la très grande majorité des cas, le type d'unités locatives offert est des chambres individuelles. D'un point de vue organisationnel, ces deux types de milieux détiennent un contrat de services avec un établissement d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS). L'offre de services est standardisée. On y retrouve, entre autres, la préparation des repas, la buanderie, les services d'entretien ménager et la gestion des médicaments. Le coût de ces services est assumé conjointement par le CSSS et la personne hébergée à travers sa contribution mensuelle. Les services additionnels (ex. : services professionnels) sont généralement à la charge du CSSS. La contribution mensuelle maximale de la personne hébergée en RTF et en RI est fixée par le MSSS. En 2012, elle s'élevait à 1132,80 \$ (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2012).

Actuellement, un peu plus de 45 000 personnes âgées sont hébergées dans les milieux de vie substitués du réseau public (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). L'admission dans ces milieux est sous la responsabilité des ASSS. Plus spécifiquement, c'est au « Guichet unique d'accès aux services de longue durée » que les demandes d'hébergement sont adressées. Ces demandes peuvent être faites par la personne âgée, ses proches ou un professionnel de la santé. L'analyse des demandes se fait généralement par un comité d'orientation et d'admission de la région (Belleau, 2007). Ces comités, composés de différents professionnels de la santé, ont comme mandat d'analyser et de prioriser les demandes reçues. S'ils concluent qu'une orientation vers un milieu de vie substitué est requise, ils doivent identifier ceux qui répondront le mieux aux besoins de la personne à héberger. La priorisation ainsi que l'identification des milieux de vie substitués se basent sur les besoins cliniques et biopsychosociaux, mais aussi sur des critères tels que l'urgence d'une situation, l'épuisement des proches et la disponibilité des places (Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2011). Si un intervenant du réseau (ex. : gestionnaire de cas) est déjà présent au dossier de la personne âgée, c'est lui qui l'accompagnera et l'informerá, tout au long de ce processus complexe, sinon ce sera un membre désigné par le comité d'orientation et d'admission (Belleau, 2007). Selon Ploton (2005), il est impératif d'accompagner la personne âgée et ses proches, car cela facilite leur cheminement et maximise le potentiel d'adaptation de la personne âgée à son éventuel

milieu de vie. Ce que soutiennent également les travaux de Davies et Nolan (2003) et ceux de Reed et collaborateurs (2003).

2.3.2 Le réseau privé d'hébergement

Le réseau privé d'hébergement est composé des résidences privées avec services. Celles-ci peuvent être à but lucratif (90 % des places) ou à but non lucratif. Les RPA sont définies dans la LSSSS (article 346.0.1) comme étant

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

Depuis février 2009, en vertu de l'article 346.0.3 de la LSSSS, les RPA doivent détenir un certificat de conformité pour pouvoir accueillir des personnes âgées. Elles doivent se soumettre, aux trois ans, au processus de certification obligatoire. Ce processus est encadré par l'ASSS de leur territoire. L'obtention du certificat atteste qu'elles respectent un ensemble de critères sociosanitaires (ex. : alimentation, médication, sécurité), la loi sur les produits alimentaires, la sécurité dans les édifices publics et la loi sur le bâtiment (LSSSS, article 346.0.4). De plus, elles doivent fournir à chaque année à l'ASSS de leur région des informations sommaires quant aux coordonnées de la RPA et de la personne responsable ainsi que certaines informations relatives au bâtiment, aux services offerts et aux catégories d'âge de la clientèle hébergée. Ces informations permettent de maintenir à jour le registre public des RPA du MSSS dont la responsabilité est partagée entre toutes les ASSS du Québec.

Au cours des quinze dernières années, le nombre de places offertes en RPA n'a fait que croître (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). Actuellement, les RPA comptent plus de 2 000 établissements et accueillent plus de 120 000 personnes âgées, ce qui représente près de 65 % de toutes les places offertes, et ce, tous types de milieux de vie substitués confondus (Conseil des Aînés, 2007; Ministère de la Santé et des Services

sociaux, 2011). Par ailleurs, cette tendance risque de se maintenir, car les RPA répondent à une demande et comblent les manques en ce qui a trait non seulement à la disponibilité des places en milieux de vie substitués publics, mais aussi à l'offre de services en soutien à domicile (Bigonnesse *et al.*, 2011). Contrairement aux milieux de vie substitués du réseau public, les RPA composent un ensemble hétérogène pour ce qui est de l'environnement physique (Conseil des Aînés, 2007). En effet, en CHSLD par exemple, on ne retrouve que des chambres individuelles ou partagées, ce qui n'est pas le cas en RPA. En mai 2010, les 125 617 places offertes en RPA se répartissaient comme suit : 35 % en chambres individuelles, 7 % en chambres partagées et 58 % en logement². La capacité d'accueil est aussi très variable d'une RPA à l'autre. Le tableau 1 illustre cette variabilité.

Taille	RPA à but lucratif		RPA à but non lucratif		Total	
	n	%	n	%	n	%
1-9	824	36,0	26	9,0	850	33,0
10-49	816	35,6	182	62,8	998	38,7
50-99	284	12,4	51	17,6	335	13,0
100-199	204	8,9	23	7,9	227	8,8
200 et +	161	7,0	8	2,8	169	6,6
Total	2289	100	290	100	2579	100

Tableau 1. Capacité d'accueil des RPA

Contrairement aux milieux de vie substitués du réseau public, les RPA n'offrent pas une gamme standardisée de services (Aubry, 2005; Conseil des Aînés, 2007). Elles combinent généralement au gîte un ou plusieurs des services suivants : la préparation des repas, les soins d'hygiène personnelle, l'entretien ménager, la surveillance, les soins infirmiers ainsi que la gestion et la distribution de médicaments. En mai 2010, en plus du gîte, 98,8 % des RPA offraient la préparation des repas, 86,8 %, les soins d'hygiène personnelle, 92,4 %, des services d'entretien ménager, et 38,6 %, des soins infirmiers³. Lorsqu'on compare les RPA quant au nombre de services offerts, 15,2 % en offraient trois et moins, 49,7 % en offraient quatre, et 35,1 % en offraient cinq et plus⁴. Les RPA sont tenues de s'assurer que les personnes qu'elles hébergent reçoivent tous les soins et services nécessaires au maintien de leur vie et de leur intégrité. Néanmoins, elles ne sont pas tenues d'offrir elles-mêmes ces

² Informations obtenues suite à l'extraction de données au registre. Cette extraction fut effectuée par un commis de l'ASSS de l'Estrie

³ Idem

⁴ Idem

services. Compte tenu que le MSSS considère les RPA comme un domicile, les personnes âgées ont droit aux services de soutien à domicile. Malheureusement, comme la demande excède l'offre de services en soutien à domicile, les personnes âgées qui résident dans les RPA sont très rarement jugées prioritaires (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2011; Protecteur du citoyen, 2012; Vaillancourt et Charpentier, 2005). Les RPA se voient alors contraintes de développer les services requis par leurs locataires ou doivent trouver des alternatives à la prestation de ces services (Aubry, 2005; Ducharme *et al.*, 2004).

Les RPA à but lucratif sont soumises aux lois du secteur marchand. Conséquemment, elles fixent le prix mensuel en fonction de l'offre et de la demande de leur quartier ainsi que du nombre de services qu'elles proposent. Selon la Société canadienne d'hypothèques et de logement (2012), le prix mensuel moyen est de 1475 \$; toutefois, il peut atteindre 5000 \$ selon le Conseil des Aînés (2007). Les RPA à but non lucratif utilisent des programmes gouvernementaux pour offrir des logements décents et accessibles à des personnes à faibles revenus. Règle générale, le prix du loyer sans services en RPA à but non lucratif devrait correspondre au maximum à 25 % du revenu de la personne hébergée (Conseil des Aînés, 2007). Toutefois, il faut être prudent, car selon Charpentier et collaborateurs (2005), les RPA à but non lucratif dites traditionnelles offrent rarement une gamme de services suffisamment complète pour accueillir des personnes âgées en perte d'autonomie, alors que celles qui se sont développées pour accueillir spécifiquement cette clientèle demandent plutôt des loyers dont le montant varie entre 1000 \$ et 2000 \$ par mois, ce qui ne correspond plus à la règle du 25 % du revenu (Ducharme et Dumais, 2008). Bien qu'à l'origine, les RPA accueilleraient des personnes âgées autonomes ou en très légère perte d'autonomie, il fut observé que la clientèle hébergée présentait d'importantes pertes cognitives et fonctionnelles (Bravo *et al.*, 1998; Charpentier, 2002). Selon Bigonnesse et collaborateurs (2011), ce portrait de la clientèle risque d'être toujours d'actualité et même de s'alourdir dans les prochaines années, vu le désengagement progressif du gouvernement du Québec et le manque de places flagrant dans les milieux de vie substituts du réseau public (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2011).

Le processus d'admission en RPA est théoriquement du ressort de l'exploitant de la RPA ainsi que de la personne âgée et de sa famille. L'exploitant doit faire sa publicité, combler ses unités locatives et gérer sa liste d'attente, tandis que l'ainé est perçu comme un consommateur. Conséquemment, il est responsable du processus de recherche d'information sur les RPA de son quartier. Il doit aussi les comparer afin d'évaluer lesquelles répondent à ses besoins cliniques, à ses préférences et à son budget (Davies et Nolan, 2003). Puisque ce processus est complexe en démarches de toutes sortes et qu'il existe un marché intéressant de consommateurs, différentes agences d'hébergement et d'experts-conseils ont vu le jour dans les dernières années. L'Agence Doré et Hébergement Conseil, par exemple, accompagnent gratuitement les personnes âgées et leur famille dans le processus de recherche et de sélection d'une RPA. Ces agences sont rémunérées par les exploitants des RPA qui forment un groupe de réseautage. Il est difficile d'identifier les critères qui guident les recommandations de ces « experts-conseils ». Néanmoins, leurs connaissances du réseau de la santé et des services sociaux, des divers crédits d'impôts et des milieux de vie substituts facilitent et sécurisent très certainement les personnes âgées et leur famille dans leur processus de recherche, généralement chargé en émotions diverses (Davies et Nolan, 2003; Lee *et al.*, 2002).

Autrefois, les RPA étaient sciemment ignorées par les comités d'orientation et d'admission, mais graduellement elles commencent à être considérées comme des options intéressantes du continuum de soins et services (Bigonnesse et al., 2011). La pression est forte dans les hôpitaux pour libérer des lits occupés par des personnes âgées en attente d'une relocalisation ainsi que dans les CSSS où les listes d'attente du réseau public d'hébergement s'alourdissent (Blanchard, 2008; Brodeur *et al.*, 2008). Bien que les intervenants des CSSS se défendent de ne pas orienter les personnes âgées vers les RPA, une étude de Charpentier et collaborateurs (2000) a démontré que plus du tiers des personnes âgées qui avaient été admises dans un établissement du réseau public pour des soins de courte durée avaient été orientées vers une RPA à la suite de leur séjour. Puisque les RPA sont dorénavant encadrées et certifiées, il ne serait pas surprenant que, dans quelques années, tous les comités d'orientation et d'admission les considèrent comme des options légitimes. Actuellement, dans la région du Bas-Saint-Laurent, il existe un protocole

d'entente entre les exploitants des RPA qui le désirent et le comité d'orientation et d'admission (Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2011). La RPA d'un propriétaire qui le souhaite peut être considérée dans les options d'hébergement proposées par le comité aux personnes âgées à relocaliser. Certaines régions, comme l'Estrie, commencent elles aussi à considérer les RPA comme des partenaires et à s'intéresser à leur offre de services. Selon Delli-Colli et collaborateurs (2006), rien n'indique que les RPA ne puissent répondre adéquatement aux besoins de certaines clientèles. Elles doivent néanmoins définir clairement leurs critères d'admission et de transfert et garantir le suivi de la perte d'autonomie des personnes qu'elles hébergent afin de s'assurer qu'elles représentent toujours le meilleur endroit pour dispenser les soins et services requis. Enfin, il est de bon augure que le réseau public, par l'intermédiaire de ses intervenants, accompagne les personnes âgées dans ce processus. Plusieurs études démontrent que l'opinion professionnelle des intervenants est fréquemment un élément clé de la décision finale quant au milieu de vie choisi par la personne âgée ou sa famille (Blanchard, 2008; Davies et Nolan, 2003; Jorgensen *et al.*, 2009; McAuley et Travis, 1997; Reinardy et Kane, 1999; Truchon, 2009). Enfin, très peu de personnes âgées et de leurs proches connaissent suffisamment les réseaux d'hébergement (public et privé) pour être en mesure de juger si un milieu de vie peut répondre adéquatement à leurs besoins à court et à moyen terme (Castle, 2003; Kahana *et al.*, 2003). De sorte que, à notre avis, ce sont les comités d'orientation et d'admission qui devraient guider le processus d'appariement personne-environnement qui sous-tend la recherche d'un milieu de vie substitut, et ce, même lorsqu'il s'agit d'une RPA.

2.4 L'appariement personne-environnement

En gérontologie, l'intérêt initial accordé au concept d'appariement personne-environnement fait suite aux travaux de Pincus et Wood (1970) ainsi qu'à ceux de Lawton et Nahemow (1973). En effet, si l'environnement influence les comportements des personnes âgées et qu'il existe un équilibre optimal à atteindre entre les compétences d'une personne et les demandes de l'environnement, il n'y a qu'un pas intellectuel de plus à franchir pour s'intéresser aux impacts de l'appariement ou à l'adéquation de celui-ci (Fry, 1990; Kahana, 1982; Sherwood *et al.*, 1975; Wolf, 1980). Il existe principalement trois modèles théoriques

permettant de conceptualiser l'appariement personne-environnement, soit un par compétence, un de congruence par domaine prioritaire et enfin, un de congruence par domaine prioritaire pondéré (Carp et Carp, 1984; Kahana, 1982; Lawton, 1982). L'idée générale et commune à ces modèles est de comptabiliser le nombre de besoins non comblés ainsi que les lacunes de l'environnement pour y répondre. Sommairement, le premier modèle fait uniquement l'identification et la sommation du nombre de besoins non comblés par l'environnement. Le deuxième modèle priorise, de manière théorique, l'identification de certains besoins (services de santé, soutien social et communautaire) non comblés. Le dernier modèle, quant à lui, permet à la personne âgée d'identifier les besoins non comblés qu'elle juge personnellement prioritaires. Cvitkovich et Wister (2001) ont comparé ces modèles et ils concluent que le dernier modèle était supérieur aux autres, lorsque le bien-être était l'issue souhaitée. Rien de surprenant, puisque l'application pratique du concept d'appariement personne-environnement est rarement une équation mathématique, rationnelle et logique (Ploton, 2005).

En 2001, s'inspirant du troisième modèle d'appariement personne-environnement, le MSSS a déployé à l'échelle provinciale l'OEMC pour faire le portrait de la personne nécessitant des services (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000). Cet outil, complété par différents professionnels du réseau de la santé, permet une évaluation rigoureuse des besoins biopsychosociaux de la personne âgée ainsi que des ressources disponibles dans son environnement immédiat. Parmi les grands thèmes abordés avec la personne âgée et son aidant, on retrouve l'état de santé, les habitudes de vie, l'autonomie fonctionnelle, la situation psychosociale, les conditions économiques et la prise de médicaments. L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle se fait à l'aide du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). Le SMAF est un outil fiable et valide qui permet, d'une part, d'évaluer la perte d'autonomie, et d'autre part, d'identifier les sources d'aides disponibles pour combler la situation de handicap de la personne âgée (Desrosiers et Hébert, 2007). Ces sources d'aides peuvent provenir, entre autres, du réseau familial ou social de la personne âgée ainsi que de partenaires privés, publics ou communautaires. Le SMAF est composé de 29 items couvrant cinq sphères soit, les AVQ, la mobilité, les fonctions mentales, la communication et les AVD (Desrosiers et Hébert, 2007). La

compilation des scores aux différents items du SMAF permet de générer des profils de perte d'autonomie, appelés profils Iso-SMAF. Ces 14 groupes caractérisent des personnes aux profils de perte d'autonomie similaires et prédisent un niveau de soins infirmiers requis (Dubuc *et al.*, 2006). Par ailleurs, l'examen de toutes ces informations permet d'élaborer une liste de problèmes. L'intervenant, en concertation avec la personne âgée, priorise ensuite ces problèmes afin de créer un plan de services individualisé et de répondre aux besoins non comblés et prioritaires. C'est à ce moment que la deuxième composante du concept d'appariement personne-environnement doit être considérée, soit la recherche d'un milieu de vie qui permettra de combler les besoins identifiés.

Il est important de cerner ce que nous entendons par le concept d'environnement, dans la présente thèse. L'environnement est ici considéré à son niveau microscopique; il fait référence au milieu de vie substitut où la personne réside, à sa RPA. Celui-ci comprend à la fois des facteurs physiques tels que l'architecture, les aides techniques et la configuration du bâtiment, des facteurs organisationnels comme les politiques de gestion et les services offerts ainsi que des facteurs sociaux tels que le personnel et les autres résidents hébergés (Cohen et Day, 1993). Basé sur les travaux de Pincus et Wood (1970), un consensus s'est dégagé entre différents chercheurs sur des dimensions ou propriétés thérapeutiques devant se trouver dans un milieu de vie substitut accueillant des personnes âgées afin que leur adaptation et leur qualité de vie soient optimisées (Cutler, 2000; Lawton *et al.*, 1997). Ainsi, il est reconnu que l'environnement doit favoriser à la fois la sécurité, l'orientation spatio-temporelle, l'autonomie fonctionnelle et les interactions sociales. Il doit aussi offrir une stimulation adéquate, être flexible et permettre au résident de retrouver une certaine continuité entre ses expériences passées et son quotidien. Finalement, il doit permettre aux résidents d'exercer du contrôle sur leur vie, en permettant la liberté d'action et en offrant des choix. Ces dimensions peuvent se retrouver, en tout ou en partie, dans les facteurs physiques, organisationnels et sociaux qui caractérisent le milieu de vie. La communauté scientifique s'entend sur le rôle central et thérapeutique que peut avoir l'environnement sur les personnes âgées (Schwarz, 2003). Plusieurs études ont démontré l'impact de l'environnement sur l'exercice de l'autonomie fonctionnelle (Brawley, 1998, 2001; Iwarsson, 2005), la qualité de vie (Kane *et al.*, 2003; Parker *et al.*, 2004; WHOQOL Group,

1998), le confort et le bien-être (Sloane *et al.*, 2001; Wahl et Weisman, 2003), la participation sociale (Fougeyrollas *et al.*, 1998) et la satisfaction (Kahana *et al.*, 2003; Prawitz et Wozniak, 2005). Il n'est donc pas étonnant que l'appariement personne-environnement soit le principal défi des comités d'orientation et d'admission ainsi que des intervenants qui oeuvrent en milieu de soins de courte durée et qui doivent identifier rapidement un milieu de vie substitut optimal pour une personne âgée, aux préférences et aux besoins cliniques complexes et variés.

Dans les situations où il est identifié qu'une personne âgée doit être orientée vers une RPA, il n'existe actuellement aucun outil pour soutenir adéquatement la seconde composante du concept ainsi que sa finalité, soit respectivement l'environnement et l'appariement. Certes, il existe le registre public des RPA du Québec. Ce registre, accessible en ligne, est par contre limité quant à la quantité et à la qualité des informations qu'il contient (Aubry, 2005; Conseil des Aînés, 2007). Bien que le registre se soit récemment bonifié par l'ajout de précisions quant au personnel engagé (ex. : nombre d'infirmières et de personnel de soin d'assistance), il n'en demeure pas moins que cela est insuffisant dans un contexte d'orientation et de recherche d'une éventuelle RPA. Il est difficile pour les intervenants et les personnes âgées de se représenter une RPA avec si peu d'informations et de sources d'informations (Castle et Sonon, 2007). Présentement, les intervenants vivent un malaise à orienter des personnes âgées vers les RPA, et ce, principalement parce qu'ils estiment ne pas les connaître suffisamment pour pouvoir juger de leur convenance à répondre aux besoins identifiés (Delli-Colli *et al.*, 2006). Contrairement aux milieux de vie substitués du réseau public, le libellé « RPA » regroupe des milieux offrant des environnements physique et organisationnel très différents. Bien qu'elle soit souhaitée, à certains égards, cette hétérogénéité complexifie leur représentation et leur comparaison. Inévitablement, cela affecte l'appariement personne-environnement (Castle et Sonon, 2007). Effectivement, des personnes âgées aux besoins cliniques et préférences similaires se voient conseiller des milieux de vie plus ou moins adaptés à leur situation réelle (Jorg *et al.*, 2002). C'est principalement le manque d'informations qui rend sous-optimales ces recommandations (Castle et Sonon, 2007; Kane *et al.*, 2006).

Lors d'un groupe de discussion focalisée avec des intervenants impliqués dans le processus d'orientation, ces derniers soulevèrent la nécessité d'être mieux outillés pour soutenir adéquatement leurs prises de décisions (Dubuc *et al.*, 2005). Actuellement, les intervenants doivent chercher et trouver l'information par eux-mêmes. Certains compilent l'information dans des carnets de notes qu'ils diffusent lors des réunions d'équipe. Les intervenants en courte durée mentionnent que plusieurs appels téléphoniques sont nécessaires pour trouver une RPA qui convient aux besoins identifiés chez la personne à relocaliser. Ces façons de faire requièrent beaucoup d'énergie et de temps, ce qui est loin d'être optimal dans un contexte de pénurie de ressources et de roulement de personnel.

Un moyen efficace pour dégager la structure d'un ensemble hétérogène et complexe est le développement d'une classification. Cela permet de créer des groupes d'objets (ici de RPA) partageant des caractéristiques similaires, afin de pouvoir se représenter ces groupes et de mieux saisir les particularités de chacun (Everitt *et al.*, 2001; Hair *et al.*, 2010; Tan *et al.*, 2005; Timko et Moos, 1991). Chacun des groupes générés se voit attribuer un libellé, ce qui permet la création d'un langage commun et facilite les discussions ainsi que l'échange d'informations. La section suivante est consacrée aux principales classifications de milieux d'hébergement qui ont été développées à ce jour.

2.5 Principales classifications des milieux d'hébergement

Plusieurs classifications furent développées pour classifier, entre autres, des hôpitaux, des milieux de vie substituts, des unités spécialisées accueillant des personnes atteintes de démence, la distribution géographique des RPA, des programmes de soins, le climat de travail, etc. (Alexander *et al.*, 1985; Bazzoli *et al.*, 1999; Cliche, 2008; Davis *et al.*, 2000; Davis, 1991; Degenholtz *et al.*, 2006; Gold *et al.*, 1991; Grant, 1998; Hawes *et al.*, 2000; Park *et al.*, 2006; Timko et Moos, 1991; Weiner et Alexander, 1993). Parmi ces études, quatre avaient comme objectif principal de classifier des milieux de vie substituts accueillant des personnes âgées, sur la base de certaines caractéristiques de leur environnement physique et organisationnel (Degenholtz *et al.*, 2006; Gold *et al.*, 1991;

Grant, 1998; Park *et al.*, 2006). Dans les sous-sections suivantes, ces quatre classifications seront présentées, analysées et ensuite, discutées.

2.5.1 La classification de Gold et collaborateurs

Gold et collaborateurs (1991) avaient comme objectif de créer une classification d'unités spécialisées accueillant des personnes âgées atteintes de démence, sur la base de 8 caractéristiques de leur environnement physique et organisationnel. Pour permettre la réalisation de cette classification, un échantillon aléatoire stratifié (état et type de propriétaire) de 63 *nursing homes* (équivalents des CHSLD québécois) de 5 états américains différents a été constitué. La collecte de données a été effectuée par l'enregistrement du récit d'observations de 3 évaluateurs externes. Les récits d'observations ont été transcrits en verbatim. Une grille standardisée de 27 caractéristiques appréciées dichotomiquement (ex. : propreté, soit 0 = sale et 1 = propre; décoration des aires publiques, soit 0 = institutionnelle et 1 = familiale) a permis de coder les verbatims produits. Les 3 évaluateurs se sont rencontrés afin d'établir un consensus sur la codification et les variables à utiliser pour développer la classification. Après discussion, ils ont retenu les 8 variables suivantes pour effectuer les regroupements : la propreté, les odeurs, la spécialisation des employés, l'interaction employé-résident, l'attitude du personnel envers les résidents, le niveau de stress du personnel, la philosophie de gestion et l'attitude du gestionnaire envers les résidents. Ensuite, les 3 évaluateurs ont procédé individuellement à la classification des 55 *nursing homes* sur lesquelles suffisamment d'information avait été recueillie. Une seconde rencontre a permis d'obtenir un consensus final quant aux regroupements effectués. La classification résultante comprend 8 groupes distincts, pouvant être distribués sur un continuum allant de « exécration » à « idéal ». Selon Gold et collaborateurs (1991), cette classification permet d'identifier le niveau de qualité des soins offerts par les unités spécialisées des *nursing homes*, ce qui aidera indirectement les personnes âgées et leur famille à choisir un milieu de vie de qualité.

2.5.2 La classification de Grant

L'étude réalisée par Grant (1998) avait comme objectif principal de classier empiriquement les unités de soins présentes dans les *nursing homes*. Les regroupements de cette classification sont basés sur 7 caractéristiques de l'environnement physique, du personnel et de la programmation d'activités offerte aux résidents. Un échantillon aléatoire et stratifié (environnement physique, personnel et programmation d'activités) de 390 unités de soins de 123 *nursing homes* du Minnesota a été constitué. L'instrument de mesure qui a été utilisé est le *Nursing Unit Rating Scale* (Grant, 1994). L'utilisation de cet instrument nécessite plusieurs entrevues avec le personnel (gestionnaire, infirmière, responsable des activités) et des périodes d'observation directe sur les unités étudiées. Des données complètes étaient disponibles pour 334 unités de soins. L'identification des différents types d'unités s'est faite à partir de la méthode de Ward, méthode hiérarchique d'analyses de classification automatisée (ACA), utilisée avec la mesure de distance euclidienne. Un critère d'arrêt, le pseudo t^2 , a permis d'identifier le nombre de groupes optimal. Des analyses de variance (ANOVA) à un facteur ont été utilisées pour l'identification des différences entre les groupes. La classification finale est composée de 6 groupes d'unités qui se distinguent par des combinaisons uniques de caractéristiques. Le libellé de chacun de ces groupes est : (1) *conventional units*; (2) *large undifferentiated units*; (3) *heavy care units*; (4) *dementia units*; (5) *small custodial units*; (6) *rehabilitation units*. Selon Grant (1998), l'intérêt initial était de définir ce qu'était une unité de soins spécialisée pour les personnes atteintes de démence. L'imprécision de ce concept complexifiait la comparaison des résultats issus de différentes études. Cette classification permettrait maintenant de déterminer si une unité de soins doit être réellement considérée comme spécialisée pour les personnes atteintes de démence (groupe 4 : *dementia units*).

2.5.3 La classification de Degenholtz et collaborateurs

Degenholtz et collaborateurs (2006) ont développé, dans le cadre d'une même étude, deux classifications à l'aide d'ACA. En effet, ils ont classifié indépendamment deux aspects de l'environnement des *nursing homes* américains, soit la chambre et la toilette considérées comme l'environnement « proche » (near) et les aires partagées considérées comme

l'environnement « lointain » (far). Un échantillon aléatoire et stratifié (état et capacité d'accueil) de 131 unités de soins de 40 *nursing homes* de 5 états américains a été nécessaire pour réaliser ces classifications. Des données ont également été compilées sur les 1 988 résidents de ces unités, mais elles n'ont pas été utilisées pour développer les classifications. L'instrument de mesure retenu pour décrire les environnements était le *Nursing Home Checklist* (Cutler *et al.*, 2006), spécialement conçu pour cette étude. Il se complète par l'observation directe des unités, et ce, par des évaluateurs dûment formés. Il est composé de 198 items dichotomiques qui génèrent 18 scores. Ce sont ces 18 scores continus qui représentent les variables utilisées pour effectuer les regroupements, soit 7 pour l'environnement « proche » et 11 pour l'environnement « lointain », en plus de 21 variables dites administratives telles que le nombre de résidents par chambre et le nombre d'espaces communs. La méthode hiérarchique de Ward a été utilisée avec la mesure de distance *simple matching*. Pour chacune des classifications, différents paramètres statistiques (ex. : pseudo F de Calinski) et pratiques (ex. : nombre d'unités par groupe) ont permis d'identifier le nombre optimal de groupes. Des ANOVA à un facteur et des comparaisons avec le test post hoc de Bonferroni ont permis d'identifier les différences entre les groupes de chacune des classifications. Au final, chacune des classifications est composée de 4 groupes. Les libellés des groupes sont α , β , γ et δ pour l'environnement « proche » et A, B, C et D pour l'environnement « lointain ». Plus spécifiquement, les groupes de l'environnement « proche » se distinguent, entre autres, par des variables comme le nombre de résidents par chambre, les dimensions de la chambre, le niveau de personnalisation ainsi que l'éclairage. Les groupes de l'environnement « lointain » se distinguent, entre autres, par la capacité d'accueil ou taille du milieu, les services et installations offerts dans les espaces communs, l'éclairage ainsi que l'aide offerte durant les repas. Degenholtz et collaborateurs (2006) ont mis en relation les caractéristiques recueillies sur les résidents et les différents groupes générés. Par exemple, ils ont trouvé que les groupes γ et δ avaient les meilleurs scores quant au support offert par l'environnement physique et qu'étrangement, ils accueilleraient des personnes âgées ayant une perte d'autonomie jugée très légère. S'appuyant sur le modèle de Lawton et Nahemow (1973), l'objectif ultime des travaux de Degenholtz et collaborateurs était d'identifier les « erreurs » d'appariement personne-

environnement; celles qui nuisent à la qualité de vie des personnes âgées. Selon eux, cela serait maintenant facilité par les résultats de leurs travaux.

2.5.4 La classification de Park et collaborateurs

Park et collaborateurs avaient comme objectif d'identifier les groupes qui composent l'appellation *assisted living*, équivalent américain des RPA québécoises. Un échantillon aléatoire et stratifié (capacité d'accueil, région et année de construction) de 193 *assisted living* a été constitué. Les regroupements de cette classification sont basés sur 26 variables représentant des caractéristiques de l'environnement physique et organisationnel ainsi que des caractéristiques de la clientèle hébergée. Les variables sont mesurées à l'aide d'un outil maison et des instruments suivants : *Therapeutic Environment Screening Survey for Residential Care* (Zimmerman, 2001) et *Policy and Program Information Form* du *Multiphasic Environmental Assessment Procedure* (Moos et Lemke, 1996). Un évaluateur externe est requis pour compléter ceux-ci. Une méthode d'ACA appelée *mixture modeling* a été privilégiée, puisqu'il y avait abondamment de données manquantes, et que les variables étaient de nature différente (dichotomique et continue). Des paramètres statistiques (ex. : *log likelihood*) ont permis d'identifier la « meilleure » classification, soit celle à 6 groupes. Des ANOVA à un facteur ont permis d'identifier les différences entre les groupes. Comme la problématique et l'objectif de ces travaux sont similaires aux nôtres, une attention particulière a été portée aux résultats de cette classification. Le premier groupe (n=14) offre très peu de services à des personnes ayant très peu d'incapacités comparativement aux autres groupes. Le second groupe (n=25) se démarque par sa clientèle ayant de très faibles revenus et/ou un problème de santé mentale. Le troisième groupe (n=57) offre une intensité modérée de services à une clientèle ayant une grande perte d'autonomie. Le quatrième groupe (n=54) est caractérisé par des milieux de grande taille ayant les plus hauts scores en termes de loisirs offerts et de qualité de l'environnement. Ce groupe accueille des personnes ayant peu d'incapacités. Le cinquième groupe (n=7) se définit par le haut taux de roulement de son personnel ainsi que par sa clientèle atteinte de problèmes de santé mentale. Enfin, le sixième groupe (n=32) ne se démarque pas statistiquement des autres groupes, et ce, sur aucune des variables vérifiées. Toutefois, il a

le plus bas taux de roulement de personnel et accueille très peu de résidents à faibles revenus.

2.5.5 Critique générale des classifications recensées

Bien qu'elles soient très intéressantes à analyser, ces quatre études ne peuvent résoudre la problématique de la présente étude. Premièrement, 3 des 4 études classifient des milieux d'hébergement davantage comparables aux CHSLD qu'aux RPA québécoises. Deuxièmement, aucune de ces classifications n'a été développée dans un objectif de soutien au processus d'orientation des personnes âgées vers ces milieux. Elles utilisent donc des variables de regroupement propres à leurs objectifs de recherche. Par ailleurs, la seule à s'intéresser à l'ensemble du milieu de vie substitut est la classification de Park et collaborateurs. En effet, celles de Gold et collaborateurs ainsi que celle de Grant ne classifient que les unités présentes dans les *nursing homes*, tandis que celle de Degenholtz et collaborateurs classifie de manière distincte l'environnement « proche » et l'environnement « lointain » d'un même milieu de vie. De plus, toutes ces études se sont déroulées aux États-Unis. Elles prennent donc en considération l'organisation et la prestation de soins et services d'un système de santé privé. Somme toute, elles ne peuvent donc pas être envisagées dans un contexte québécois de soutien au processus d'orientation des personnes âgées vers une RPA où il faut considérer l'ensemble du milieu ainsi que ses liens avec le réseau de santé public.

D'un point de vue strictement méthodologique, ces 4 études présentent aussi quelques lacunes. Premièrement, la classification de Gold et collaborateurs est le résultat unique de l'évaluation subjective d'un groupe de 3 personnes. À notre avis, cette méthodologie est peu robuste et peu reproductible. Les trois autres études, quant à elles, utilisent une approche davantage quantitative, soit les analyses de classification automatisée (ACA). Cette méthodologie et stratégie d'analyse de données est reconnue comme utile et appropriée à la classification empirique d'objets à partir d'un ensemble de caractéristiques (Aldenderfer et Blashfield, 1984; Everitt *et al.*, 2001; Hair *et al.*, 2010; Tan *et al.*, 2005). Toutefois, pour qu'une classification réalisée à l'aide d'ACA soit adéquatement construite,

elle doit respecter certains principes théoriques et pratiques. Étant donné l'utilisation peu fréquente des ACA en gérontologie, nous croyons pertinent de parler davantage de ce type d'analyse multivariée afin de pouvoir critiquer adéquatement les études qui l'utilisent. Ainsi, la prochaine sous-section traitera des aspects méthodologiques et théoriques des ACA. Nous poursuivrons ensuite avec la critique spécifique des études ayant utilisé ce type d'analyse.

2.5.5.1 Les analyses de classification automatisée

Hair et collaborateurs (2010) proposent six étapes décisionnelles⁵, lorsque des ACA sont employées pour développer une classification. La première étape consiste à déterminer le but poursuivi par le chercheur ainsi que les variables nécessaires au regroupement. Notons que l'utilisation la plus courante des ACA est la classification d'objets dans une perspective exploratoire. Toutefois, les ACA peuvent aussi être utilisées dans une perspective confirmatoire. En ce qui a trait aux choix des variables, cette étape est cruciale puisque l'inclusion d'une variable « non pertinente » peut modifier les regroupements effectués (Milligan, 1980). Paradoxalement, il existe très peu de moyens pour déterminer la pertinence d'une variable (Hair *et al.*, 2010; Steinley et Brusco, 2008). Pour guider cette sélection, Hair et collaborateurs (2010) recommandent de s'appuyer, d'une part, sur les objectifs visés, et d'autre part, sur des considérations pratiques et théoriques.

Les deuxième et troisième étapes concernent : (a) la taille et la représentativité de l'échantillon; (b) la détection des données extrêmes; (c) l'identification d'une mesure de distance et l'examen de la colinéarité entre les données; (d) la standardisation des variables précédemment identifiées.

(a) Une des particularités de l'ACA est qu'il n'existe pas de formule mathématique pour déterminer la taille d'échantillon requise (Dolnicar, 2002). Par ailleurs, notons que la présence de données manquantes est une problématique particulièrement difficile à gérer lors d'ACA. La méthode la plus simple est de supprimer complètement les observations liées à cet objet ou à ce participant (Everitt *et al.*, 2001; Hair *et al.*, 2010). Conséquemment,

⁵ Le format de rédaction par articles fait en sorte que ces étapes sont également présentées dans l'article 3 pour s'assurer d'une meilleure compréhension de la part du lecteur.

il faut prévoir une taille d'échantillon suffisamment importante pour, d'une part, illustrer toutes les configurations possibles, et d'autre part, prévoir un certain pourcentage de données inutilisables. Ainsi, lorsqu'aucun fondement scientifique, théorique ou clinique ne permet pas de définir une taille approximative, il est recommandé de maximiser le nombre d'objets observés par rapport au nombre de variables utilisées pour effectuer les regroupements.

(b) La détection des données extrêmes est importante, puisque la majorité des stratégies de regroupement sont fortement influencées par celles-ci (Xu et Wunsch, 2008) et que cela peut biaiser la structure identifiée (Hair *et al.*, 2010). Il est donc primordial de déterminer si elles sont de vraies données extrêmes ou si elles témoignent de la présence d'un sous-groupe marginal (Hair *et al.*, 2010). Dans le premier cas, elles doivent être retirées, et dans le second, elles doivent être conservées.

(c) Un des principes clés de l'ACA est l'identification de la proximité entre les objets sur l'ensemble des variables choisies. Un calcul de distance entre toutes les paires d'observations est alors nécessaire. Plusieurs mesures de distance existent (ex. : euclidienne, Manhattan, Mahalanobis). Le choix de la mesure est conditionné principalement par la nature des variables sélectionnées et leur niveau de colinéarité (Everitt *et al.*, 2001; Gordon, 1999; Hair *et al.*, 2010; Milligan, 1980). L'interdépendance entre les variables doit donc être préalablement examinée. Ainsi, si les variables sont fortement corrélées, la distance de Mahalanobis devra être privilégiée aux autres mesures de distance (de Maesschalck *et al.*, 2000). Par ailleurs, une autre stratégie pour limiter l'impact de l'interdépendance est l'examen de la matrice des corrélations (dans le cas des variables continues) et le retrait d'une variable parmi les paires trop fortement corrélées. Par contre, notons que le choix de la stratégie de regroupement a davantage d'impact sur la classification générée que le choix de la mesure de distance (Milligan, 1980, 1996).

(d) La nature et la transformation des variables doivent aussi être considérées. À cet effet, certaines stratégies de regroupement ne peuvent être utilisées si les variables sont de nature différente (dichotomique et continue). De plus, il est conseillé de standardiser les variables lorsque celles-ci ne sont pas d'échelle identique, puisque, plus une variable est exprimée avec de petites unités (ex. : millimètres vs mètres), donc avec de grandes valeurs, plus son effet sur la classification générée est important. Pour contrer cet effet, il existe

plusieurs façons de standardiser les données, comme l'utilisation du score Z (Gordon, 1999; Milligan et Cooper, 1988).

L'étape suivante traite du choix de la ou des stratégies de regroupement. Il existe deux grandes familles de stratégies de regroupement, soit les méthodes hiérarchiques (ex. : *single linkage*, *complete*, *Ward*) et les méthodes non hiérarchiques (ex. : *k-means*, *k-modes*). Elles ont toutes des principes d'agglomération distincts ainsi que des avantages et inconvénients différents (Everitt *et al.*, 2001; Hair *et al.*, 2010; Milligan, 1980; Xu et Wunsch, 2008). Contrairement aux méthodes non hiérarchiques, les méthodes hiérarchiques sont simples à utiliser et aucun *a priori* n'est nécessaire. De plus, elles sont davantage sensibles aux données extrêmes ainsi qu'aux variables dites « inappropriées ». Par contre, elles effectuent des regroupements qui demeurent fixes tout au long du processus. Puisque les méthodes hiérarchiques et non hiérarchiques se complètent, plusieurs auteurs recommandent : 1) de varier les méthodes hiérarchiques utilisées et d'examiner la convergence entre les résultats obtenus; 2) d'identifier le nombre de groupes et les centres de ces groupes; et 3) d'utiliser ces informations (nombre et centres des groupes) dans une méthode non hiérarchique (Hair *et al.*, 2010; Punj et Stewart, 1983).

Selon Hair et collaborateurs (2010), la cinquième étape concerne l'examen des classifications générées à l'étape précédente, et la sixième étape est la validation de la classification retenue. Toutefois, comme Tan et collaborateurs (2005), nous combinons plutôt ces deux dernières étapes en une seule, soit les épreuves de validation. En effet, nous considérons davantage la validation comme un processus intégratif de différentes informations permettant de juger les classifications générées et de guider, au final, le choix de la classification à privilégier. Tan et collaborateurs (2005) soutiennent que les épreuves de validation servent à : (a) identifier le nombre de groupes; (b) s'assurer que la structure identifiée n'est pas due à l'effet du hasard; (c) évaluer le niveau d'ajustement de la classification à la base de données recueillie; (d) évaluer le niveau d'ajustement à d'autres bases de données similaires.

(a) L'identification du nombre de groupes restera toujours « *the basic problem in clustering* », peu importe la famille de stratégies de regroupement utilisée (Hair *et al.*,

2010). Dans les méthodes hiérarchiques, ce casse-tête advient *a posteriori* et, dans les méthodes non hiérarchiques, il s'impose *a priori*. Les ACA sont principalement utilisées dans un contexte exploratoire, ce qui rend la tâche encore plus ardue, vu l'absence de connaissances antérieures pour guider ce choix (Lange *et al.*, 2004; Milligan, 1996). D'un point de vue purement statistique, la « meilleure » classification est celle qui crée des groupes distincts et homogènes (Kovacs *et al.*, 2006). Pour ce faire, on recommande l'évaluation visuelle des groupes de chacune des classifications potentielles, l'examen du coefficient de variation des groupes générés et l'utilisation de critères d'arrêt statistiques (ex. : pseudo-F de Calinski, pseudo t^2). On conseille aussi la prise en compte de considérations pratiques telles qu'un nombre de groupes aisé à manipuler et un pourcentage raisonnable d'objets par groupe. Enfin, un juste équilibre entre le nombre de groupes et la pertinence des informations fournies par l'ajout ou le retrait d'un groupe doit être privilégié.

(b) Notons que les ACA produisent toujours des regroupements d'objets, et ce, peu importe qu'il y ait ou non une réelle structure à l'intérieur de l'ensemble initial (Hair *et al.*, 2010). L'examen de la reproductibilité des résultats entre les différentes méthodes de regroupement utilisées permet, par le biais d'un pourcentage d'accord, de s'assurer que la structure n'est pas due à l'effet du hasard (Lange *et al.*, 2004; Salem et Nandi, 2009).

(c) Un processus de validation croisée permet, par le biais d'un coefficient d'accord Kappa, d'apprécier le niveau d'ajustement de la classification ainsi que sa stabilité (Hair *et al.*, 2010; Punj et Stewart, 1983). Il est donc primordial d'avoir une taille d'échantillon suffisante pour scinder l'échantillon en deux.

(d) Une dernière épreuve de validation est de reproduire l'algorithme (méthode de regroupement et mesure de distance) de la classification à partir des observations issues d'une autre base de données. Bien entendu, ce cas de figure est peu fréquent, vu la rareté de base de données similaires. Les premières épreuves de validation étant fréquemment négligées, cette dernière l'est tout autant.

Plusieurs auteurs déplorent le peu de considération donnée aux épreuves de validation (Clatworthy *et al.*, 2005; Kaufman et Rousseeuw, 1990; Kettenring, 2006). Pourtant ces épreuves sont indispensables. Elles permettent de s'assurer que les regroupements générés

ne sont pas dus à l'effet du hasard et qu'ils sont pertinents d'un point de vue théorique et clinique. Il faut donc se doter d'une méthodologie réfléchie et valider la classification retenue autant statistiquement que cliniquement. Enfin, l'utilisation de variables illustratives (variables non utilisées pour développer la classification mais connues pour différer entre les groupes), d'ANOVA ainsi que le jugement d'experts sont d'autres façons de confirmer l'utilité et la pertinence de la classification générée (Everitt *et al.*, 2001; Hair *et al.*, 2010; Kettenring, 2006; Milligan et Cooper, 1985; Salem et Nandi, 2009; Xu et Wunsch, 2008).

À la lumière des considérations méthodologiques et pratiques précédemment exposées, la prochaine sous-section reprend la critique des trois études recensées qui ont utilisé des ACA pour développer leur classification (Degenholtz *et al.*, 2006; Grant, 1998; Park *et al.*, 2006).

2.5.6 Critique spécifique des classifications recensées ayant utilisé les ACA

Le tableau suivant compare les études de Grant (1998), Degenholtz et collaborateurs (2006) ainsi que Park et collaborateurs (2006) en regard de leurs différents choix méthodologiques.

	Grant	Degenholtz <i>et al.</i>	Park <i>et al.</i>
But poursuivi	Exploratoire	Exploratoire	Exploratoire
Sélection des variables de regroupement (n)	Recension des écrits (7)	Recension des écrits (25 <i>far</i> ; 13 <i>near</i>)	Non mentionné (26)
Taille d'échantillon initiale et d'analyse (n)	390 (334)	131 <i>far</i> (131) 1 988 <i>near</i> (1 988)	193 (189)
Ratio (n/n^{bre} variables)	47,7	5,3 <i>far</i> ; 152,9 <i>near</i>	7,3
Données extrêmes	Non mentionné	Non mentionné	Non mentionné
Mesure de distance	Euclidienne	<i>Simple matching</i>	Non applicable
Examen de la colinéarité	Oui	Oui	Non mentionné
Transformation des variables	Score Z	Dichotomisée	Non applicable
Stratégie de regroupement	<i>Ward</i>	<i>Ward</i>	<i>Mixture modeling</i>

Déterminer le n^{bre} de groupes	pseudo t ²	pseudo-F de Calinski, Duda/Hart Je (2)/Je(1), examen visuel, pseudo t ² , N ^{bre} /groupe	Examen visuel, log likelihood, <i>Bayesian Information Criterion</i>
Reproductibilité	Non mentionné	Non mentionné	Kappa
Stabilité	Non mentionné	Non mentionné	Mesure d'entropie
Pertinence statistique	ANOVA et khi ²	ANOVA et khi ²	ANOVA et khi ²
Pertinence clinique	Non mentionné	Non mentionné	Non mentionné

Tableau 2. Particularités méthodologiques des études ayant utilisé des ACA

Certaines lacunes méthodologiques méritent d'être soulignées. Globalement, notons le peu d'information divulgué dans les articles scientifiques concernant les décisions méthodologiques prises en cours d'étude. Plus spécifiquement, une première lacune concerne la taille d'échantillon et le ratio entre le nombre d'observations et le nombre de variables utilisées pour effectuer les regroupements. Effectivement, aucune étude ne justifie la taille d'échantillon souhaitée. De plus, l'étude de Degenholtz et collaborateurs (classification de l'environnement « lointain ») ainsi que celle de Park et collaborateurs ont des ratios nettement insuffisants. Deuxièmement, aucune information relative à l'examen des données extrêmes n'a pu être repérée. À cet effet, s'il existe des données extrêmes et qu'elles sont réellement aberrantes, cela reflète indéniablement une faiblesse des études. D'autant plus que les classifications de Grant ainsi que celles de Degenholtz et collaborateurs sont issues d'une méthode de regroupement reconnue pour être sensible à la présence de données extrêmes (Milligan, 1980). Troisièmement, bien que toutes les études aient procédé à des épreuves de validation, celles-ci sont plus ou moins exhaustives. Enfin, aucune étude n'a jugé l'utilité et la pertinence clinique de leur classification. Parmi les forces, notons que ces trois études ont pris les mesures nécessaires quant à la transformations des variables, lorsqu'il était requis de le faire. De plus, elles ont jumelé de manière adéquate la mesure de distance et la stratégie de regroupement (la méthode de Park et collaborateurs ne nécessitait pas de mesure de distance spécifique). Par contre, elles n'ont utilisé qu'une seule stratégie de regroupement.

En conclusion, les quatre études critiquées présentent certaines limites importantes et ne peuvent s'appliquer au contexte de la présente étude ni répondre à sa problématique. Une

classification applicable au Québec et basée sur les caractéristiques de l'environnement physique et organisationnel des RPA doit donc être développée. Cela exige de disposer, au préalable, d'un instrument pour mesurer ces caractéristiques. La section suivante recense ces instruments.

2.6 Les instruments de collecte de données

La littérature scientifique concernant les instruments de collecte de données et d'informations sur les milieux de vie substitués est très abondante. L'objectif premier de cette section est d'identifier un instrument permettant de recueillir des informations fidèles et valides sur l'environnement physique et l'offre de services des résidences pour personnes âgées. Cinq critères ont guidé la recension des écrits relative à cette section. L'instrument devait : 1) s'intéresser en partie ou en totalité à l'environnement physique et à l'organisation des services; 2) avoir une visée descriptive et non évaluative; 3) avoir été développé pour les résidences privées avec services ou leurs équivalents (*assisted living*); 4) être auto-administré; et 5) démontrer une bonne fidélité et validité. Par ailleurs, selon nos connaissances des instruments québécois et francophones existants, nous avons estimé qu'il était peu probable d'identifier un instrument en langue française.

Le tableau 3 fait le lien entre nos 5 critères et les 8 instruments jugés pertinents : 1) *Multiphasic Environmental Assessment Procedure* (MEAP, Moos et Lemke, 1996); 2) *Nursing Unit Rating Scale* (NURS, Grant, 1994); 3) *Professional Environmental Assessment Protocol* (PEAP, Norris-Baker *et al.*, 1999); 4) *Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Home* (TESS-NH, Sloane *et al.*, 2002); 5) *Therapeutic Environment Screening Survey for Residential Care* (TESS-RC, Zimmerman, 2001); 6) *Sheffield Care Environment Assessment Matrix* (SCEAM, Parker *et al.*, 2004); 7) *Observable Indicators of Residential Care Facility Care Quality Instrument* (OI-RC-QI, Aud *et al.*, 2004); et 8) *Nursing Home Checklist* (NH Checklist, Cutler *et al.*, 2006). Notons que le tableau suivant fait état des connaissances au moment de la recension des instruments, soit au début de l'étude. Néanmoins, une récente mise à jour révèle quelques

publications sur les qualités métrologiques de certains de ces instruments (Kang, 2009; Slaughter et Morgan, 2012), mais aucun nouvel instrument n'a été identifié.

	Environnement physique	Environnement organisationnel	Milieu RPA	Visée descriptive	Auto-administré	Fidélité	Validité
MEAP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
NURS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>
PEAP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
TESS-NH	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
TESS-RC	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
SCEAM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>
OI-RC-QI	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
NH Checklist	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Tableau 3. Synthèse des instruments de collecte de données recensés

Nous avons constaté qu'aucun des instruments inventoriés ne répondait à tous les critères recherchés pour la présente étude. La moitié des instruments ne s'intéressait pas à l'environnement organisationnel des milieux d'hébergement. Certains des instruments ont été développés pour permettre l'évaluation des unités spécialisées accueillant une clientèle atteinte de démence, en milieu d'hébergement de type CHSLD. La moitié des instruments a une visée évaluative des caractéristiques, ou ces instruments impliquent une évaluation de la qualité de vie ou des soins et services dispensés. Par ailleurs, ils sont coûteux en temps et en ressources financières, puisqu'ils nécessitent tous le déplacement d'évaluateurs externes et parfois même, des entrevues avec le personnel du milieu de vie substitut. Enfin, bien que les qualités métrologiques aient été évaluées pour plus de la moitié, les procédés et informations demeurent, dans certains cas, plutôt vagues.

Suite à la recherche d'instruments de collecte de données pouvant servir à construire une classification des RPA basée sur des caractéristiques de l'environnement physique et organisationnel, nous avons conclu qu'aucun des instruments ne pouvait être utilisé, et ce, même une fois traduit. Toutefois, certaines sections et énoncés des instruments répertoriés étaient très intéressants et méritaient d'être considérés. Conséquemment, une étape préalable au développement de la classification est venue s'ajouter, soit le développement

d'un questionnaire auto-administré descriptif de l'environnement physique et organisationnel des RPA.

2.7 Objectifs de recherche

L'objectif général de la présente étude est de développer et de valider une classification des RPA du Québec basée sur des caractéristiques de l'environnement physique et organisationnel. Plus spécifiquement, cette étude vise à :

- 1) identifier les caractéristiques de l'environnement physique et organisationnel nécessaires à la représentation d'une résidence privée accueillant des personnes âgées;
- 2) développer un questionnaire pour mesurer ces caractéristiques et évaluer certaines de ces qualités métrologiques;
- 3) générer des regroupements homogènes de RPA, à partir des informations recueillies au moyen du questionnaire, et valider la classification produite.

CHAPITRE 3 – MATÉRIEL, MÉTHODES ET RÉSULTATS

Puisque le format de rédaction de cette thèse est par articles, le troisième chapitre regroupe les deux sections traditionnelles suivantes : Matériel et méthodes ainsi que Résultats. Cette thèse intègre 3 articles liés, respectivement, aux premier, deuxième et troisième objectifs spécifiques précités.

3.1 Premier article de la thèse

Identifying Characteristics of Residential Care Facilities Relevant to the Placement Process of Seniors

Auteurs de l'article : Catherine Lestage, Nicole Dubuc, Gina Bravo

Statut de l'article : publié dans la revue Journal of the American Medical Directors Association 2008, vol. 9, no. 2, pp. 95-101

3.1.1 Avant-propos

Cet article présente la méthodologie et les résultats liés au premier objectif spécifique de l'étude, soit l'identification des caractéristiques de l'environnement physique et organisationnel nécessaires à la représentation d'une résidence privée accueillant des personnes âgées. Concernant le travail expérimental lié à cet article, j'ai recensé les écrits scientifiques pertinents pour identifier un premier ensemble de caractéristiques à considérer, préparé les deux questionnaires Delphi, recruté les participants et analysé les données. J'ai rédigé la première version de l'article. J'ai ensuite intégré les corrections et commentaires des coauteurs, jusqu'à la satisfaction de toutes. Enfin, j'ai soumis l'article, assuré la correspondance avec l'éditeur et apporté les modifications demandées par les réviseurs.

3.1.2 Autorisation d'intégration d'un article écrit en collaboration à une thèse

La copie signée est présentée à la page suivante.

**AUTORISATION D'INTÉGRATION
D'UN ARTICLE ÉCRIT EN COLLABORATION
À UN MÉMOIRE OU UNE THÈSE**

Je (ou nous), soussignée(s), soussigné(s), co-auteur(s), co-auteur(s) de l'article intitulé : Identifying
Characteristics of Residential Care Facilities Relevant to the
Placement Process of Seniors

reconnais (reconnaissons) que ledit article sera inclus comme partie constituante du mémoire de la thèse
de l'étudiant(e) (nom) : CATHERINE LESTAGE

Inscrit(e) au programme de SCIENCES CLINIQUES (GÉRIATRIE)

de la Faculté de MÉDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTÉ de l'Université de Sherbrooke

En foi de quoi, j'ai (nous avons) signé cet engagement en un nombre suffisant d'exemplaires*

Signature C E Date : 21 août 2012

Nom CATHERINE LESTAGE

Coordonnées 1036 rue Belvédère Sud, Sherbrooke, QC,
J1H 4C4

Signature N D Date : 21 août 2012

Nom NICOLE DUBUC

Coordonnées 1036 rue Belvédère Sud, Sherbrooke, QC,
J1H 4C4

Signature J B Date : 24 août 2012

Nom GINA BRAVO

Coordonnées 1036 rue Belvédère Sud, Sherbrooke, QC,
J1H 4C4

Signature _____ Date : _____

Nom _____

Coordonnées _____

* Un exemplaire pour l'étudiante, l'étudiant, un exemplaire pour chaque personne signataire et un exemplaire pour le Service des bibliothèques (à remettre avec le mémoire ou la thèse au moment du dépôt final).

3.1.3 Résumé en français du premier article

Objectif : Identifier les caractéristiques de l'environnement physique et organisationnel des résidences privées avec services pour personnes âgées (RPA) qui sont nécessaires à l'orientation de celles-ci, selon le profil d'autonomie fonctionnelle prédominant (cognitif ou mobilité) de la personne à héberger.

Devis : Une consultation d'experts par questionnaire postal de type Delphi, jumelée à la méthode d'atteinte de consensus de type RAND/UCLA, a servi à quantifier le niveau de pertinence des items proposés et le degré d'accord entre les experts de chacun des groupes.

Participants : Les participants représentent différents groupes d'intérêts, issus de divers secteurs (public, privé et communautaire) et provenant de différentes régions géographiques de la province du Québec, Canada.

Résultats : Sur les 58 personnes intéressées à participer, 48 (82,8 %) ont retourné les deux questionnaires. Le premier groupe d'experts a identifié 171 items comme étant essentiels lorsque l'on souhaite orienter une personnes âgée avec des déficits cognitifs vers une RPA. Sur les 171 items, 88 concernent l'environnement physique, et 83, l'environnement organisationnel. Le second groupe d'experts a identifié 146 items comme étant essentiels lorsque l'on souhaite orienter une personne âgée avec une problématique davantage liée à sa mobilité; 75 concernent l'environnement physique et 71 l'environnement organisationnel. 85 % des items choisis par les deux groupes sont identiques.

Conclusion : Cette étude a permis de dresser une liste des items nécessaires à la description des RPA en regard de leur environnement physique et organisationnel, mais aussi utiles au processus d'orientation des personnes âgées. Elle permet le développement d'un questionnaire auto-administré qui fournira, éventuellement, des informations pertinentes sur les RPA aux personnes âgées et à leurs proches, aux intervenants du réseau de la santé, aux gestionnaires et décideurs.

Mots-clés : Résidence pour personnes âgées, Consultation d'experts, Processus d'orientation, Canada

Abstract

Objective: To identify which characteristics of the physical and organizational environments of residential care facilities (RCFs) need to be known to support the placement process of seniors with cognitive and physical disabilities.

Design: We used a two-round postal Delphi survey based on the RAND/UCLA Appropriateness Method with two groups of experts.

Participants: Participants are representatives of concerned stakeholder groups from various sectors (public, private and community) and geographical regions within the province of Quebec, Canada.

Results: Out of the 58 persons who were interested in participating, 48 (82.8%) returned their questionnaires. The first group identified 171 items essential to consider when a cognitively impaired senior needs to move into a RCF. Of these, 88 were related to the physical environment of the RCF and 83 to its organizational environment. The second group identified 146 items to be relevant to consider when a senior with physical impairments needs to choose a RCF; 75 for the physical and 71 for the organizational environment. 85 % of the items selected by both groups (cognitive versus physical group) were identical.

Conclusion: This study provided a list of important items that described residential care facilities in regard to their physical and organizational environments to support the placement process of seniors. It also provides the possibility to develop a self-administered tool that will supply valuable information to seniors and their relatives, to health care professionals, administrators and decisions-makers.

INTRODUCTION

In the context of an aging population¹ and where access to nursing home is limited, the need to provide home care services to community-dwelling seniors will likely continue to rise over the next years.² However, in spite of their desire to stay at home, some elders cannot receive care in that setting. During the last decade, the number of Residential Care Facilities (RCFs) has considerably increased. These non-institutional settings are now seen by health care professionals as a promising avenue for providing services to disabled elderly in the least restrictive and most homelike environment. However, health care professionals have to ensure that the RCFs can respond to the preferences and needs of the elderly.

In the province of Quebec, Canada, health care professionals use the Multiclientele Evaluation Tool to establish the needs of the elderly. With the objective of directing the elderly towards the facility best suited to support their personal autonomy³, they then consider the physical and organizational environments of RCFs located in their area. The Person-Environment Fit is a major challenge in the aged care placement process. In the province of Quebec, there are currently no official registers of public and private RCFs that describe their physical and organizational environments (e.g.: rules, policies, resident control, staffing mix, etc.). Additionally, it is difficult to draw up an accurate portrait of RCFs given to the significant variations regarding relevant facility attributes such as size, ownership type, health services provided and staffing ratios.⁴⁻⁶ The recommendations expressed by health care providers and the choice of RCFs made by seniors and their families are then based on limited information. As a result, it is not unusual for seniors with similar needs to be directed toward settings that are not adapted to their individual needs and wishes.⁷ This situation has led us to conclude that the elderly and health care professionals would benefit from a tool describing the physical and organizational environments of RCFs. By enhancing the quality of available information, such a

tool would promote a more equitable access to the right setting. Given to financial constraints faced by health care systems, a generic and brief instrument to be filled out by RCF owners would be preferable to a tool that requires observers and interviews. Incentive to fill out the questionnaire could come from Health and Social Services Agencies (HSSA) that are responsible for the regional planning (e.g.: resource management, delivery of RCF's certification, identification of the population's needs and deploying effective response, etc.) and, as a result, frequently interact with both publicly funded and privately owned RCFs. Once collected, the information would be made available to health care professionals who lead the placement process as well as to seniors searching for a new supportive setting. Both groups would then have a better picture of RCFs in their regions. RCF owners would also gain from providing the requested information as it would increase their visibility. The occupancy rate in private RCFs currently varies from 80% to 99.5% in Quebec.

A number of tools exists for assessing the environments of long-term care settings.⁸⁻¹⁵ However, many of these tools are restricted to institutional settings or were developed to assess special care units designed for cognitively impaired older adults. Despite their undeniable advantages, they present some limitations for our goals. First, these instruments include aesthetic and quality aspects; therefore they must be completed by a design expert or someone with specific knowledge. Second, some of them require an interview with the administrative staff. Finally, these tools are too long and complex to be used on a yearly basis by RCF managers or owners, health care professionals or administrators.

Hence, our goal was to develop a brief generic self-administered tool that would objectively describe the physical and organizational environments of RCFs. The instrument had to support the aged care placement process and be relevant to all residential facilities admitting older adults. Additionally, it had to be limited to physical features, policies and services of these

facilities and not cover characteristics of the residents, the social climate of facilities or the quality of services as other instruments exist to appraise these important aspects of RCFs.¹⁶⁻¹⁸

METHODS

To identify and select the relevant characteristics, we used a modified Delphi approach based on the RAND/UCLA Appropriateness Method¹⁹ which combines evidence from the literature with experts' opinions. We conducted a two-round postal Delphi survey with experts recognized for their knowledge on the elderly. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Health and Social Services Centre – University Institute of Geriatrics of Sherbrooke.

Literature Review

We derived a list of potentially relevant characteristics by conducting a literature review using electronic databases (e.g.: PubMed, Embase, CINAHL and Ageline), professional and governmental documents, and reference lists of retrieved articles. We paid particular attention to key dimensions judged important by renowned experts²⁰ in the assessment of seniors' environments, namely: safety, orientation, functionality, stimulation, personal control, social interaction, continuity and change. We also thoroughly examined existing environmental assessment tools.^{10, 13, 14} As a result of the abundance of scientific literature on the organization of the services provided in long-term care facilities and their physical environment,²¹ we derived a list of 286 items: 116 pertained to the organization of the services and 170 to the physical environment. These items were included in a questionnaire that was pre-tested with three health care professionals and later received minor changes.

Participant Panel

The Delphi method is an iterative multistage process designed to combine opinions into group consensus.^{22, 23} Several criteria were taken into consideration in selecting the experts. We

aimed at recruiting a sufficient number of individuals in order to get the view of all stakeholder groups concerned by the topic under investigation, to include individuals with personal or clinical expertise in the domains of interest and to ensure that the diversity of geographical regions within the province of Quebec was well represented.

We sent an explanatory letter to all health and social services agencies of the province and to provincial stakeholder groups asking for names of potential panellists. Proposed panellists included older adults, RCF owners, presidents of relevant associations (e.g.: the Alzheimer Society), health care professionals who carry out the placement process and decision-makers involved in the care planning for older adults. All proposed panellists were invited by phone to participate. A month and a half later, we ended the recruitment process having received positive responses from a sufficiently large ($n = 58$) and representative sample of individuals. Expecting that different facility characteristics could be chosen depending on the health condition of the elderly who needs to move in a facility, participating panellists were divided into two groups based on their clinical or personal experience. Panellists in the first group were familiar with the needs of cognitively impaired older adults, while those in the second group were knowledgeable of the needs of the elderly with mobility impairments.

Round 1

The first mailing contained a letter explaining the study, the Delphi process and the ratings. It also contained two consent forms, the questionnaire and a self-addressed stamped return envelope. The participants had three weeks to return the survey and one signed consent form. A follow-up reminder of the closing date was ensured a week before the deadline.

The first questionnaire contained the 286 items identified from the literature review which were divided into 15 sections: general information on the facility, staff, services and activities available, volunteers, organizational policies, residents' participation and satisfaction,

rules, neighbourhood, exterior and grounds, lobby and entrance, hallway and stairs, recreation area, dining room, apartment or room, toilet and bathroom. Each section provided a space for suggesting additional items. Both groups of participants were asked to rate the relevance of each item on a nine-point scale. The question was: In order to provide advice to older adults having *major cognitive deficits/mobility impairments* or to a family member, do you consider this item ESSENTIAL to get an accurate picture of an RCF? Additionally, we provided a definition of each item because the ratings have been shown to be influenced by the participant's conception of the item under examination.^{24, 25}

Once the questionnaires were received, we analyzed the responses based on the RAND/UCLA Appropriateness Method (RAM). The traditional RAM considers two specific aspects: the median panel rating of the item and the dispersion of the ratings. We took both aspects into account, but used different cut-off points of appropriateness. We considered an item essential for the placement process when its median was between 8 and 9; we considered it uncertain when the median was equal to 7 and non-essential when the median was in the range of 1 to 6. The dispersion of ratings was evaluated with the Interpercentile Range (IPR) and the Interpercentile Range Adjusted for Symmetry (IPRAS). When the IPR was smaller than the IPRAS, we concluded, as recommended by the RAM, that the panellists were in agreement on the item (see table 1). We chose this rigid approach because the items had already been judged useful in the literature and it has been shown to enhance the reproducibility of the ratings.²⁴ The ratings from groups A and B were independently analyzed.

Table 1. Data Analysis Matrix

Overall Panel Median	Dispersion of Ratings	
	IPR < IPRAS	IPR \geq IPRAS
8-9	essential <i>agreement</i>	essential <i>disagreement</i>
7	uncertain <i>agreement</i>	uncertain <i>disagreement</i>
1-6	non-essential <i>agreement</i>	non-essential <i>disagreement</i>

Round 2

All items that did not receive agreement among the panel members and those that were classified uncertain were included in the second questionnaire. Because the second round had to be more structured,²⁶ we chose to present those items with a new question that allowed only a yes or no answer. The question was: In the current context, do you believe that it is ESSENTIAL to add the following items to those already selected? To help participants make a choice, the items retained in the first round were presented by section. We then analyzed the frequencies of the answers for each item and retained only those that had received more than 80% of positive answers. In addition, we introduced for the first time the items suggested by the participants in the first questionnaire. As for Round 1, a definition and a rating scale from 1 to 9 accompanied these new items. Responses were analyzed as outlined previously.

RESULTS

Out of the 58 participants who were interested in participating, 48 (82.8%) returned their questionnaires. Four participants returned their first questionnaire after the deadline and had to

be dropped from the panel. Four others were too busy to complete the first questionnaire, one was no longer available for personal reasons and another could not be reached despite multiple attempts. The panel was mainly composed of women (68.8%), with an average age of 50.6 (*s.d.*=11.97) and more than a half had at least a bachelor's degree. The participants were public managers (14.6%), health care professionals (33.3%), RCF owners (20.8%), seniors (16.7%) or belonged to various stakeholder groups (14.6%).

Results for Group A

Round 1. Group A participants had to rate the relevance of the 286 items in the placement process of a cognitively impaired senior. The 23 participants judged 149 items essential with agreement, 95 items remained uncertain in regards to relevance or did not reach the level of agreement required and 42 items were declared non-essential with agreement. Finally, 17 new items were collected by the open-ended questions; 5 for the physical and 12 for the organizational environment.

Round 2. The second questionnaire sent to Group A contained 112 items, 95 from the first questionnaire and the 17 suggested by the participants. In this round, the participants rated 22 additional items as essential. Consequently, 171 items were judged essential to consider when a cognitively impaired senior needs to move into a RCF. Of these, 88 were related to the physical environment of the RCF and 83 to its organizational environment. Out of the 15 sections of items, 5 had a selection rate of more than 75%. These were: *services and activities available* (e.g.: price, health services, personal care assistance, housekeeping, laundry, night-time care, religious services), *organizational policies* (e.g.: meal scheduling, visiting hours, curfew), *rules* (e.g.: freedom to choose roommate, to bring personal items or pets, to smoke or drink alcoholic beverages), *apartment or room* (e.g.: individual or shared, with/without full private bathroom, size, TV and cable plugs) and *exterior and grounds* (e.g.: reserved parking for residents and

visitors, courtyard, outdoor furniture such as tables and chairs). No items were retained in the *volunteers* category. Table 2 shows the whole process and Figure 1 presents the final results by section.

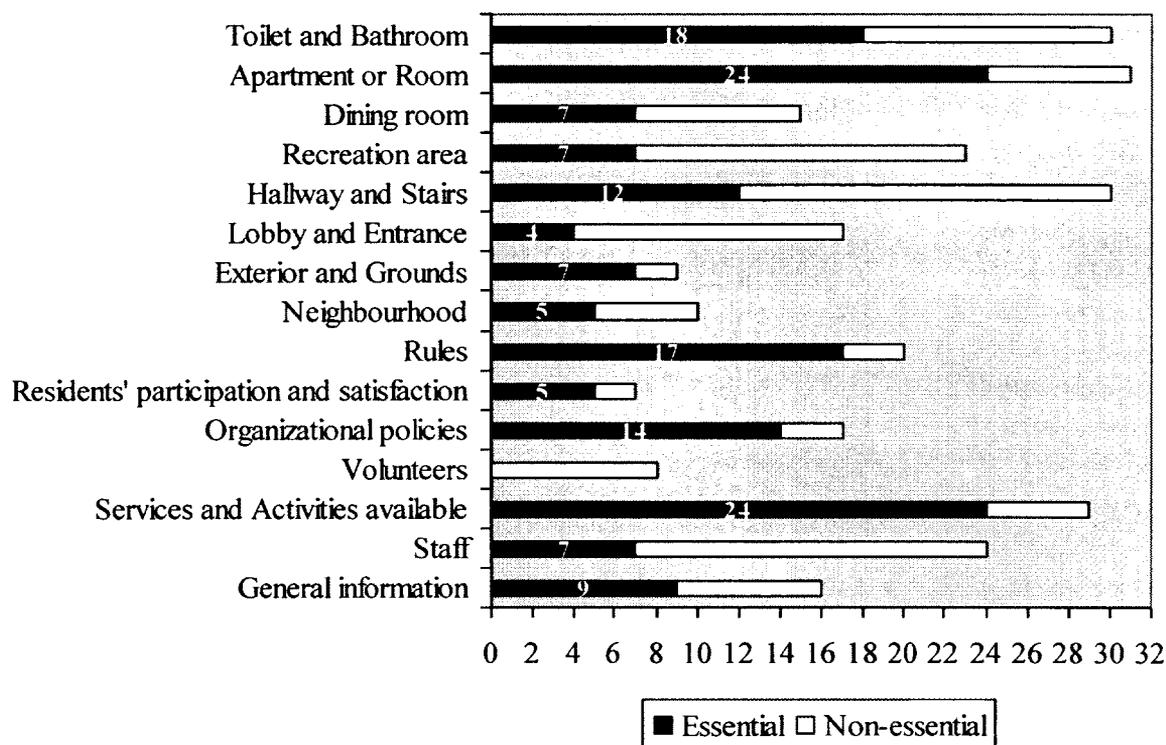
Table 2. Outcomes of Group A

Environment	Essential	Uncertain	Non-Essential	New	Proposed initially	Round 1
Physical (P)	83	65	22	5	170	
Organizational (O)	66	30	20	12	116	
	149 (52%)	95 (33%)	42 (15%)	17	286	

	Proposed	Added	Rejected	Round 2
P	70	5	65	
O	42	17	25	
	112	22 (20%)	90 (80%)	

	Proposed	Essential	Non-Essential	Final
P	175	88	87	
O	128	83	45	
	303	171 (56%)	132 (44%)	

Figure 1. Number of Items Rated Essential by Group A



Results for Group B

Round 1. Group B participants had to complete the same task but with a mobility-impaired senior in mind. The 25 participants judged with agreement 125 items as essential for the placement process, 110 items were judged uncertain or with disagreement and consequently were retained for the second round of consultation. Lastly, 51 items were stated with agreement not to be crucial in the placement process. The participants of this group suggested 12 new items, 4 for the physical environment and 8 for the organizational.

Round 2. The second questionnaire sent to Group B was composed of 122 items: 110 from the previous survey and 12 from the suggestions collected in Round 1. The participants agreed to add 21 items to those already identified: 7 were related to the physical environment and 14 to the

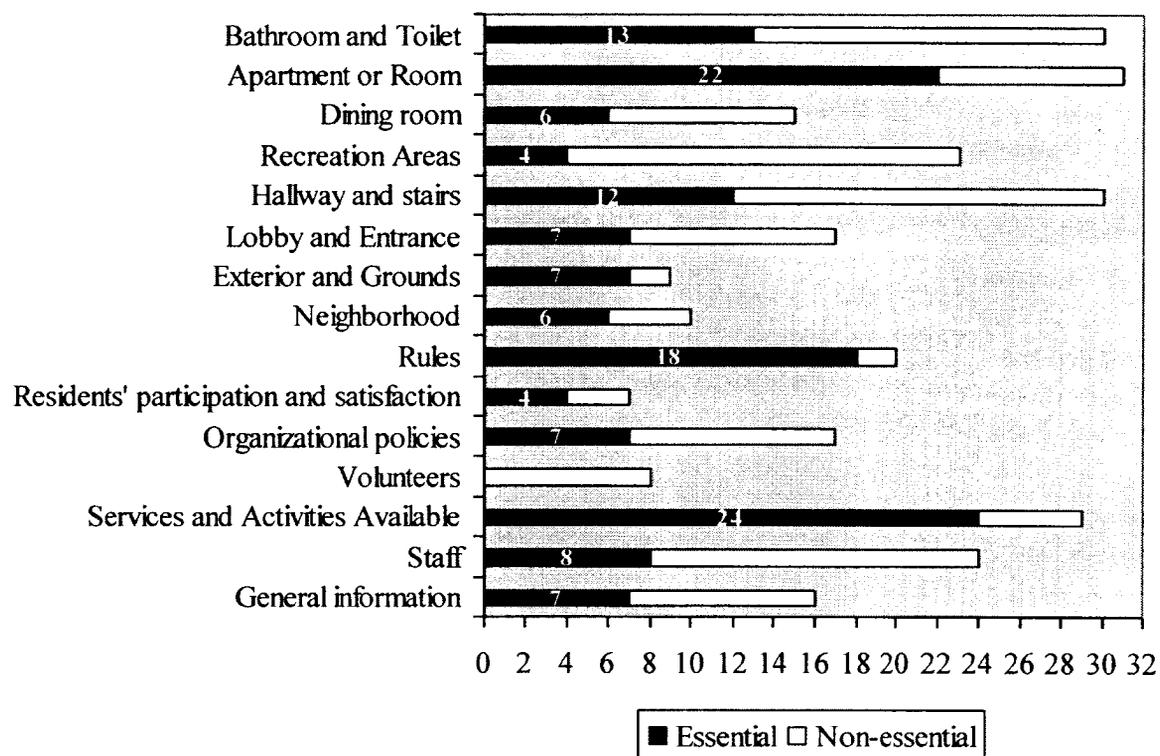
organizational. Thus, 146 items were selected, 75 for the physical and 71 for the organizational environment. The sections with a selection rate of more than 75% were: *services and activities available, rules and exterior and grounds*. Like Group A, no items were selected in the *volunteers* section. Table 3 shows the whole process and Figure 2 presents the details of each section.

Table 3. Outcomes of Group B

Environment	Essential	Uncertain	Non-Essential	New	Proposed initially	Round 1
Physical (P)	68	71	31	4	170	
Organizational (O)	57	39	20	8	116	
	125 (44%)	110 (38%)	51 (18%)	12	286	

	Proposed	Added	Rejected	Round 2
P	75	7	68	
O	47	14	33	
	122	21 (17%)	101 (83%)	

	Proposed	Essential	Non-Essential	Final
P	175	75	99	
O	128	71	53	
	298	146 (49%)	152 (51%)	

Figure 2. *Number of Items Rated Essential by Group B*

Finally, 85 % of the items selected by both groups (cognitive versus mobility group) were identical.

DISCUSSION

The use of a modified Delphi process based on the RAND/UCLA Appropriateness Method (RAM) allowed to refine and confirm a list of items initially derived from various scientific, governmental and professional documents. We identified 171 items (88 P and 83 O) that are important to know before selecting a RCF for a cognitively impaired senior (Group A) and 146 items (75 P and 71 O) which are relevant for a physically disabled senior (Group B). In both groups, the section *rules* had the highest rate of selection followed by the section *services and activities available*. These results are in agreement with those of other studies that

investigated important factors in the selection of a facility or the relevant information area.²⁷⁻²⁹ Sales et al. (2005) found that seven factors were associated with the choice of the community residential care setting (group housing with additional services: adult family homes, adult residential care and assisted living), namely facility policies, location, quality, reputation, services offered, price and religious affiliation. Harrington's study conducted in 2003 uncovered six key areas of information on nursing facilities: facility characteristics and ownership, resident characteristics, staff, clinical indicators, financial information and outcomes of quality measures. Finally, Reinardy and Kane (1999) found that more than half of the cognitively intact residents felt that supervision and safety, personal assistance, medical care, cost of care, location / neighbourhood and the homelike atmosphere were important in their selection process of a nursing facility. In our study, the items *location, neighbourhood, price, facility characteristics, ownership, staffing data* and *safety attributes* were also selected by the panel. However, we didn't present any item labelled "quality" because our goal was to identify characteristics that objectively describe RCFs. Furthermore, the factor "quality" is a multidimensional construct, the assessment of which involves judgement.^{30, 31}

Our results also converge with findings from other studies^{32, 33} that ask older adults and caregivers the reason behind a demand for residential care facility. For seniors, the inability to manage Activities of Daily Living (ADLs) is strongly associated with their demands; for caregivers, the most common reason (65%) was the need for more skilled care for their relative. Therefore, it seems logic that the items of the *services and activities available* were almost all selected. Interestingly, our findings are also in agreement with key concepts of the residential care philosophy, such as the promotion of autonomy, the possibility for residents to receive additional care and services (medical or not), and the flexibility of the policies.³⁴

We initially hypothesized that the items selected by Group A would be different from those retained by Group B. Actually, the vast majority of selected items are identical across groups; 243 items of the initial list (85 %) were rated in the same way by the two groups. We were pleased by these findings because we aimed at creating a unique observational instrument of RCFs which are known to serve a diversity of customers. For the specific questions related to cognitive and physical deficits, two sub-sections were created at the end of the tool and are answered only if the RCF allows this type of clientele.

Some limitations of the present study need to be acknowledged. First, the external validity of a Delphi process is dependent on the composition of the panel. We gathered the opinions of concerned stakeholder groups from various sectors (public, private and community) and included participants from different geographical regions within the province.³⁵ However, the composition of the panel was biased towards a clinical perspective with more professionals from the health care system. We intentionally made that choice because health care professionals would certainly be the most important sub-group users of our tool.³⁶ In fact, the main task of health professionals affected to the placement process is to provide information that will help a potential resident to select a facility in light of his/her preferences and needs. Also, residents and family caregivers expect the health care professionals to guide and help them understand this new event.³⁷

Secondly, consensus methods have been criticized in the past with regards to the reproducibility of the results. However, Hardy argued that when rigorous precautions are taken, the Delphi technique is a reliable method.³⁸ Succinctly, these safety measures concern the group composition, the panel motivation, the problem exploration and the analysis of consensus. As suggested, to reduce the effect of group composition, we recruited a heterogeneous panel. To enhance motivation, we sent a follow-up reminder. To structure the problem, we derived a list of

item from the literature and allowed participants to suggest additional items. Finally, to determine the selection of an item, we used the RAND/UCLA method with a rigid approach (e.g.: increasing the median cut-off point to 8). According to Keeney, other criteria such as the credibility of the results may be more appropriate to judge the reliability of a Delphi. Our findings are in agreement with other studies, which increase their credibility and generalizability.

Thirdly, we applied a well-known method to derive a list that has the particularity to be composed of items that can be objectively observed. Unfortunately, the number of items retained is more impressive than expected. All retained items were transformed into questions that can be self-answered by RCFs owners or managers (see Figure 3 for examples). The resulting questionnaire was pilot-tested with 3 RCF owners. On average, it took them 45 minutes to complete it. Participants in the pilot-test said the questions were simple and easy to answer.

Figure 3. *Examples of items transformed into questions*

General information

Does your RCF accept a resident using a wheelchair? Yes No

Services and Activities available

Does your basic monthly rate include:

- | | |
|---|--|
| a) Hot water? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| b) Electricity? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| c) Heat? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| d) Phone calls (without long distance)? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| e) Satellite dish or cable? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| f) Adult diapers? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

Hallway and stairs

The interior staircases of your RCF provide steps with non-skid bands?

All

Most of them

Some

None

However, because of the innovative approach of the self-reported information, this tool is currently being tested for reliability and validity across the Eastern Townships, in the province of Quebec, Canada. After these tests, it will be possible to withdraw a certain number of questions. The tool will then be incorporated into a decision support system with the final objective to reach the optimal person-environment fit. Undoubtedly, it will not replace the judgement of health care professionals but it will certainly support them. During their usual work, they stop over at some RCFs to meet seniors; therefore it will be easy for them to add information on these RCFs or notice those which seem to have given wrong information on their installations and services.

ACKNOWLEDGMENTS

Catherine Lestage is grateful to the *Fonds de la recherche en santé du Québec* for her scholarship and to Ms. Claudia Delli Colli for her comments and assistance in editing this manuscript.

REFERENCES

1. Statistics Canada. Population Projections for Canada, Provinces and Territories 2005-2031. Catalogue No. 91-520-XIE. Ottawa : Statistics Canada, 2005.
2. Minister of Health and Social Services. Home is the option of choice – The Home Support Policy. Quebec : MSSS, 2003.
3. Hofland BF. Autonomy and long-term care practice: Introduction. *Generations* 1990;14:91-94.
4. Hawes C, Phillips CD, Rose M. A national study of assisted living for the frail elderly executive summary: Results of a national survey of facilities. Washington, DC: Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy, and the Public Policy Institute, American Association of Retired Persons, 1999.
5. Hawes C, Phillips CD. High service or high privacy assisted living facilities, their residents and staff: Results from a national survey. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 2000.
6. Zimmerman S, Gruber-Baldini AL, Sloane PD, et al. Assisted living and nursing homes: apples and oranges? *Gerontologist* 2003; 43 Spec. No 2:107-117.
7. Jorg F, Boeije HR, Huijsman R, et al. Objectivity in needs assessment practice: admission to a residential home. *Health Soc Care Community* 2002; 10:445-456.
8. Grant LA. Conceptualizing and measuring social and physical environments in special care units. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1994; 8 Suppl 1:S321-327.
9. Zeisel J, Hyde J, Levkoff S. Best practices: An Environment-Behavior (E-B) model for Alzheimer special care units. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 1994; 9: 4-21.
10. Moos RH, Lemke S. *Evaluating Residential Facilities*. Californie: Sage Publications, 1996.
11. Norris-Baker C, Weisman GD, Lawton MP, et al. Assessing Special Care Units for Dementia. In: Steinfeld E, Danford GS, eds. *Enabling Environments: Measuring the Impact of Environment on Disability and Rehabilitation*. New York: Plenum, 1999.
12. Lawton MP, Weisman GD, Sloane P, et al. Professional environmental assessment procedure for special care units for elders with dementing illness and its relationship to the therapeutic environment screening schedule. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2000; 14: 28-38.
13. Sloane PD, Mitchell CM, Weisman GD, et al. The Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes (TESS-NH): An Observational Instrument for Assessing the Physical Environment of Institutional Settings for Persons with Dementia. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2002; 57B: S69-S78.

14. Barnes S, Design in Caring Environments Study Group. The design of caring environments and the quality of life of older people. *Ageing & Society* 2002; 22:775-789.
15. Cutler LJ, Kane RA, Degenholtz HB, et al. Assessing and comparing physical environments for nursing home residents: using new tools for greater research specificity. *Gerontologist* 2006; 46:42-51.
16. Moos RH, Lemke S. *Group Residences for Older Adults: Physical Features, Policies, and Social Climate*. New York: Oxford University Press, 1994.
17. Bravo G, Dubois MF, Charpentier M, et al. Quality of care in unlicensed homes for the aged in the eastern townships of Quebec. *CMAJ* 1999; 160:1441-1445.
18. Minister of Health and Social Services. *Quality Living Environments for People in Long-Term Care Hospital Centres—Government Orientations*. Quebec : MSSS, 2003.
19. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar S, et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269. Accessed on October 30, 2006.
20. Lawton MP, Weisman GD, Sloane PD, et al. Assessing Environments for Older People with Chronic Illness. *J Ment Health and Aging* 1997; 3:83-100.
21. Joseph A. *Health Promotion by Design in Long-Term Care Settings*. Concord, CA: The Center for Health Design, 2006.
22. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs* 2000; 32:1008-1015.
23. McKenna HP. The Delphi technique: a worthwhile research approach for nursing? *J Adv Nurs* 1994; 19:1221-1225.
24. Campbell SM, Shield T, Rogers A, et al. How do stakeholder groups vary in a Delphi technique about primary mental health care and what factors influence their ratings? *Qual Saf Health Care* 2004; 13:428-434.
25. McDonnell J, Meijler A, Kahan JP, et al. Panellist consistency in the assessment of medical appropriateness. *Health Policy* 1996; 37:139-152.
26. Powell C. The Delphi technique: myths and realities. *J Adv Nurs* 2003; 41:376-382.
27. Sales AE, Hedrick SC, Sullivan J, et al. Factors affecting choice of community residential care setting. *J Aging Health* 2005; 17:190-206.
28. Harrington C, O'Meara J, Kitchener M, et al. Designing a report card for nursing facilities: what information is needed and why. *Gerontologist* 2003; 43 Spec No 2:47-57.

29. Reinardy J, Kane RA. Choosing an adult foster home or a nursing home: residents' perceptions about decision making and control. *Soc Work* 1999; 44:571-585.
30. Kane RA, Kling KC, Bershadsky B, et al. Quality of life measures for nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58:240-248.
31. Kane RA. Definition, measurement, and correlates of quality of life in nursing homes: toward a reasonable practice, research, and policy agenda. *Gerontologist* 2003; 43 Spec No 2:28-36.
32. van Bilsen PM, Hamers JP, Groot W, et al. Demand of elderly people for residential care: an exploratory study. *BMC Health Serv Res* 2006; 6:39.
33. Buhr GT, Kuchibhatla M, Clipp EC. Caregivers' reasons for nursing home placement: clues for improving discussions with families prior to the transition. *Gerontologist* 2006; 46:52-61.
34. Morgan LA, Eckert JK, Gruber-Baldini AL, et al. Policy and research issues for small assisted living facilities. *J Aging Soc Policy* 2004; 16:1-16.
35. Duffield C. The Delphi technique: a comparison of results obtained using two expert panels. *Int J Nurs Stud* 1993; 30:227-237.
36. Keeney S, Hasson F, McKenna HP. A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *Int J Nurs Stud* 2001; 38:195-200.
37. McAuley WJ, Travis SS, Safewright MP. Personal accounts of the nursing home search and selection process. *Qual Health Res* 1997; 7:236-54.
38. Hardy DJ, O'Brien AP, Gaskin CJ, et al. Practical application of the Delphi technique in a bicultural mental health nursing study in New Zealand. *J Adv Nurs* 2004; 46:95-109.

3.2 Deuxième article de la thèse

Physical and Organizational Environments of Private Residential Care Facilities for Older Adults: Reliability of a Self-Report Questionnaire

Auteurs de l'article : Catherine Lestage, Nicole Dubuc, Gina Bravo et Eve-Lyne Robitaille-Beaumier.

Statut de l'article : soumis le 24 septembre 2012 à Ageing & Society

3.2.1 Avant-propos

Cet article présente la méthodologie, les résultats et l'interprétation de ceux-ci en ce qui à trait au deuxième objectif spécifique de l'étude : le développement du questionnaire et l'évaluation de certaines de ses qualités métrologiques. Concernant le travail expérimental lié à cet article, j'ai développé la première version du questionnaire, recruté les participants et j'ai supervisé l'élaboration du guide de consignes et l'analyse des données liées à la fidélité test-retest. Ensuite, j'ai modifié le questionnaire (voir annexe 2), créé le guide de consignes (voir annexe 3), procédé au recensement des participants et analysé les données liées à l'appréciation de la cohérence interne. J'ai rédigé la première version de l'article. Par la suite, j'ai intégré les corrections et commentaires des coauteures, jusqu'à l'obtention de leur accord. Enfin, j'ai soumis l'article pour publication dans une revue scientifique.

3.2.2 Autorisation d'intégration d'un article écrit en collaboration à une thèse

La copie signée est présentée à la page suivante.

**AUTORISATION D'INTÉGRATION
D'UN ARTICLE ÉCRIT EN COLLABORATION
À UN MÉMOIRE OU UNE THÈSE**

Je (ou nous), soussignée(s), soussigné(s), co-auteur(s), co-auteur(s) de l'article intitulé : Physical and Organizational Environments of Private Residential Care Facilities for Older Adults: Reliability of a Self-Report Questionnaire, reconnais (reconnaissons) que ledit article sera inclus comme partie constituante du mémoire de la thèse de l'étudiant(e) (nom) : CATHERINE LESTAGE inscrit(e) au programme de SCIENCES CLINIQUES (GÉRIATRIE) de la Faculté de MÉDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTÉ de l'Université de Sherbrooke. En foi de quoi, j'ai (nous avons) signé cet engagement en un nombre suffisant d'exemplaires*

Signature [Signature] Date : 21 août 2012
Nom CATHERINE LESTAGE
Coordonnées 1036 rue Belvédère Sud, Sherbrooke, QC
J1H 4C4

Signature [Signature] Date : 21 août 2012
Nom NICOLE DUBUC
Coordonnées 1036 rue Belvédère Sud, Sherbrooke, QC
J1H 4C4

Signature [Signature] Date : 24 août 2012
Nom GINA BRAVO
Coordonnées 1036 rue Belvédère Sud, Sherbrooke, QC
J1H 4C4

Signature [Signature] Date : 1^{er} octobre 2012
Nom EVE-LYNE ROBITAILLE BEAUMIER
Coordonnées 1036 rue Belvédère Sud, Sherbrooke, QC
J1H 4C4

* Un exemplaire pour l'étudiante, l'étudiant, un exemplaire pour chaque personne signataire et un exemplaire pour le Service des bibliothèques (à remettre avec le mémoire ou la thèse au moment du dépôt final).

3.2.3 Résumé en français du deuxième article

Cet article présente l'examen de la fidélité d'un questionnaire auto-administré appelé EPO. Le questionnaire EPO a pour objectif la description de l'environnement physique et organisationnel des résidences privées avec services accueillant des personnes âgées (RPA). Premièrement, la fidélité test-retest de tous les items ainsi que celle des scores des 13 sous-échelles du questionnaire a été estimée. Trente-neuf responsables de RPA ont complété, deux fois et à un mois d'intervalle, la version préliminaire du questionnaire. La stabilité de chacun des items et des sous-échelles a été calculée. Les commentaires des responsables ont aussi été compilés. Moins de 10 % des 289 items avaient un coefficient test-retest inférieur à 0,40 et nécessitaient révision. Les coefficients de corrélation intraclasse de 8 des 13 sous-échelles étaient supérieurs à 0,80; aucun était inférieur à 0,45. Sur la base de ces résultats, le questionnaire a été révisé, et un guide d'accompagnement a été créé pour aider les responsable à le compléter. Ensuite, la cohérence interne de la version révisée a été évaluée. Un total de 552 gestionnaires (29 %) de RPA ont accepté de participer à ce second volet. Les alphas de Cronbach de 7 des 13 sous- échelles variaient entre 0,70 et 0,88; entre 0,62 et 0,68 pour les 6 autres. Ces résultats suggèrent que le questionnaire EPO est un outil fiable et peut être utilisé pour décrire les RPA en regard de leur environnement physique et organisationnel.

Abstract

This article describes the reliability of a self-report questionnaire on the physical and organizational environments of private residential care facilities for older adults, called the EPO questionnaire. We first assessed the test–retest reliability of the questionnaire’s individual items and 13 subscales. Thirty-nine facility managers completed the preliminary version of the questionnaire twice, one month apart. We estimated the stability of each item and of the subscales. We also compiled the participants’ comments. Less than ten percent of the 289 questionnaire items had a test–retest coefficient below 0.40 and needed revision. The intraclass correlation coefficients were above 0.80 for 8 of the 13 subscales; none were under 0.45. Based on these results, the questionnaire was revised and a guidebook was created to assist with its completion. The internal consistency of the revised version was assessed afterwards. A total of 552 managers (29%) of private residential care facilities agreed to participate. Cronbach’s alpha coefficients ranged from 0.70 to 0.88 for seven of the 13 subscores and from 0.62 to 0.68 for the six others. These results suggest that the EPO questionnaire is a reliable tool for describing the physical and organizational environments of private residential care facilities for older adults.

Keywords: Residential Care Facility; Questionnaire; Test–Retest; Internal Consistency; Older Adults

Introduction

When the time comes to determine the most appropriate setting for long-term care, older adults with disabilities often rely on health professionals for recommendations and suggestions about the type of setting best suited for them. Ideally, making informed decisions requires two conditions. The first involves a comprehensive assessment of the elder's needs (Kane and Kane 2000). Since 2001, health professionals in Quebec (Canada) have been using the Multiclientele Evaluation Tool to establish the needs of older adults living at home, in an intermediate care setting, or in an institution. The second condition involves identifying the setting that maximizes the senior's quality of life, taking into account preferences and required services. Relevant information for this step should describe the physical and organizational environments of the alternatives under consideration. The environment, among other factors, greatly impacts the quality of life, social participation, and level of independence of older adults (Barnes 2002, Brawley 1998, Cohen 2005, Degenholtz *et al.* 2006, Joseph 2006, Kahana *et al.* 2003).

Since our public long-term care institutions (the equivalent of nursing homes) have been restricted to clients with severe disabilities, the provincial government has strongly encouraged the development of alternate housing resources, mainly private residential care facilities (PRCFs), to meet the growing needs of an aging population (Conseil des Aînés 2007). PRCFs usually admit older people with low to moderate levels of disabilities. They are privately owned, mainly for profit, and basically provide room and board. They are not required to offer a range of standardized services (e.g., housekeeping, bathing, skin care, management of medications). Generally, each service opted for is added to the monthly fees. These non-institutional settings, according to the most recent

census, represent 65 per cent of the places available for disabled older adults (Conseil des Aînés 2007). The various stakeholder groups view PRCFs as a promising avenue for providing services in the least restrictive and most homelike environment (Hawes and Phillips 2007).

Since February 2009, every PRCF manager is required to register as a provincial residential care facility as well as to take steps in order to obtain a certificate stating and ensuring that the PRCF complies with all necessary safety and regulatory procedures. The certification process looks at the PRCF's overall operation, building safety, physical environment (e.g., presence of common areas, specialized equipment, and technical aids) and service delivery (Gouvernement du Québec 2012). The organization and management of staff and services are, however, left to the discretion of the owners, which contributes to the heterogeneity of these settings. Furthermore, the provincial registry does not describe PRCF physical and organizational environments (e.g., rules, policies, health services provided, and staffing mix). As a result, it is difficult for health professionals, older adults, and families to conceive and compare PRCFs.

Several tools are available to assess the physical environment and/or organization of long-term care facilities, such as the *Nursing Home Dementia Special Care Units, Multiphasic Environmental Assessment Procedure, Professional Environmental Assessment Procedure, Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Home, Therapeutic Environment Screening Survey for Residential Care, Sheffield Care Environment Assessment Matrix*, and the *Environmental Checklists* (Barnes 2002, Cutler *et al.* 2006, Grant 1996, Moos and Lemke 1996, Norris-Baker *et al.* 1999, Sloane *et al.* 2002, Sloane, Zimmerman and Walsh 2001). Many of these tools, however, were

developed to assess institutional settings like nursing homes or special care units. Further, the majority of these tools are designed to assess aesthetic aspects or the quality of care delivered. Therefore, they require a design expert or trained professional to conduct them. Finally, these tools are costly and time-consuming, so they can hardly be completed on an annual basis. Consequently, in a previous study, we opted to develop a self-reported questionnaire that could be completed by the PRCF manager (Lestage, Dubuc and Bravo 2008). This study allowed us to identify the necessary items to include in this new self-report questionnaire, called the EPO questionnaire, which is designed to assess the physical and organizational environments of private residential care facilities for older adults. EPO is the French-language acronym for physical and organizational environments.

This paper reports on the second phase of our study, which focused on the reliability of the EPO questionnaire. Specifically, we examined the test–retest reliability and internal consistency of the EPO.

Methods

We assessed the reliability of the EPO questionnaire with a three-step process. First, we assessed the test–retest reliability of a preliminary version of the EPO with a convenience sample of 40 PRCF managers from a specific area. In the second step, we developed a revised version and guidebook. Lastly, we assessed the internal consistency of this revised version with 552 PRCF managers from different areas in Quebec.

Preliminary Version of the Self-Report Questionnaire

The preliminary version of the EPO questionnaire contained 175 variables measured with questions aimed at describing PRCF physical and organizational

environments. The variables were chosen based on a literature review and a Delphi process involving 48 experts from Quebec (Lestage, Dubuc and Bravo 2008). The development of 289 questions was deemed necessary to adequately represent the set of variables. A few questions described PRCF management, but most of the remainder covered the domains identified as important to adequately meet the needs of older adults (Lawton *et al.* 1997, Pynoos and Regnier 1991). A small committee comprised of geriatrics specialists including a research nurse, a social worker, a psychologist, and a research statistician discussed the content of the preliminary version of the questionnaire, formulated the questions, as well as determined the ordering and grouping of the questions into subscales, and created response options, and a scoring mechanism. Subsequently, the questionnaire was pretested with three PRCF managers. It took them an average of 45 minutes to complete it.

The EPO questionnaire is a descriptive tool that comprises 13 subscales designed to represent different domains (e.g., safety and security, personal control, recreational activities, service packages) of a PRCF. Continuous scores from zero to 100 can be generated for each of these domains. The higher the score, the more a PRCF provides architecture (physical environment), equipment, staff and organizational resources covering the targeted domain. The EPO questionnaire does not generate a total score or assess the quality of care provided. In this version of the questionnaire, 90 per cent of the questions were dichotomous or categorical. The number of questions covering each domain varied between three and 61. The questionnaire ended with a comment section.

Test-Retest Reliability Study: Participants and Procedures

A sample of 40 PRCF managers was selected in the Eastern Townships of Quebec to assess the reliability of the EPO's preliminary version. To be eligible for the study, the PRCF had to be included in the mandatory provincial registry. This registry contains at least the following information: facility name, manager's/owner's name, address, phone number, and number of beds. The facility had to house older adults and the manager had to be able to read French. Excluded were facilities under renovation, not operating at the time of the study, or providing services exclusively for mental-health, physical, or intellectual impairments. The registry served to stratify eligible PRCFs by number of beds (nine and under, ten to 29, 30 and over) and geographical area (urban vs. rural). We used a table of random numbers to select the sample, so that each stratum was represented according to the reality of the Eastern Townships.

Selected PRCF managers were sent a personalized letter explaining the study, the nature of their participation, and the inclusion/exclusion criteria. Those interested in participating were invited to contact the research assistant by phone or email. Managers who did not were contacted by the research assistant, who solicited their participation. Managers who were unwilling to participate were replaced by another selected randomly from the same stratum. This process continued until the desired sample size was reached for each stratum.

A letter restating the study's objective was sent to those who agreed to participate. The mailing also contained two consent forms, a copy of the questionnaire, and a self-addressed, stamped return envelope. Participants were given three weeks to fill out and return the questionnaire with the signed consent form. A follow-up reminder was sent a week before the deadline. We noted the date on which participants returned the

completed questionnaire and, one month later, we sent out a second package to them. This package included a reminder letter about their participation and a statement expressing our gratitude, a copy of the same questionnaire, and a self-addressed stamped return envelope. Participants were given three weeks to complete the questionnaire and return it to us. At all stages of the process, we encouraged participants to provide comments in order to improve the questionnaire.

Statistical Analyses

First, the participants and nonparticipants were compared with the chi-square statistic and Fisher's exact test. Second, to estimate the stability of each question, we took the type of data into account and calculated appropriate reliability coefficients and associated 95% confidence intervals. The Delta was used with dichotomous variables (Andrés and Marzo 2005), Cohen's weighted kappa with categorical variables, and the intraclass correlation coefficient (ICC) with continuous variables. The ICC was also used to estimate the reliability of the 13 derived subscores. The Delta was calculated with version 3.1 (2009) of the program, available at www.ugr.es/~bioest/Delta.exe. All other statistical analyses were performed with SPSS Statistics for Windows, version 15.0. Reliability coefficients were categorized as poor to fair (0.00–0.40), moderate (0.41–0.60), substantial (0.61–0.80), and almost perfect (0.81–1.00) according to Landis and Koch (1977).

Revised Version of the Self-Report Questionnaire

All questions with a reliability coefficient below 0.40 were subject to closer examination. Some questions were clarified, while others were withdrawn or added based on annotations or suggestions in the comment section of the preliminary questionnaire.

Three PRCF managers pretested the revised French version of the EPO questionnaire. The revised version was then translated into English.

Internal Consistency Study: Participants and Procedures

Eligible participants for the next phase of the study had to be listed in the provincial registry and be located outside of the Eastern Townships, where the test–retest study had taken place. Excluded facilities were those under renovation, not operating at the time of data collection, or providing services exclusively for mental-health, physical, or intellectual impairments.

Each PRCF manager listed in the registry was mailed a personalized letter explaining the study, the revised version of the EPO questionnaire and its guidebook, a consent form, a sociodemographic sheet, and a self-addressed, stamped return envelope. Participants were asked to complete and return their documents within two weeks. A phone call was made at the beginning of the third week to managers who had not yet returned the questionnaire. This monitoring technique was used for several reasons: (1) to check that they had received the documents, (2) to answer questions immediately and ensure their understanding of the project, and (3) to offer an extension to participants who needed one. Although Dillman (2000) recommended sending a second reminder to nonrespondents, no further attempt was made with this group due to ethical considerations raised by the Research Ethics Board. We did phone respondents who failed to answer certain questions with the objective of filling in missing data.

Statistical Analysis

Participants and nonparticipants were compared with the chi-square statistic. Internal consistency of each of the 13 subscales was assessed with Cronbach's alpha.

According to Nunally and Bernstein (1994), a coefficient greater than 0.70 suggests a unidimensional subscale, while one above 0.90 suggests some redundancy among the questions forming a subscale.

Results

Test–Retest Reliability Study

Of the 66 PRCF managers contacted, 50 agreed to participate in the study. Eleven, however, failed to complete the study, mainly due to lack of time or misunderstanding the relevance of completing the same questionnaire twice. Hence, 39 managers provided data for the test–retest reliability study. Table 1 provides participant characteristics. Participants were comparable to nonparticipants on gender ($p = 0.367$), geographical area ($p = 0.177$), and PRCF size ($p = 0.396$).

Table 1. Characteristics of the 39 managers involved in the test-retest reliability study

	n	%
Gender		
Men	11	28.2
Women	28	71.8
Size of the PRCF		
1-9 beds	11	28.2
10-29 beds	13	33.3
≥ 30 beds	15	38.5
Geographical area		
Urban	18	46.2
Rural	21	53.8

Table 2 presents the reliability coefficient for the total score of each subscale, as well as the distribution of the reliability coefficients for each subscale question. For 11 of

the 13 subscales, the ICCs varied between 0.71 (policy clarity) and 0.96 (comfort, privacy, and personalization), suggesting substantial to almost perfect agreement. Two subscales—service packages (0.60) and staffing mix (0.46)—had coefficients below 0.61, suggesting moderate agreement. The analyses further revealed that less than ten per cent of the initial set of questions had a stability coefficient below 0.40. These questions belonged to eight of the 13 subscales, with the highest number found on the comfort, privacy, and personalization subscale.

Table 2. Reliability coefficients

Subscale	ICC for the total score of the subscale (95% CI)	number of questions in the subscale	Distribution of the reliability coefficients			
			<0.00-0.40 <i>poor to fair</i>	0.41-0.60 <i>moderate</i>	0.61-0.80 <i>substantial</i>	≥ 0.81 <i>almost perfect</i>
Shared area	0.92 (0.83-0.96)	12	2	4	1	5
Environment supports autonomy	0.90 (0.74-0.96)	23	4	2	9	8
Specialized equipment	0.71 (0.26-0.91)	16	1	6	7	2
Safety / Security	0.91 (0.82-0.96)	28	4	5	6	13
Personal control	0.94 (0.88-0.97)	30	2	2	9	17
Recreational activities	0.92 (0.85-0.96)	18	0	5	8	5
Comfort, privacy and personalization	0.96 (0.93-0.98)	25	8	1	5	11
Admission criteria	0.82 (0.68-0.90)	9	0	5	4	0

Aging in place	0.74 (0.55-0.86)	10	0	4	6	0
Policy clarity	0.71 (0.49-0.84)	13	2	1	8	2
Services packages	0.60 (0.34-0.77)	61	2	14	20	25
Staffing mix	0.46 (-0.08-0.77)	41	0	5	25	11
Specialized interventions for patients with ADAD ^a	0.86 (0.70-0.93)	3	0	1	2	0
^a Alzheimer Disease and Associated Disorders		289	25	55	110	99

Revision of the Preliminary Version of the Questionnaire

All questions with an agreement coefficient below 0.40 were reworked mainly for clarity. For example, the recreational activities subscale contained fewer questions to cover the targeted domain. Thus, instead of asking one broad question to cover recreational activities (e.g., “Do you have any fitness and exercise equipment?”), we asked a series of subquestions (e.g., “Do you have (1) a treadmill; (2) an exercise bike; (3) free weights, etc.?”). As a second example, the staffing mix subscale was divided into two categories to distinguish the staff employed by the PRCF from those paid by the public health-care system to provide care and services within the PRCF. This essential refinement was not present in the first version of the questionnaire and created some confusion. This may explain why this subscale’s reliability coefficient was lower than that of other subscales. We also added questions based on comments made by participants in the test–retest study and withdrew those already covered by the certification process. A new version of the tool was thus created. This version was almost entirely composed of dichotomous and categorical questions. The number of questions covering each domain varied between 6 and 88. The appendix provides examples of the questions.

The majority of participants suggested the development of an instruction guide as well as guidelines to aid in completing the questionnaire. A guidebook was therefore written and divided into sections based on the questionnaire. Questions for which information was available were identified with one of two symbols:  or . The  symbol meant that the guide could be consulted, if need be, for definitions of terms, illustrations of named equipment, and other complementary information. The  symbol

directed the manager to read these questions carefully and refer to the guide for detailed explanations on how to answer them and for examples of possible answers.

Internal Consistency Study

At the time of the study, 2262 PRCFs were in the registry. A total of 334 PRCFs did not meet the inclusion criteria or were from the Eastern Townships. Out of 1928 eligible PRCFs, 552 managers returned the questionnaire and contributed to the assessment of its internal consistency. Table 3 provides the characteristics of the 552 participants. Participants were comparable to nonparticipants on gender ($p = 0.212$) but differed on geographical area ($p < 0.001$) and PRCF size ($p = 0.009$).

Table 3. Characteristics of the 552 managers involved in the internal consistency study

	n (%)
Gender (n=552)	
Men	135 (24.5)
Women	417 (75.5)
Age (n=548)	
Years	51.2 (9.5) ^a
Range (<i>min-max</i>)	25-82
Education (n=548)	
1-8 years	30 (5.67)
9-10 years	49 (8.94)
11-13 years	186 (33.94)
14-17 years	204 (37.23)
≥ 18 years	79 (14.42)
Years of employment (n=551)	
< 1 year	48 (8.7)
1-3 years	159 (28.8)
4-9 years	182 (33.0)
≥ 10 years	162 (29.3)

Size of the PRCF (n=552)	
1-9 beds	203 (36.8)
10-29 beds	142 (25.7)
≥ 30 beds	207 (37.5)
Geographical area (n=552)	
Urban	203 (36.8)
Rural	349 (63.2)

^amean (standard deviation)

Table 4 provides the results for the internal consistency of the 13 revised subscales. The Cronbach's alphas are above 0.70 for seven subscales, which Nunally and Bernstein (1994) would deem sufficient. These coefficients ranged from 0.70 (safety/security) to 0.87 (service packages). The six other coefficients varied between 0.62 (specialized interventions for patients with Alzheimer disease and other dementias) and 0.68 (personal control).

Table 4. Cronbach's alphas of the revised subscales

Subscale	number of questions	Cronbach's alpha
Shared area	11	0.63
Environment supports autonomy	17	0.75
Specialized equipment	19	0.63
Safety / Security	28	0.70
Personal control	19	0.68
Recreational activities	30	0.66
Comfort, privacy and personalization	16	0.74
Admission criteria	9	0.84
Aging in place	13	0.85

Policy clarity	12	0.65
Services packages	26	0.88
Staffing mix	88	0.82
Specialized interventions for patients with ADAD ^a	6	0.62
^a Alzheimer Disease and Associated Disorders	294	

Discussion

The purpose of this study was to assess the reliability of a self-reported questionnaire specifically designed to describe the physical and organizational environments of private residential care facilities for older adults (PRCFs). The analyses suggest that the EPO questionnaire has good test–retest reliability and internal consistency. As it currently stands, the EPO has some advantages: it provides relevant, objective, and stable information about PRCFs. Before its development, health professionals had to find detailed information about PRCFs on their own to help guide elders when choosing a PRCF that best fits their needs. Many professionals have stated that such a tool would help them achieve a better person–environment fit and balance elder preferences with required services. Although availability and financial constraints influence the decision-making process, the first need is to have a reliable standardized instrument describing the facilities available in a given area. Currently, the EPO questionnaire is an important step toward helping health professionals supply valuable information to disabled older adults searching for a suitable place to live. In addition, given the financial constraints faced by health-care systems, a self-reported questionnaire is less costly than the alternative tools that require trained professionals and interviews. It

can easily be completed on an annual basis and provides useful information to regional health and social services agencies. In Quebec, these agencies are responsible for planning health and social services on a regional level (e.g., resource management, delivery of PRCF certificates, identification of population needs and deploying effective responses, etc.).

Modification of less reliable items and consideration of participant comments likely improved the EPO questionnaire. Regarding the staffing mix dimension, its low initial reliability could be explained, as previously stated, by the confusion resulting from not having distinguished the staff employed by the PRCF from those paid by the public health-care system. Low reliability could also result from a change in the construct under investigation. Indeed, it is difficult to recruit and retain staff in private long-term-care facilities, especially in those caring for dementia residents (Castle and Engberg 2006, Harrington *et al.* 2000, Pitfield, Shahriyarmolki and Livingston 2011). Hence, the one-month interval between the two measures may have been too long.

The internal consistency analysis produced Cronbach's alpha coefficients slightly below the 0.70 threshold for six of the 13 EPO subscales. We consider these coefficients satisfactory, especially for a newly developed tool, for the following reasons. First, the subscales were not derived empirically but were rather created by our committee, to which we included two experienced research assistants with clinical backgrounds in social work and occupational therapy. We felt that our sample size was not large enough to conduct a factor analysis of a 289-item questionnaire (Hair *et al.* 2009). Second, as with other instruments, such as the Multiphasic Environmental Assessment Procedure (MEAP), some subscales of the EPO questionnaire do not represent single concepts. Like

Moos and Lemke (1996), the committee grouped items with a common functional implication and not necessarily a similar concept or therapeutic goal. For example, the items classified under the “shared-area” subscale pertain to a broad range of communal spaces such as dining rooms, communal toilets and bathrooms, special rooms for family reunions or parties, parking lots, etc. Similarly, the "specialized-interventions-for-patients-with-ADAD" subscale addresses the concerns for a particular population rather than a one-dimensional concept. Therefore, under this subscale, the committee grouped the items based on the existence of prior life habits, the presence of someone awake at night, or allowing a resident to stay up during the night, etc. Lastly, Cronbach’s alpha has a positive relationship with the number of items composing a set (Hair, Anderson, Tatham and Black 2009). Accordingly, some low alphas may simply reflect the small number of items in the subscale.

Very few studies have documented the test–retest reliability of a tool designed for residential care settings. Moreover, descriptive self-report tools on PRCFs are rare. Opportunities for comparing our results with those of others are thus limited. Nevertheless, we consider the MEAP as the most similar tool (Moos and Lemke 1996). First, it contains two instruments designed to represent a long-term-care setting, namely, the Physical and Architectural Features Checklist (PAF) and the Policy and Program Information Form (POLIF). These two checklists, which must be completed by a trained professional, are descriptive and of almost the same length as our questionnaire. Although the EPO and MEAP have different administration modes, our results concur with those of Moos and Lemke (1996). The test–retest reliability of the EPO is close to that of the two MEAP checklists, which varies between 0.61 and 0.96. Their internal

consistencies are also quite similar: the Cronbach alphas for the MEAP checklists vary between 0.62 and 0.89.

Our work has strengths and limitations. A first limitation is the memory bias inherent to all test–retest reliability studies. At the request of our Research Ethics Board, we had to inform the managers that they would be solicited twice, one month apart. Hence, they knew that they would receive two sets of questionnaires but were unaware that these questionnaires were identical. Nonetheless, they may have remembered the answers they gave the first time around. There is no objective rule for determining the ideal length of time between two administrations of a questionnaire. We must consider the possibility that the construct under investigation will change over time. The physical environment is a more stable construct than its organizational counterpart. We felt that a month was reasonable between repeated measurements, but a longer period might have attenuated memory bias. A second limitation is that we did not assess the test–retest reliability of the revised version of the questionnaire. We are confident, however, that the guidebook and the modified questions helped managers complete the questionnaire and improved its reliability. A third limitation is the low participation rate in the second phase of the study. Aware that postal questionnaires tend to have lower response rates than other forms of data collection, we followed Dillman’s recommendations on how to maximize participation rates. We were not able to give our respondents any monetary incentives, but we personalized the introductory letters, used prestamped return envelopes, and performed follow-up contact (Edwards *et al.* 2007). Nonetheless, we experienced some difficulties in getting the participation of PRCF managers, perhaps because they were going through the certification process at the same time of our data

collection. Furthermore, the Canada Mortgage and Housing Corporation was simultaneously conducting a study on the same population. The last limitation pertains to questionnaire validity. Although the study shows that the questionnaire is reliable, it does not provide information about its criterion-related validity.

The first strength of our work concerns the development of the EPO questionnaire through an iterative process of constant improvement. The content and face validity of the items comprising the questionnaire result from taking into account the existing scientific literature and involving experts via a Delphi consultation (Lestage, Dubuc and Bravo 2008). We had a committee that analyzed the questionnaires content and form at every stage of the development and improvement processes. We took into account the comments of the test–retest participants. Therefore, we were able to identify and resolve comprehension issues with certain questions. We produced a guidebook with illustrations and explanations to clarify certain situations. A second strength is the decision to examine the reliability of the EPO’s individual items and subscales, and revise them accordingly. Questionnaires are useful insofar as they provide reliable information. A third strength is our relatively large sample size. A total of 39 participants completed the test–retest study, which involved filling out a 289-item questionnaire twice. With 552 participants, our internal consistency study is the largest to have examined the reliability of a questionnaire for describing long-term-care facilities. Lastly, the fact that participating managers were from all over the province is another strength worth mentioning.

Conclusions

A survey questionnaire must be both valid and reliable for it to be useful. Before its use, we must ensure that it measures what we intended it to measure and that the resulting scores are accurate. The present data support the use of the second version of the EPO questionnaire accompanied by its guidebook. It is a self-reported, reliable, and useful tool to describe a PRCF through a set of scores that can be used for comparative purposes and to support the difficult process of guiding disabled older adults when selecting a residence for long-term care. The next step of our work is the development of a classification of PRCFs based on the 13 subscores of the EPO questionnaire. In a classification, each subtype contains PRCFs that share similar environments (Everitt, Landau and Leese 2001). Ultimately, we wish to understand PRCF configurations and investigate relationships between resident case-mix and PRCF subtypes.

Statement of ethical approval

This study was approved and monitored by the Research Ethics Board of the Health and Social Services Centre – University Institute of Geriatrics of Sherbrooke, Quebec, Canada.

Statement of funding

Catherine Lestage received scholarships from the Canadian Institutes of Health Research and the Quebec Health Research Funds. This study was carried out with financial support from the Sherbrooke Health Expertise Centre. None of the above was involved in designing the study or writing this manuscript.

Declaration of contribution

All the authors certify that they sufficiently participated in the design of the work

submitted and in the data analysis, as well as the writing of the manuscript, to take public responsibility for it.

Conflict of interest

No conflict of interest of any kind.

Acknowledgements

Catherine Lestage is grateful to the Canadian Institutes of Health Research and the Quebec Health Research Funds for her scholarship. The authors thank all managers who participated in the study.

References

- Andrés, A.M. and Marzo, P.F. 2005. Chance-corrected measures of reliability and validity in K x K tables. *Statistical Methods in Medical Research*, **14**, 5, 473-92.
- Barnes, S. 2002. The design of caring environments and the quality of life of older people. *Ageing in Society*, **22**, 775-789.
- Brawley, E.C. 1998. Environment - A Silent Partner in Caregiving. In Kaplan, M. and Hoffman, S. (eds), *Behaviors in Dementia*. Health Professions Press, Baltimore, 107-124.
- Castle, N.G. and Engberg, J. 2006. Organizational characteristics associated with staff turnover in nursing homes. *The Gerontologist*, **46**, 1, 62-73.
- Cohen, G.D. 2005. Environment as treatment. In Brawley, E.C. (ed), *Innovations in Design for Aging and Alzheimer's Disease: Better Care Environments for Aging and Alzheimer's*. Wiley and Sons, 27-35.
- Conseil des Aînés. 2007. *État de situation sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*. Gouvernement du Québec, Québec.

- Cutler, L.J., Kane, R.A., Degenholtz, H.B., Miller, M.J. and Grant, L. 2006. Assessing and comparing physical environments for nursing home residents: using new tools for greater research specificity. *The Gerontologist*, **46**, 1, 42-51.
- Degenholtz, H.B., Kane, R.A., Kane, R.L., Bershadsky, B. and Kling, K.C. 2006. Predicting nursing facility residents' quality of life using external indicators. *Health Serv Res*, **41**, 2, 335-56.
- Dillman, D. 2000. *Mail and Internet Surveys : The Tailored Design Method*. John Wiley & Sons, New York.
- Edwards, P., Roberts, I., Clarke, M., DiGuseppi, C., Pratap, S., Wentz, R., Kwan, I. and Cooper, R. 2007. Methods to increase response rates to postal questionnaires. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, MR000008.
- Everitt, B., Landau, S. and Leese, M. 2001. *Cluster Analysis*. Oxford University Press, London.
- Gouvernement du Québec. 2012. Regulation respecting the conditions for obtaining a certificate of compliance for a residence for the elderly. RRQ, c S-4.2, r 5.
- Grant, L.A. 1996. Assessing Environments in Alzheimer Special Care Units. *Research on Aging*, **18**, 3, 275-291.
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L. and Black, W.C. 2009. Exploratory Factor analysis. In *Multivariate data analysis readings (3th Edition)* Prentice Hall, 91-151.
- Harrington, C., Kovner, C., Mezey, M., Kayser-Jones, J., Burger, S., Mohler, M., Burke, R. and Zimmerman, D. 2000. Experts recommend minimum nurse staffing standards for nursing facilities in the United States. *The Gerontologist*, **40**, 1, 5-16.

- Hawes, C. and Phillips, C.D. 2007. Defining quality in assisted living: comparing apples, oranges, and broccoli. *The Gerontologist*, **47**, III, 40-50.
- Joseph, A. 2006. *Health Promotion by design in long-term care settings*. The Center for Health Design, Concord, CA.
- Kahana, E., Lovegreen, L., Kahana, B. and Kahana, M. 2003. Person, Environment, and person-environment fit as influences on residential satisfaction of elders. *Environment and Behavior*, **35**, 3, 434-453.
- Kane, R.L. and Kane, R.A. 2000. Assessment in long-term care. *Annu Rev Public Health*, **21**, 659-86.
- Landis, J.R. and Koch, G.G. 1977. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, **33**, 1, 159-74.
- Lawton, M.P., Weisman, G.D., Sloane, P.D. and Calkins, M.P. 1997. Assessing Environments for Older People with Chronic Illness. *Journal of Mental Health and Aging*, **3**, 1, 83-100.
- Lestage, C., Dubuc, N. and Bravo, G. 2008. Identifying characteristics of residential care facilities relevant to the placement process of seniors. *Journal of the American Medical Directors Association* **9**, 2, 95-101.
- Moos, R. and Lemke, S. 1996. *Evaluating Residential Facilities*. Sage Publication, London.
- Norris-Baker, C., Weisman, G.D., Lawton, P., Sloane, P. and Kaup, M. 1999. Assessing Special Care Units for Dementia : The Professional Environmental Assessment Protocol. In Steinfeld, E. and Danford, G. (eds), *Enabling Environments : Measuring the Impact of*

Environment on Disability and Rehabilitation. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, 165-206.

Nunally, J.C. and Bernstein, I.H. 1994. *Psychometric Theory*. McGraw-Hill, New York.

Pitfield, C., Shahriyarmolki, K. and Livingston, G. 2011. A systematic review of stress in staff caring for people with dementia living in 24-hour care settings. *International psychogeriatrics / IPA*, **23**, 1, 4-9.

Pynoos, J. and Regnier, V. 1991. Improving residential environments for frail elderly : Bridging the gap between theory and application. In Birren, J., Lubben, J., Rowe, J. and Deutchman, D. (eds), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. Academic Press, New York, 91-119.

Sloane, P., Mitchell, C., Weisman, G., Zimmerman, S., Foley, K., Lynn, M., Calkins, M., Lawton, M., Teresi, J., Grant, L., Lindeman, D. and Montgomery, R. 2002. The Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes (TESS-NH): an observational instrument for assessing the physical environment of institutional settings for persons with dementia. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, **57B**, 2, S69-78.

Sloane, P.D., Zimmerman, S. and Walsh, J.F. 2001. The Physical Environment. In Zimmerman, S., Sloane, P.D. and Eckert, J.K. (eds), *Assisted Living: Needs, Practices, and Policies in Residential Care for the Elderly*. Johns Hopkins University Press, Baltimore 173-197.

Appendix

Subscale	Examples of questions
Shared area	Excluding the dining room, does your facility have a room that residents and their family can use to hold a reunion or a party?
Environment supports autonomy	Is your facility accessible from outside by at least one entrance that does not require the use of stairs?
Specialized equipment	Does your facility have a patient lift?
Safety/Security	Is a responsible adult, other than a resident, present in your facility at all times?
Personal control	Can residents choose to eat a meal in their room?
Recreational activities	For each of the activities listed below (e.g.: shopping trips, religious activities, arts and crafts, etc.), indicate the frequency at which they were offered to residents during the last year.
Comfort, privacy and personalization	Can residents use their own bedspreads?
Admission criteria	Does your facility admit a new resident that, on a permanent basis, needs help to get dressed?
Aging in place	Does your facility initiate a transfer, to another facility, of a current resident that, on a permanent basis becomes urinary incontinent?
Policy clarity	Does your facility have an information session for new residents (e.g. a visit of the premises, information on rules, etc.)?
Services packages	Is the housekeeping service included in the monthly basis rent?
Staffing mix	Does your facility hire staff to provide nursing care (registered nurse or nursing assistant)?
Specialized interventions for patients with ADAD ^a	Does your facility have any specific methods of prevention for wandering?

^aAlzheimer Disease and Associated Disorders

3.3 Troisième article de la thèse

Développement et validation d'une classification québécoise des résidences privées avec services accueillant des personnes âgées

Auteurs de l'article : Catherine Lestage, Nicole Dubuc, Gina Bravo

Statut de l'article : soumis le 28 septembre 2012 à La revue canadienne du vieillissement

3.3.1 Avant-propos

Cet article présente la méthodologie et les résultats liés à l'objectif général de l'étude soit de développer et de valider une classification des résidences privées avec services accueillant des personnes âgées. Concernant le travail lié à cet article, j'ai procédé au recensement des participants (voir annexes 5, 6 et 7), vérifié la qualité des données et participé aux analyses. De plus, j'ai recruté les intervenants et animé le groupe de discussion focalisée (voir annexes 8 et 9). J'ai rédigé la première version de l'article et j'ai ensuite intégré les corrections et commentaires des coauteurs, jusqu'à la satisfaction de toutes. Enfin, j'ai soumis l'article à la revue scientifique choisie.

3.3.2 Autorisation d'intégration d'un article écrit en collaboration à une thèse

La copie signée est présentée à la page suivante.

**AUTORISATION D'INTÉGRATION
D'UN ARTICLE ÉCRIT EN COLLABORATION
À UN MÉMOIRE OU UNE THÈSE**

Je (ou nous), soussignée(s), soussigné(s), co-auteur(s), co-auteur(s) de l'article intitulé : Développement et validation d'une classification québécoise des résidences privées avec services accueillant des personnes âgées
reconnais (reconnaissons) que ledit article sera inclus comme partie constituante du mémoire de la thèse

de l'étudiant(e) (nom) : CATHERINE LESTAGE

Inscrit(e) au programme de SCIENCES CLINIQUES

de la Faculté de MÉDECINE & DES SCIENCES DE LA SANTÉ de l'Université de Sherbrooke

En foi de quoi, j'ai (nous avons) signé cet engagement en un nombre suffisant d'exemplaires*

Signature [Signature] Date : 21 août 2012

Nom CATHERINE LESTAGE

Coordonnées 1036 rue Beaudette Sud, Sherbrooke, QC,
J1H 4C4

Signature [Signature] Date : 21 août 2012

Nom NICOLE DUBUC

Coordonnées 1036, rue Beaudette Sud, Sherbrooke, QC,
J1H 4C4

Signature [Signature] Date : 24 août 2012

Nom GINA BRAVO

Coordonnées 1036 rue Beaudette Sud, Sherbrooke, QC,
J1H 4C4

Signature _____ Date : _____

Nom _____

Coordonnées _____

* Un exemplaire pour l'étudiante, l'étudiant, un exemplaire pour chaque personne signataire et un exemplaire pour le Service des bibliothèques (à remettre avec le mémoire ou la thèse au moment du dépôt final).

Titre : Développement et validation d'une classification québécoise des résidences privées avec services accueillant des personnes âgées.

Titre résumé : Classification des résidences privées

Mots-clés : Classification – Résidences privées – Personnes âgées – Processus d'orientation – Analyses de classification automatisée – Groupe d'experts

RÉSUMÉ

Les résidences privées pour personnes âgées (RPA) sont une option entre le domicile et les centres d'hébergement de soins de longue durée. Elles sont très hétérogènes, ce qui complexifie leur comparaison. **Objectif.** Développer et valider une classification de RPA basée sur des caractéristiques de leur environnement physique et organisationnel. **Méthodes.** Un recensement provincial fut réalisé. La collecte de données repose sur le questionnaire EPO. Plusieurs méthodes d'analyses de classification automatisée et différents critères statistiques ont servi à identifier les classifications potentielles. Le choix final a été fait par un groupe d'experts. **Résultats.** Participation de 552 des 1 928 propriétaires admissibles. Trois classifications furent soumises aux experts. La classification retenue contient 5 groupes qui se distinguent, entre autres, par la clientèle hébergée, les services offerts ainsi que les loisirs. **Conclusion.** Cette classification aidera les professionnels et les aînés à comparer les RPA et à choisir la meilleure possible, le temps venu.

ABSTRACT

Private Residential Care Facilities (RCFs) fill the gap between independent dwelling and institutional settings for seniors. There are marked differences between RCFs which make them difficult to compare. **Objective.** To develop and validate a classification of RCFs based on physical and organizational environments. **Methods.** We conducted a provincial census. The data were collected with the EPO questionnaire. We used different combinations of cluster analysis methods and statistical parameters to identify plausible classifications. The final choice was made by a committee of experts with clinical experience. **Results.** Of the 1928 eligible RCF owners, 552 participated. Three plausible classifications were submitted to the committee. The selected classification comprises five clusters that differ in regard to admission criteria, services offered and recreational activities. **Conclusion.** This classification will help health professionals and seniors to compare and select the most appropriate RCF when the time comes.

Introduction

La proportion de personnes âgées a augmenté dans toutes les provinces canadiennes. Le Québec compte parmi les provinces ayant le plus de personnes âgées, soit 15,3 % de sa population totale (Statistique Canada, 2010). Les démographes prévoient que, d'ici 2031, un québécois sur quatre sera une personne âgée de 65 ans et plus, ce qui représente plus de deux millions de personnes. De ce nombre, 300 000 seront âgées de 85 ans et plus (Institut national de santé publique du Québec, 2010). Ces prévisions créent diverses pressions sur notre système de santé. Une de ces pressions concerne la prestation de services d'hébergement aux personnes âgées. En 2008, environ 12 % des personnes âgées du Québec vivaient dans un milieu de vie substitut (Institut national de santé publique du Québec, 2010).

Au Québec, les principaux types de milieux de vie substituts sont les résidences privées avec services (RPA; 65 %), les centres d'hébergement et de soins de longue durée publics et privés conventionnés (CHSLD; 28 %), les résidences de type familial (RTF; 3 %), les ressources intermédiaires (RI; 2 %) et enfin, les habitations à loyer modique avec services (HLM; 0,7 %) (Conseil des Aînés, 2007). Les milieux de vie substituts institutionnels (CHSLD, RTF, RI) sont financés entièrement ou en partie par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Dans ces milieux, une vaste gamme de services standardisée est offerte aux personnes âgées en perte d'autonomie. Depuis 2005, le MSSS encadre davantage leurs conditions d'accueil et diminue progressivement le nombre de places offertes. En contrepartie, le MSSS encourage le développement des RPA et, depuis 2009, il les soumet à un processus de certification obligatoire. Actuellement, près de 120 000 personnes âgées vivent dans plus de 2 000 RPA certifiées (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011).

De plus en plus, les intervenants du réseau de la santé orientent les personnes âgées vers les RPA, vu le manque de places dans les milieux de vie substituts institutionnels et le manque de

ressources humaines et financières dans les services de soutien à domicile (Charpentier, Delli-Colli, & Dalpé, 2000; Delli-Colli, Dubuc, & Caron, 2006). Préalablement à toute décision d'orientation, une évaluation rigoureuse des besoins de la personne âgée s'impose (R. L. Kane & Kane, 2000). En 2001, l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) a été retenu par le MSSS pour cerner les besoins cliniques de ces personnes et établir leur profil d'autonomie. Ensuite, si des services d'hébergement sont jugés nécessaires, l'intervenant considère l'environnement physique et organisationnel (prestation, organisation et gestion du personnel et des services) des milieux de vie substitués de sa région afin d'orienter la personne âgée vers un milieu de vie maximisant son potentiel (autonomie, indépendance fonctionnelle et psychosociale). Cet appariement personne-environnement est l'un des principaux défis du processus d'orientation en raison de l'impact significatif de l'environnement sur la qualité de vie (R. A. Kane et al., 2003; Parker et al., 2004), sur le bien-être (Lawton, 1983) ainsi que sur l'exercice de l'autonomie (Brawley, 2001; Iwarsson, 2005). Présentement, les intervenants ressentent un malaise lorsqu'ils doivent orienter des personnes âgées vers les RPA, et ce, principalement parce qu'ils estiment ne pas connaître suffisamment ces dernières pour pouvoir juger de leur convenance à répondre aux besoins identifiés (Delli-Colli, et al., 2006). Contrairement aux milieux de vie substitués institutionnels, les RPA se présentent sous différentes formes. On observe une importante variabilité concernant, entre autres, les ratios de personnel, l'aménagement physique, les politiques d'admission, les services offerts et la capacité d'accueil (Conseil des Aînés, 2007). Bien qu'elle soit souhaitée, l'hétérogénéité des RPA complexifie leur représentation et leur comparaison autant pour les intervenants que pour les personnes âgées et leur famille.

Le développement de classification est recommandé lorsqu'on souhaite se représenter un ensemble hétérogène (Everitt, Landau, & Leese, 2001; Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010), comme c'est le cas des résidences privées avec services du Québec. Dans la littérature

scientifique, il existe des classifications de différents types de milieux de vie substitués accueillant des personnes âgées (Degenholtz, Miller, Kane, Cutler, & Kane, 2006; Gold, Sloane, Mathew, Bledsoe, & Konanc, 1991; Grant, 1998; Park, Zimmerman, Sloane, Gruber-Baldini, & Eckert, 2006). Toutefois, une seule de ces classifications sert à classer des milieux de vie comparables aux RPA québécoises, soit les *assisted living* (Park, et al., 2006). Par ailleurs, toutes ces classifications sont américaines. Elles prennent donc en considération l'organisation et la prestation de soins et services d'un système de santé privé. De plus, aucune de ces classifications ne sert à soutenir le processus d'orientation des personnes âgées. En fait, ces classifications utilisent des variables de regroupement servant à d'autres fins. De plus, elles présentent des lacunes méthodologiques. Somme toute, elles ne peuvent donc pas être envisagées dans un contexte québécois de soutien au processus d'orientation des personnes âgées vers une RPA dont il importe de considérer les liens avec le réseau de santé public. La présente étude visait à développer et à valider une classification des RPA québécoises, basée sur les caractéristiques de leur environnement physique et organisationnel, dans le but de soutenir le processus d'orientation des personnes âgées.

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Méthodologie

Les analyses de classification automatisée (ACA) sont un outil privilégié pour le développement empirique d'une classification (Aldenderfer & Blashfield, 1984; Everitt, et al., 2001; Hair, et al., 2010). Ces analyses multivariées ont pour but principal de regrouper des objets (ici des RPA) sur la base de certaines variables préalablement choisies. Étant donné que l'utilisation d'ACA est peu fréquente dans la littérature en gérontologie, nous consacrons la

prochaine section à une brève description de ses principales caractéristiques. Nous traiterons ensuite de la méthodologie retenue pour la présente étude.

Analyses de classification automatisée

Les ACA permettent de dégager la structure d'un ensemble hétérogène, en créant des groupes partageant des caractéristiques similaires, et ce, afin de se représenter chacun de ces groupes et de mieux saisir les subtilités de chacun (Everitt, et al., 2001; Hair, et al., 2010). L'utilisation d'ACA implique plusieurs décisions d'ordre méthodologique. Celles-ci ont un impact important sur la classification générée. Il faut donc se prémunir d'une méthodologie rigoureuse et réfléchie. À cet effet, Hair et collaborateurs (2010) proposent six phases décisionnelles. La première phase consiste à déterminer (a) le but poursuivi ainsi que (b) les variables nécessaires aux regroupements. (a) Les ACA peuvent être utilisées dans une perspective exploratoire ou confirmatoire; la perspective exploratoire est toutefois la plus fréquente. (b) L'inclusion d'une variable « non pertinente » peut modifier les regroupements effectués. Par conséquent, une variable ne devrait être incluse que si elle peut contribuer à définir la structure du phénomène à l'étude (Everitt, et al., 2001). Les deuxième et troisième phases concernent : (a) la taille de l'échantillon; (b) la détection des données extrêmes; (c) l'identification d'une mesure de distance et l'examen de la colinéarité entre les variables; (d) la transformation des variables nécessaires aux regroupements. (a) Une des particularités des ACA est qu'il n'existe pas de formule mathématique pour déterminer la taille d'échantillon requise (Dolnicar, 2002). De plus, la présence de données manquantes est particulièrement complexe à gérer. Il est conseillé de ne prendre en considération que les participants pour lesquels l'ensemble des données est complet (Hair, et al., 2010). Conséquemment, il faut prévoir une taille d'échantillon suffisamment importante pour, d'une part, maximiser le nombre d'observations pour chacune des variables de regroupements, et d'autre part, prévoir un certain pourcentage de participants inutilisables. (b) La

détection des données extrêmes est importante, parce que la majorité des stratégies de regroupement est fortement influencée par celles-ci. Nous devons donc départager si elles sont de vraies données extrêmes ou si elles témoignent de la présence d'un sous-groupe marginal (Hair, et al., 2010). (c) Un des principes clés de l'ACA est l'identification de la proximité entre les objets sur l'ensemble des variables choisies. Un calcul de distance entre toutes les paires d'observations est alors nécessaire. Plusieurs mesures de distance existent (ex. : euclidienne, Manhattan, Mahalanobis). Le choix de la mesure est principalement déterminé par la nature des variables sélectionnées et leur niveau de colinéarité (Everitt, et al., 2001; Gordon, 1999; Hair, et al., 2010; Milligan, 1980). Le niveau d'interdépendance entre les variables doit donc être examiné. (d) La majorité des stratégies de regroupement ne peut être employée avec des variables de nature différente (ex. : dichotomique et continue). De plus, même lorsque les variables sont de même nature, elles doivent être d'échelle identique. Si tel n'est pas le cas, il est recommandé de transformer les variables ou de les standardiser, par exemple, en utilisant le score Z (Gordon, 1999; Milligan & Cooper, 1988).

La phase décisionnelle suivante traite du choix de la ou des stratégies de regroupement. Il existe deux grandes familles de stratégies de regroupement, soit les méthodes hiérarchiques (ex. : *single linkage*, *complete*, *Ward*) et les méthodes non-hiérarchiques (ex. : *k-means*, *k-modes*). Elles reposent sur des principes d'agglomération distincts et se distinguent par leurs avantages et inconvénients respectifs (Everitt, et al., 2001; Hair, et al., 2010; Milligan, 1980; Xu & Wunsch, 2008). Puisque les méthodes hiérarchiques et non hiérarchiques se complètent, plusieurs auteurs recommandent : 1) de varier les méthodes hiérarchiques utilisées et d'examiner la convergence entre les résultats obtenus; 2) d'identifier le nombre de groupes et les centres de ces groupes; 3) d'utiliser ces informations (nombre et centres des groupes) dans une méthode non-hiérarchique (Hair, et al., 2010; Punj & Stewart, 1983).

Enfin, à notre avis, les cinquième et sixième phases peuvent se regrouper en une seule, soit les épreuves de validation. Ces épreuves permettent d'identifier la classification optimale d'un point de vue statistique et clinique. Statistiquement, la « meilleure » classification est celle qui crée des groupes distincts et homogènes (Kovacs, Legany, & Babos, 2006). À cet effet, on recommande, entre autres, l'évaluation visuelle des groupes de chacune des classifications générées à l'étape précédente, l'utilisation de critères statistiques (ex. : pseudo t^2 , pseudo-F de Calinski), la prise en compte de considérations pratiques (ex. : nombre raisonnable d'objets par groupe) et le niveau d'homogénéité des groupes générés (Everitt, et al., 2001; Hair, et al., 2010; Kettenring, 2006; Milligan & Cooper, 1985; Salem & Nandi, 2009; Xu & Wunsch, 2008). Selon Weissert et Musliner (1992), un coefficient de variation inférieur à 0,5 indique que l'homogénéité du groupe est acceptable.

Certains auteurs déplorent le peu de considération donnée aux épreuves de validation (Clatworthy, Buick, Hankins, Weinman, & Horne, 2005; Kaufman & Rousseeuw, 1990). Or il s'agit d'une étape importante, puisqu'elle permet de s'assurer que la structure de la classification n'est pas due à l'effet du hasard (Lange, Roth, Braun, & Buhmann, 2004). L'examen de la reproductibilité des résultats entre les différentes méthodes de regroupement permet, par le biais d'un pourcentage d'accord, de s'assurer que tel n'est pas le cas (Lange, et al., 2004; Salem & Nandi, 2009). Un processus de validation croisée permet d'apprécier la stabilité de la classification, et cela s'évalue à partir du coefficient d'accord Kappa (Hair, et al., 2010; Punj & Stewart, 1983). Landis et Koch (1977) suggèrent d'interpréter le Kappa comme suit : faible (0,00- 0,40), modéré (0,41-0,60), fort (0,61-0,80) et presque parfait (0,81-1,00). Enfin, d'un point de vue clinique, la « meilleure » classification est celle qui crée des groupes utiles aux futurs utilisateurs (Hair, et al., 2010). L'emploi de variables illustratives (variables non utilisées pour développer la classification mais connues pour différer entre les groupes) ainsi que le

jugement d'experts permettent de confirmer l'utilité et la pertinence de la classification générée (Everitt, et al., 2001; Hair, et al., 2010; Kettenring, 2006; Milligan & Cooper, 1985; Salem & Nandi, 2009; Xu & Wunsch, 2008).

Participants

Les données utilisées pour le développement de cette classification proviennent d'un recensement de toutes les résidences privées inscrites au registre public des résidences pour personnes âgées du Québec, à l'exception de celles de la région de l'Estrie. Ces dernières avaient été sollicitées pour l'évaluation des qualités psychométriques du questionnaire utilisé pour la collecte des données. Les critères d'exclusion étaient d'être une HLM, d'effectuer des rénovations majeures au moment de la collecte de données, d'avoir une vocation exclusive en santé mentale, en déficience physique ou en déficience intellectuelle et enfin, d'être localisée en Estrie.

Variables et instrument de mesure

Le développement de la présente classification s'inscrit dans une perspective exploratoire. Les variables retenues pour développer la classification sont les 13 scores du questionnaire de l'environnement physique et organisationnel, appelé EPO. Ce questionnaire auto-rapporté permet de décrire 13 aspects, ou dimensions, de l'environnement physique et organisationnel des RPA, par exemple : *les aires communes, la sécurité, les politiques d'admission, les services offerts*. Pour chacune des dimensions, il est possible de comptabiliser un score sur 100. Plus ce score est élevé, plus la RPA est pourvue en ressources matérielles, humaines et organisationnelles liées à la dimension concernée. La décision de privilégier le score des dimensions de ce questionnaire s'appuie sur des considérations théoriques et cliniques. Effectivement, ces dimensions sont jugées importantes pour se représenter un milieu de vie substitut ou pour rencontrer adéquatement les différents besoins des personnes âgées demeurant dans un tel milieu (Lawton,

Weisman, Sloane, & Calkins, 1997; Regnier & Scott, 2001). De plus, les items composant chacun des scores du questionnaire EPO ont été identifiés comme essentiels, suite à une consultation Delphi menée auprès de 48 experts québécois (Lestage, Dubuc, & Bravo, 2008). Enfin, le questionnaire EPO présente de bonnes qualités psychométriques (Lestage, Dubuc, Bravo, & Robitaille-Beaumier, 2012).

Collecte de données

Tous les responsables d'une résidence inscrite au registre provincial reçurent, par la poste et à leur attention personnelle, une lettre explicative de l'étude, le questionnaire EPO accompagné de son guide de consignes et de directives, une fiche de consentement, une fiche de désistement, une fiche d'informations sociodémographiques ainsi qu'une enveloppe-réponse préadressée et affranchie. Trois semaines plus tard, un appel téléphonique a permis de vérifier si le responsable avait bien reçu les documents. Bien qu'il soit recommandé d'effectuer une deuxième relance auprès des non-répondants (Dillman, 2000), aucune autre tentative n'a été effectuée auprès de ceux-ci, à la demande du comité d'éthique de la recherche de notre établissement. Toutefois, il a été nécessaire de rappeler les participants ayant omis de répondre à certaines questions afin de recueillir les données manquantes.

Analyse de données

Premièrement, les caractéristiques des participants et des non-participants ont été comparées au moyen de la statistique du khi-carré, et celles des participants ont été décrites à l'aide de fréquence et de moyenne. Ensuite, nous avons procédé aux analyses de classification automatisée (ACA), en respectant les phases décisionnelles préalablement exposées. Nous avons calculé un score Z pour chacune des variables afin d'établir leur écart à la moyenne et ainsi détecter la présence de données extrêmes. Puisque les variables de regroupement privilégiées étaient de nature continue, nous avons étudié la matrice des corrélations pour établir le niveau de

colinéarité entre celles-ci. Pour les paires de variables trop fortement corrélées entre elles, nous avons retiré une variable par paire identifiée. Comme mesure de distance, nous avons utilisé la distance euclidienne, puisqu'elle permet une interprétation simple et rapide de l'écart entre deux observations (Hair, et al., 2010). Enfin, la standardisation des données ne fut pas nécessaire, puisque la nature et l'échelle des variables choisies étaient identiques.

Nous avons utilisé les méthodes hiérarchiques de *Ward*, *Average* et *Complete*, chacune produisant des classifications potentielles. Nous avons employé la représentation par dendrogramme, le pseudo-F de Calinski (Calinski & Harabasz, 1974) comme règle d'arrêt et certains critères pratiques (ex. : nombre raisonnable de résidences par groupe, nombre de groupes aisé à manipuler) afin d'identifier le nombre de groupes acceptable ainsi que les centres de chacun de ces groupes, et ce, pour chacune des classifications générées. Ces informations furent ensuite utilisées avec la méthode non-hiérarchique *k-means*. Ensuite, nous avons examiné les classifications générées à l'étape précédente. Nous avons calculé un coefficient de variation pour chacun des groupes de chacune des classifications afin de mesurer l'homogénéité des regroupements. La reproductibilité a été étudiée par le biais d'un pourcentage d'accord entre les classifications produites par les différentes méthodes d'ACA employées. La stabilité a été testée par la procédure de validation croisée suggérée par Punj et Stewart (1983). À cet effet, un coefficient d'accord Kappa a été calculé entre les résultats dérivés des deux sous-échantillons. Enfin, l'appréciation de tous ces paramètres nous a permis de rejeter un certain nombre de classifications et d'identifier les plus pertinentes d'un point de vue statistique. Finalement, celles-ci ont été soumises à un groupe d'experts composé de cliniciens expérimentés dans le processus d'orientation des personnes âgées. Cette consultation d'experts avait pour but d'évaluer la pertinence clinique ainsi que l'utilité des classifications présentées. Afin de faciliter et de soutenir les discussions du groupe d'experts, un document de travail leur avait été préalablement remis.

On y retrouvait la description de l'étude ainsi que la présentation de chacune des classifications jugées statistiquement pertinentes. De plus, les groupes de ces classifications étaient décrits à l'aide de variables illustratives (ex. : services spécifiques, clientèle, taille). La statistique du khi-carré et l'analyse de variance à un facteur avec correction de Bonferroni ont servi à comparer les différents groupes sur ces variables.

Toutes les analyses statistiques furent réalisées à l'aide du progiciel SPSS Statistics pour Windows, version 15.0.

Résultats

Échantillon

Au moment de la collecte des données, 2 262 résidences pour personnes âgées étaient inscrites au registre. De celles-ci, 334 ne satisfaisaient pas aux critères d'inclusion. Sur les 1 928 admissibles, 552 (29 %) responsables ont retourné le questionnaire complété. Les participants et non-participants sont comparables en ce qui a trait au sexe ($p = 0,212$), mais différent quant à leur région géographique (urbain vs rural; $p < 0,001$) et à la taille de la résidence ($p = 0,009$). Les responsables de résidence de moins de 100 lits et ceux localisés en zone rurale ont davantage participé. Les caractéristiques des participants sont présentées au tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques des participants

	n (%)
Sexe (n=552)	
Homme	135 (24,5)
Femme	417 (75,5)
Âge (n=548)	
Années	51,2 (9,5) *
Étendue (<i>min-max</i>)	25-82
Éducation (n=548)	
≤ 10 années	79 (14,42)
11-13 années	186 (33,94)
14-17 années	204 (37,23)
≥ 18 années	79 (14,42)
Gestionnaire de la résidence depuis... (n=551)	
< 1 année	48 (8,7)
1-3 années	159 (28,8)
4-9 années	182 (33,0)
≥ 10 années	162 (29,3)

* moyenne (écart-type)

Analyse de classification automatisée

Dans un premier temps, les données ont été examinées à l'aide d'un score Z ce qui a permis l'identification des données extrêmes. Soixante-cinq données potentiellement aberrantes ont été identifiées. Les analyses ont été effectuées avec et sans ces données, et aucune différence significative n'a été notée. Ainsi, les 552 résidences ont été incluses dans les analyses. Après l'examen de la matrice des corrélations, deux paires de variables étaient fortement corrélées. La première paire concernait *les politiques d'admission* et *les politiques de rétention* (r de Pearson=0,92); la seconde concernait *l'environnement supportant l'autonomie et le confort, l'intimité et la personnalisation* ($r=0,87$). Une dimension par paire a été retirée des analyses. Conséquemment, les scores des 11 dimensions suivantes de l'EPO ont été utilisés : *espaces*

communs, environnement supportant l'autonomie, équipement spécialisé, sécurité, contrôle personnel, activités récréatives, politiques d'admission, clarté des politiques, offre de services, personnel et déficits cognitifs.

Après avoir combiné les différentes méthodes de classification et les stratégies de regroupement précédemment nommées, nous avons considéré différents critères pratiques et différents paramètres statistiques. Le pseudo-F de Calinski a permis de guider le nombre optimal de groupe. Cette statistique variait de 37,1 à 45,2. Les meilleurs résultats provenaient des classifications à cinq groupes pour lesquelles la valeur du pseudo-F était maximisée. L'examen des coefficients de variation des groupes générés par chacune des classifications démontra qu'ils étaient tous homogènes. Le pourcentage d'accord ou de reproductibilité entre les classements issus des différentes méthodes de regroupement variait entre 75 % et 96 %. Ensuite, pour réaliser la validation croisée, nous avons divisé aléatoirement l'échantillon principal en deux sous-échantillons comprenant respectivement 411 et 141 résidences. Les deux sous-échantillons étaient comparables au niveau des 11 variables d'intérêt ($p=0,181$ à $0,940$), de la région géographique ($p=0,564$) et de la taille de la résidence ($p=0,988$). La stabilité des classifications a été établie par les Kappas obtenus; ceux-ci variaient de 0,48 à 0,88. Finalement, à l'examen de ces différents critères, nous avons retenu trois classifications, soit une à 5 groupes, une à 6 groupes et une dernière à 7 groupes. Ces classifications ont été soumises au comité d'experts chargé de juger de leur utilité et de leurs pertinences cliniques respectives.

Choix de la classification finale

Le comité d'experts était composé de huit professionnels de la santé impliqués dans le processus d'orientation des personnes âgées. Une majorité de femmes (7/8) dont l'âge moyen était de 44 ans (± 11 ans) en faisait partie. La moitié des membres travaillaient en soutien à domicile, alors que les autres œuvraient en milieu hospitalier. Ils avaient en moyenne plus de 7

ans d'expérience dans leur fonction actuelle et plus de 11 ans d'expérience auprès de personnes âgées.

La solution retenue à l'unanimité est la classification à 5 groupes créée à partir de la méthode hiérarchique de *Ward* et de la méthode non-hiérarchique *k-means*. Comparativement aux classifications issues d'autres méthodes de regroupement, la classification retenue classe les RPA de manière identique dans plus de 86 % des cas. De plus, elle forme des groupes homogènes (coefficients de variation variant de 0,20 à 0,41) et présente une très bonne stabilité ($K=0,88$). De manière plus spécifique, le tableau 2 présente la moyenne et l'écart-type des 11 dimensions du questionnaire EPO ayant servi à la création des 5 groupes de la classification retenue. Le tableau 3 complète le portrait en comparant les variables illustratives essentielles au processus d'orientation d'une personne âgée.

Tableau 2. Comparaison des groupes sur les variables ayant servi à construire la classification finale

Dimensions du questionnaire EPO	Moyenne (écart-type)					ANOVA	Comparaisons
	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5		
	n=139	n=170	n=58	n=72	n=113		
Espaces communs	<u>32.0</u> (10.1)	33.8 (9.3)	37.3 (10.8)	57.7 (14.6)	51.7 (14.3)	F=100.0***	(1:3)*; (4:1,2,3)***; (4:5)**; (5:1,2,3)***
Équipements spécialisés	<u>31.0</u> (11.1)	37.3 (12.1)	41.2 (9.5)	46.3 (9.4)	51.4 (11.7)	F=59.7***	(1:2,3,4,5)***; (2:4,5)***; (3:5)***; (4:5)*
Sécurité	<u>63.6</u> (10.5)	68.0 (8.3)	67.1 (10.6)	80.3 (7.3)	81.1 (6.8)	F=89.7***	(1:2,4,5)***; (4:2,3)***; (5:2,3)***
Environnement supportant l'autonomie	<u>42.6</u> (11.8)	44.6 (13.7)	76.7 (7.7)	71.8 (13.0)	60.0 (14.3)	F=136.8***	(1:3,4)***; (2:3,4)***; (5:1,2,3,4)***
Contrôle personnel	<u>39.5</u> (11.7)	45.0 (11.4)	72.6 (12.3)	65.3 (13.0)	56.6 (12.0)	F=123.2***	(1:2)**; (1:3,4)***; (2:3,4)***; (3:4)**; (5:1,2,3,4)***
Activités récréatives	<u>45.4</u> (11.6)	52.6 (13.5)	56.9 (15.2)	70.8 (13.5)	63.1 (13.8)	F=55.0***	(1:2,3,4,5)***; (2:4,5)***; (3:4)***; (3:5)*; (4:5)**
Politiques d'admission	30.9 (14.9)	66.4 (15.7)	<u>15.6</u> (11.5)	28.9 (12.0)	74.4 (15.5)	F=308.8***	(1:2,3)***; (2:3,4)***; (3:4)***; (5:1,2,3,4)***
Clarté des politiques	<u>68.8</u> (17.3)	69.3 (18.5)	70.5 (16.6)	77.3 (12.7)	79.2 (12.0)	F=10.1***	(1:4)**; (2:4)**; (3:5)**; (5:1,2)***
Offre de services	62.4 (12.7)	77.6 (10.3)	<u>32.3</u> (15.7)	56.0 (13.8)	74.5 (10.9)	F=178.2***	(1:2,3)***; (4:1)*; (3:2)***; (4:2,3)***; (5:1,3,4)***
Personnel	18.2 (14.5)	32.4 (17.3)	<u>11.0</u> (11.0)	49.7 (15.2)	60.2 (16.9)	F=163.9***	(1:2,5)***; (1:3)*; (2:3,5)***; (3:5)***; (4:1,2,3,5)***
Déficits cognitifs	38.2 (13.8)	53.6 (14.2)	<u>22.0</u> (17.2)	60.4 (13.0)	78.7 (10.7)	F=221.0***	(1:2,3,4,5)***; (2:4)**; (3:2,4)***; (5:2,3,4)***

* p<0.05; ** p<0.01; *** p < 0.001

Note. La moyenne la plus élevée est en gras; la plus faible est soulignée.

Tableau 3. Comparaison des groupes de la classification finale sur des variables descriptives

Variables (%)		Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5	p<0.05
		n=139	n=170	n=58	n=72	n=113	
À but lucratif		91.4	83.5	<u>31.0</u>	69.4	84.1	(1:2,3,4); (2:3,4); (3:4,5); (4:5)
Taille	Petite (1-9)	73.4	50.6	<u>3.4</u>	4.2	8.8	(1:2,3,4,5); (2:3,4,5); (4:3,5)
	Moyenne (10-29)	22.3	38.8	19.0	9.7	23.9	
	Moyenne-Grande (30-99)	4.3	10.0	56.9	45.8	42.5	
	Grande (100-249)	<u>0.0</u>	0.6	20.7	27.8	19.5	
	Très grande (≥250)	<u>0.0</u>	<u>0.0</u>	<u>0.0</u>	12.5	5.3	
Unité locative	Chambre privée	100.0	97.6	<u>31.0</u>	63.9	94.7	(1:3,4,5); (2:3,4); (3:4,5); (4:5)
	Chambre partagée	7.2	18.8	<u>1.7</u>	5.6	23.9	(1:2,5); (2:3,4); (5:3,4)
	Logement 1½	<u>3.6</u>	4.7	27.6	48.6	22.1	(1:3,4,5); (2:3,4,5); (4:3,5)
	Logement 2½ et plus	<u>3.6</u>	5.9	84.5	61.1	33.6	(1:3,4,5); (2:3,4,5); (3:4,5); (4:5)
Admet des résidents avec fauteuil roulant		<u>15.1</u>	56.5	70.7	59.7	87.6	(1:2,3,4,5); (5:2,3,4)
Admet des résidents avec déficits cognitifs		59.0	78.2	<u>15.5</u>	62.5	92.0	(1:2,3,5); (2:3,4,5); (3:4,5); (4:5)
Admet des résidents avec de légers troubles de comportement		56.1	91.8	<u>20.7</u>	55.6	95.6	(1:2,3,5); (2:3,4); (3:4,5); (4:5)
Admet des résidents avec de graves troubles de comportement		0.7	17.6	1.7	<u>0.0</u>	30.1	(1:2,5); (2:3,4,5); (5:3,4)
Admet des résidents avec incontinence urinaire		7.2	69.4	<u>0.0</u>	12.5	90.3	(1:2,3,5); (2:3,4,5); (3:4,5); (4:5)
Admet des résidents avec incontinence fécale		2.2	56.5	<u>1.7</u>	2.8	79.6	(1:2,5); (2:3,4,5); (5:3,4)
Services offerts	Préparation des repas	98.6	100.0	<u>77.6</u>	91.7	98.2	(1:3,4); (2:3,4); (3:4,5); (4:5)
	Soins d'hygiène	56.8	88.8	<u>3.4</u>	59.7	97.3	(1:2,3,5); (2:3,4,5); (3:4,5); (4:5)
	Entretien ménager	98.6	100.0	<u>51.7</u>	93.1	99.1	(1:3,4); (2:3,4); (3:4,5); (4:5)
	Distribution de médicaments	90.6	100.0	<u>19.0</u>	90.3	99.1	(1:2,3,5); (2:3,4); (3:4,5); (4:5)
Présence 24h		98.6	99.4	<u>50.0</u>	98.6	100.0	(3:1,2,4,5)
Présence éveillée la nuit		<u>6.5</u>	27.6	12.1	84.7	92.0	(1:2,4,5); (2:3,4,5); (3:4,5)
Personnel infirmier engagé (jour)		<u>1.4</u>	7.1	3.4	52.8	52.2	(1:2,4,5); (2:4,5); (3:4,5)
Personnel d'assistance engagé (jour)		15.1	39.4	<u>3.4</u>	61.1	85.8	(1:2,3,4,5); (2:3,4,5); (3:4,5); (4:5)

Note. La fréquence la plus élevée est en gras, la plus faible est soulignée.

Voici une brève description de chacun des groupes. Le groupe 1 (n=139) se caractérise par des résidences ayant peu d'équipements spécialisés et où les personnes ont peu d'opportunités pour exercer leur contrôle personnel et participer à des activités récréatives. Il se distingue par un haut pourcentage de petites résidences (≤ 9 lits) à but lucratif, offrant principalement des chambres privées. Ce groupe admet surtout des personnes âgées ayant une très légère perte d'autonomie. Généralement, on remarque que le propriétaire vit sur les lieux et qu'il dispense personnellement certains services (préparation des repas, entretien ménager et distribution de médicaments). La nuit, il assure une présence physique, mais il n'est pas forcément éveillé.

Le groupe 2 (n=170) est similaire au groupe 1 en ce qui a trait au peu d'espaces communs accessibles aux résidents et à un environnement supportant peu l'autonomie fonctionnelle (barres d'appui, présence de services à proximité, endroit pour faire la lessive, etc.). En revanche, il se distingue parce qu'il offre plus d'activités récréatives et qu'il admet une clientèle en plus grande perte d'autonomie. Il présente d'ailleurs la moyenne la plus élevée quant à l'offre de services. Ce groupe est composé de résidences de petite à moyenne taille (≤ 29 lits) offrant principalement des chambres privées. Ces résidences accueillent des personnes âgées ayant des déficits cognitifs et de légers troubles de comportement. Dans ce groupe, la situation typique est la présence d'un propriétaire demeurant sur les lieux et offrant des services d'aide dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD), et ce, avec l'aide de quelques employés non infirmiers.

Contrairement aux deux groupes précédents, le groupe 3 (n=58) offre davantage d'espaces communs. Les résidences de ce groupe présentent le même niveau d'équipements spécialisés et une offre similaire d'activités récréatives que les résidences du groupe 2. Le groupe 3 obtient les plus hauts scores quant à l'environnement supportant l'autonomie et l'exercice du contrôle personnel. Toutefois, il présente les plus faibles quant à l'offre de services, le personnel et les

interventions liées aux déficits cognitifs. Ce groupe est caractérisé par une forte présence de résidences privées à but non lucratif. Ce sont généralement des milieux collectifs, de moyenne à grande taille (entre 30 et 99 lits), offrant principalement des appartements. Parmi tous les groupes, celui-ci accueille la clientèle la plus autonome et présente l'offre de services la plus limitée. Sauf exception, il n'y a pas de personnel infirmier ni d'assistance.

Le groupe 4 (n=72) obtient les plus hautes moyennes quant aux espaces communs accessibles aux résidents ainsi qu'à son offre d'activités récréatives. Ce groupe est caractérisé par des résidences de grande à très grande taille (100 lits et plus) qui offrent à la fois des chambres privées et des logements. Comme dans le groupe 1, les résidences de ce groupe accueillent une clientèle ayant une légère perte d'autonomie. Elles offrent principalement des services dans les AVD. Le groupe 4 se démarque par une présence éveillée 24 heures sur 24. Plus de la moitié des résidences de ce groupe disposent de personnel infirmier et de personnel d'assistance pour dispenser leurs services.

Le groupe 5 (n=113) se caractérise par l'obtention des plus hautes moyennes quant aux équipements spécialisés, à la sécurité, aux politiques d'admission (donc moins strictes), à la clarté de ses politiques organisationnelles, au personnel ainsi qu'aux interventions en lien avec les déficits cognitifs. Ce groupe est majoritairement composé de résidences privées à but lucratif de moyenne à grande taille. Ces résidences accueillent des personnes âgées avec une perte d'autonomie plus importante que tous les autres groupes. Elles offrent beaucoup de services d'aide par l'entremise de leur personnel infirmier et de leur personnel d'assistance ainsi qu'une présence éveillée 24 heures sur 24.

Discussion

L'objectif principal de cette étude était de développer et de valider une classification des résidences privées avec services accueillant des personnes âgées. L'analyse de différents

paramètres statistiques indiquait que la classification à 5 groupes était l'une des plus stables, des plus reproductibles et des plus homogènes. Toutefois, trois classifications ont été soumises à un groupe d'experts pour qu'ils puissent identifier la plus significative d'un point de vue clinique. Ces experts ont déterminé que la classification à 5 groupes était la plus utile et la plus représentative de la réalité.

Plusieurs facteurs contribuent à définir les résidences privées, et la taille est très certainement l'un des plus utilisés. À cet effet, les groupes ont été présentés sur un continuum quant à leur taille. Ainsi, les groupes 1 et 2 sont composés de petites et moyennes résidences, tandis que les groupes 4 et 5 sont composés de résidences de grande à très grande taille. Ce continuum peut être scindé en trois parties. On peut se représenter la première partie (groupes 1 et 2) comme une résidence unifamiliale où des chambres y sont louées. Le salon et la salle à manger tiennent lieu d'espaces communs. Le propriétaire demeure sur place avec les résidents. Dans cette partie du continuum, il y a une démarcation quant à la clientèle accueillie et aux services offerts. Effectivement, on remarque que le groupe 1 offre moins de services et héberge une clientèle continentale et plus autonome. À l'inverse, le groupe 2 offre beaucoup de services à une clientèle présentant davantage d'incapacités (déficits cognitifs, troubles de comportement, incontinence). Généralement dans cette partie du continuum (groupes 1 et 2), le loyer inclut le prix de tous les services, que ces derniers soient requis ou non par la personne hébergée. Le groupe 3 compose à lui seul une partie du continuum. Il se distingue par son fort pourcentage de résidences à but non lucratif. On peut se représenter cette partie comme un immeuble d'appartements géré par le comité d'administration d'un organisme à but non lucratif. Des personnes âgées y sont hébergées, mais elles doivent avoir un bon niveau d'autonomie fonctionnelle (continentales, sans déficits cognitifs ou problèmes de comportement). Ce sont principalement des bénévoles qui animent et administrent ce type de milieux. Lorsqu'un résident nécessite des soins ou de l'aide dans ses

AVQ et AVD, il doit faire appel à son réseau social, à son centre de santé et de services sociaux ou aux entreprises d'économie sociale de sa région. Le coût du loyer de ces milieux est généralement moindre ou subventionné en partie par divers partenaires. Enfin, la troisième partie du continuum est composée des groupes 4 et 5 de la classification. Elle peut se représenter par de grands complexes d'appartements, mais offrant également des chambres. C'est dans cette partie que l'on retrouve les grands complexes qui offrent des aménagements et services différents, selon le niveau d'autonomie des personnes hébergées. Ces résidences comptent une infirmière sur place et du personnel pour offrir des soins d'assistance. Le coût de tous ces services s'ajoute généralement au loyer mensuel. À l'intérieur de cette partie du continuum, on remarque encore deux niveaux différents quant à la clientèle hébergée et aux services offerts. Le groupe 4 offre moins de services et accueille une clientèle davantage autonome, tandis que le groupe 5 offre davantage de services, et ce, à une clientèle en plus grande perte d'autonomie. En somme, les 5 groupes issus de la classification développée illustrent bien différentes configurations d'environnement physique et organisationnel. Ainsi, il est possible de se représenter rapidement une RPA, selon le groupe auquel elle appartient.

Contrairement à d'autres types d'analyses statistiques, les ACA rendent difficile la comparaison des résultats obtenus à ceux d'autres études. Effectivement, les classifications générées par le biais d'ACA sont très influencées par le choix des variables utilisées et la mesure de distance privilégiée lors des regroupements. Néanmoins, nous trouvons pertinent de comparer nos résultats à une classification américaine, issue d'ACA et regroupant des milieux de vie substitués similaires aux nôtres, soit celle de Park et collaborateurs (2006). Cette classification a été développée à partir d'un échantillon de 189 *assisted living*. Elle est composée de 6 groupes qui se distinguent principalement par les services offerts, le profil des personnes hébergées, le contrôle que peut exercer le résident sur son environnement et le pourcentage de personnes sous

le régime d'assurance *Medicaid*. Le premier groupe (n=14) offre très peu de services à des personnes ayant très peu d'incapacités comparativement aux autres groupes. Le second groupe (n=25) se démarque par sa clientèle à très faibles revenus et pouvant présenter un problème de santé mentale. Le troisième groupe (n=7) se définit par le haut taux de roulement de son personnel ainsi que par sa clientèle atteinte de problèmes de santé mentale. Le quatrième groupe (n=54) est caractérisé par des milieux de grande taille ayant les plus hauts scores en termes de loisirs offerts et de qualité de l'environnement. Ce groupe accueille des personnes ayant peu d'incapacités. Le cinquième groupe (n=57) offre une intensité modérée de services à une clientèle ayant une grande perte d'autonomie. Enfin, le sixième groupe (n=32) ne se démarque statistiquement d'aucun autre groupe de cette classification. Il est intéressant de constater que certaines configurations de groupes sont comparables aux nôtres, malgré l'utilisation de variables de regroupement différentes. Il s'agit notamment des groupes 1, 4 et 5 qui présentent des caractéristiques similaires dans les deux classifications.

Forces et limites

La présente étude comporte certaines forces et limites qui méritent d'être discutées. Parmi les limites, notons tout d'abord le taux de participation et le peu de données disponibles sur les non-participants. Il est connu que le mode d'administration d'un questionnaire a un impact sur le taux de participation (Hox & De Leeuw, 1994; Shih & Fan, 2009). Pour contrer les désavantages liés à notre méthode de collecte de données, nous avons pris certaines mesures, dont l'envoi d'une lettre personnalisée et signée, l'utilisation d'une enveloppe-réponse affranchie et l'appel de relance aux non-répondants (Edwards et al., 2007). Soulignons qu'au moment de notre collecte des données, les propriétaires étaient en train de compléter, pour la première fois, le processus de certification obligatoire, ce qui leur demandait beaucoup de temps et d'énergie. Les propriétaires devaient, entre autres, satisfaire à différents critères sociosanitaires et à différentes règles du

bâtiment, compléter plusieurs formulaires, suivre de la formation et assister à des rencontres d'information. De plus, la Société canadienne d'hypothèques et de logement menait une étude sur la même population, ce qui peut avoir nui au recrutement de la présente étude. Bien que le taux de participation soit un indicateur de validité externe et de généralisation possible des résultats obtenus, notre échantillon représente tout de même 29 % de la population d'intérêt, ce qui est loin d'être négligeable. De plus, il contient des résidences de taille variée et dispersées dans tout le Québec. Enfin, le ratio entre le nombre de participants et le nombre de variables utilisées (552 participants/11 variables) pour effectuer les regroupements est l'un des plus élevés, si on le compare à d'autres études utilisant le même type d'analyses statistiques (Degenholtz, et al., 2006; Grant, 1998; Park, et al., 2006). Park et collaborateurs disposaient d'un échantillon de 189 participants pour 26 variables, Degenholtz et collaborateurs de 131 participants pour 25 variables et Grant de 334 participants pour 7 variables.

Un autre élément à discuter concerne une faiblesse inhérente à l'utilisation d'ACA. Ce type d'analyse statistique produit toujours des regroupements d'objets, et ce, peu importe qu'il y ait ou non une réelle structure à l'intérieur de l'ensemble initial (Hair, et al., 2010). Afin de s'assurer que les regroupements générés ont des fondements théoriques et cliniques, il est important de se prémunir d'une méthodologie réfléchie et de valider la classification retenue. L'une des forces indéniables de notre étude est la méthodologie rigoureuse et très détaillée fournie dans le présent article. Cette description détaillée permet de répéter l'étude et d'en apprécier la qualité (Clatworthy, et al., 2005). Afin de nous assurer de la fiabilité de la classification choisie, nous avons utilisé plusieurs méthodes d'ACA et analysé la reproductibilité entre toutes ces méthodes. De plus, les groupes de la classification choisie représentent un pourcentage raisonnable de milieux (variant de 11 % à 31 %) et sont homogènes (coefficient de variation variant de 0,20 à 0,41). Un processus de validation croisée a permis de démontrer sa très

bonne stabilité ($K=0,88$). Aussi, un groupe d'experts clinique est venu confirmer la pertinence et la représentativité de nos résultats, ce qui accroît leur validité. Une autre force de notre étude est la cohérence que l'on observe entre le deuxième et le troisième tableau de résultats, notamment au sujet des politiques d'admission et de l'offre de services ainsi que de la taille de la résidence et des espaces communs disponibles. Enfin, comme le comité d'experts l'a mentionné à plusieurs reprises, cette classification répond à un besoin clinique. En effet, les intervenants du réseau de la santé doivent rapidement s'approprier de l'information sur les milieux d'hébergement de leur région afin de conseiller et de soutenir adéquatement les personnes âgées et leur famille dans leurs démarches de sélection d'un milieu de vie substitut. Notre classification répond à ce besoin. Elle permet d'assigner les RPA d'un territoire donné à des groupes spécifiques. Ainsi, les intervenants peuvent rapidement faire le tri des RPA pouvant répondre aux besoins cliniques et préférences identifiées chez la personne âgée à relocaliser. Si certaines contraintes (ex. : monétaires, disponibilité d'une place) font en sorte que la personne âgée est relocalisée vers une RPA appartenant à un groupe jugé « sous optimal » par l'intervenant, ce dernier pourra identifier les mesures devant être mises en place pour pallier les lacunes du milieu de vie où une place est disponible.

Conclusion

Les résultats de cette étude confirment l'hétérogénéité que l'on constate dans les résidences privées avec services. La classification en groupes homogènes d'un ensemble hétérogène permet de mieux comprendre la configuration des groupes qui le composent ainsi que les particularités de chacun. De plus, cela facilite la comparaison et la description de chacun des groupes. Ainsi, une meilleure connaissance de ces milieux d'hébergement ne peut être qu'un pas dans la bonne direction nous permettant de soutenir les intervenants et d'offrir un environnement adapté aux besoins et aux préférences de la personne qui demande des services d'hébergement.

Bien entendu, la classification à elle seule ne peut se substituer au jugement clinique des intervenants. Néanmoins, nous sommes convaincues que cela pourrait soutenir et faciliter leur pratique quotidienne.

Références

- Aldenderfer, M. S., & Blashfield, R. K. (1984). *Cluster analysis*. Beverly Hills, CA: SAGE Publications.
- Brawley, E. C. (2001). Environmental design for Alzheimer's disease: a quality of life issue. *Aging Ment Health, 5 Suppl 1*, S79-83.
- Calinski, T., & Harabasz, J. (1974). A dendrite method for cluster analysis. *Communications in statistics, 3*(1), 1-27.
- Charpentier, M., Delli-Colli, N., & Dalpé, L. (2000). L'orientation des personnes âgées en perte d'autonomie dans un contexte de rareté des ressources publiques d'hébergement. *Intervention, 112*, 70-77.
- Clatworthy, J., Buick, D., Hankins, M., Weinman, J., & Horne, R. (2005). The use and reporting of cluster analysis in health psychology: a review. *British Journal of Health Psychology, 10*(Pt 3), 329-358.
- Conseil des Aînés. (2007). *État de situation sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Degenholtz, H. B., Miller, M. J., Kane, R. A., Cutler, L. J., & Kane, R. L. (2006). Developing a typology of nursing home environments. *Journal of Housing for the Elderly, 20* (1/2), 5-29.
- Delli-Colli, N., Dubuc, N., & Caron, C. (2006). Qu'advient-il des personnes âgées orientées en résidence privée à la suite d'un séjour en courte durée? *Intervention, 124*, 33-41.
- Dillman, D. (2000). *Mail and Internet Surveys : The Tailored Design Method*. New York: John Wiley & Sons.
- Dolnicar, S. (2002). *A review of unquestioned standards in using cluster analysis for data-driven market segmentation*. Paper presented at the Australian and New Zealand Marketing Academy Conference 2002, Melbourne.
- Edwards, P., Roberts, I., Clarke, M., DiGiuseppi, C., Pratap, S., Wentz, R., . . . Cooper, R. (2007). Methods to increase response rates to postal questionnaires. *Cochrane Database Syst Rev*(2).
- Everitt, B., Landau, S., & Leese, M. (2001). *Cluster Analysis*. London: Oxford University Press.
- Gold, D. T., Sloane, P. D., Mathew, L. J., Bledsoe, M. M., & Konanc, D. A. (1991). Special care units: a typology of care settings for memory-impaired older adults. *Gerontologist, 31*(4), 467-475.
- Gordon, A. (1999). *Classification* (2nd ed.). London: Chapman & Hall/CRC.
- Grant, L. (1998). Beyond the Dichotomy: An Empirical Typology of Alzheimer's Care in Nursing Homes. *Research on Aging, 20*(5), 569-592.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2010). Cluster Analysis. In J. Hair, W. Black, B. Babin & R. Anderson (Eds.), *Multivariate Data Analysis* (7th ed.): Prentice Hall.

- Hox, J., & De Leeuw, E. (1994). A Comparison of Nonresponse in Mail, Telephone, and Face-to-face Surveys: Applying Multilevel Models to Meta-analysis. *Quality and Quantity*, 28, 329-344.
- Institut national de santé publique du Québec. (2010). Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec. Québec: Gouvernement du Québec.
- Iwarsson, S. (2005). A long-term perspective on person-environment fit and ADL dependence among older Swedish adults. *Gerontologist*, 45(3), 327-336.
- Kane, R. A., Kling, K. C., Bershadsky, B., Kane, R. L., Giles, K., Degenholtz, H. B., . . . Cutler, L. J. (2003). Quality of life measures for nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 58(3), 240-248.
- Kane, R. L., & Kane, R. A. (2000). Assessment in long-term care. *Annu Rev Public Health*, 21, 659-686.
- Kaufman, L., & Rousseeuw, P. (1990). *Finding Groups in Data : an Introduction to Cluster Analysis*. New York: Wiley-Interscience.
- Kettenring, J. (2006). The Practice of Cluster Analysis. *Journal of Classification*, 23, 3-30.
- Kovacs, F., Legany, C., & Babos, A. (2006). Cluster Validity Measurement Techniques. *Proceedings of the 5th WSEAS International Conference on Artificial Intelligence, Knowledge Engineering and Data Bases* (pp. 388-393): World Scientific and Engineering Academy and Society.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.
- Lange, T., Roth, V., Braun, M., & Buhmann, J. (2004). Stability-Based Validation of Clustering Solutions. *Neural Computation*, 16(6), 1299-1324.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, 23(4), 349-357.
- Lawton, M. P., Weisman, G. D., Sloane, P. D., & Calkins, M. P. (1997). Assessing Environments for Older People with Chronic Illness. *Journal of Mental Health and Aging*, 3(1), 83-100.
- Lestage, C., Dubuc, N., & Bravo, G. (2008). Identifying characteristics of residential care facilities relevant to the placement process of seniors. *Journal of the American Medical Directors Association* 9(2), 95-101.
- Lestage, C., Dubuc, N., Bravo, G., & Robitaille-Beaumier, E.-L. (2012). Physical and Organisational Environments of Private Residential Care Facilities for Older Adults : Reliability of a Self-Report Questionnaire. *soumis à Ageing & Society*.
- Milligan, G. (1980). An examination of the effect of six types of error perturbation on fifteen clustering algorithms. *Psychometrika*, 45(3), 325-342.
- Milligan, G., & Cooper, M. (1985). An examination of procedures for determining the number of clusters in a data set. *Psychometrika*, 50(2), 159-179.
- Milligan, G., & Cooper, M. (1988). A Study of Standardization of Variables in Cluster Analysis. *Journal of Classification*, 5, 181-204.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). *Bulletin d'information présentant des statistiques de base sur l'hébergement et l'habitation des personnes âgées en perte d'autonomie*.
- Park, N. S., Zimmerman, S., Sloane, P. D., Gruber-Baldini, A. L., & Eckert, J. K. (2006). An empirical typology of residential care/assisted living based on a four-state study. *Gerontologist*, 46(2), 238-248.

- Parker, C., Barnes, S., McKee, K., Morgan, K., Torrington, J., & Tregenza, P. (2004). Quality of life and building design in residential and nursing homes for older people. *Ageing & Society, 24*, 941-962.
- Punj, G., & Stewart, D. (1983). Cluster analysis in marketing research: Review and suggestions for application. *Journal of Marketing Research, 20*, 134-148.
- Regnier, V. A., & Scott, A. C. (2001). Creating a therapeutic environment : lessons from Northern European models. In S. Zimmerman, P. D. Sloane & J. K. Eckert (Eds.), *Assisted Living: Needs, Practices, and Policies in Residential Care for the Elderly* (pp. 53-77). Baltimore Johns Hopkins University Press.
- Salem, S., & Nandi, A. (2009). Development of assessment criteria for clustering algorithms. *Pattern Analysis & Applications 12*(1), 79-98.
- Shih, T., & Fan, X. (2009). Comparing response rates in e-mail and paper surveys : A meta-analysis. *Educational Research Review, 4*, 26-40.
- Statistique Canada. (2010). Estimates of population, by age group and sex for July 1, Canada, provinces and territories, annual. Ottawa: Statistics Canada.
- Weissert, W. G., & Musliner, M. C. (1992). Case mix adjusted nursing-home reimbursement: a critical review of the evidence. [Review] [43 refs]. *Milbank Quarterly, 70*(3), 455-490.
- Xu, R., & Wunsch, D. (2008). Recent advances in cluster analysis. *International Journal of Intelligent Computing and Cybernetics, 1*(4), 484-508.

CHAPITRE 4 – DISCUSSION DES RÉSULTATS

Il s'agit de la première étude visant à regrouper des résidences pour personnes âgées, sur la base de certaines caractéristiques communes en lien avec leur environnement physique et organisationnel. Une étape préalable à la production de cette classification a été la recension systématique des écrits qui démontra la nécessité de développer un questionnaire auto-administré afin de recueillir les informations nécessaires à la représentation d'une RPA. Ensuite, il a été démontré que ce questionnaire possède de bonnes qualités métrologiques; sa validité de contenu a été confirmée par une consultation d'experts de type Delphi, et sa fidélité a été étudiée par l'analyse de sa fidélité test-retest et l'appréciation de sa cohérence interne. Pour que les informations nécessaires au développement de la classification soient recueillies, ce questionnaire a été utilisé lors d'un recensement provincial auprès des propriétaires de RPA. Subséquemment, différentes méthodes d'ACA ont été effectuées et différents paramètres statistiques (reproductibilité, stabilité et homogénéité) ont permis de guider le développement de classifications pertinentes. Un groupe de 8 experts cliniciens ont effectué l'évaluation de la pertinence clinique ainsi que le choix final de la classification à privilégier. La classification retenue, soit celle à 5 groupes, démontre d'intéressantes propriétés statistiques et cliniques.

Notons qu'en raison du format de rédaction par articles, certains éléments de discussion, dont la comparaison des résultats obtenus à ceux d'autres études, ne seront pas repris ici. Ce dernier chapitre traitera plutôt des retombées de la présente étude, de ses limites et de ses forces ainsi que des améliorations et avenues futures de recherche.

4.1 Retombées de l'étude

Chaque pays a sa propre terminologie pour qualifier ses milieux d'hébergement pour personnes âgées ainsi que les niveaux de soins et services qui leur sont associés (Howe *et al.*, 2012). Dans un même pays, il peut exister des différences interprovinciales, comme c'est effectivement le cas au Canada (Hollander et Walker, 1998). Selon la province

canadienne où l'on se trouve, un même terme ne renvoie pas nécessairement au même type de milieu d'hébergement ni à la même offre de soins et services (Pitters, 2002). Certaines appellations sont même qualifiées de fourre-tout, ce qui contribue à la confusion générale (Hollander et Walker, 1998; Howe *et al.*, 2012). À cet égard, rappelons qu'au Québec, l'appellation RPA renvoie à un concept hétérogène. Cela est d'ailleurs confirmé par les résultats de la présente étude.

Pourtant, différents groupes d'intérêt bénéficieraient d'une définition et d'une représentation claires des RPA québécoises. Parmi ceux-ci, il y a le groupe des décideurs qui inclut le MSSS et les gestionnaires des ASSS. En effet, le plan d'action ministériel 2010-2015 stipule que le MSSS et son réseau souhaitent renforcer l'accès aux personnes âgées à des milieux de vie diversifiés. Cela devra se faire par la consolidation de l'intégration des services offerts et par l'utilisation judicieuse des ressources actuellement présentes. Plus concrètement, ce sont les ASSS qui sont responsables d'offrir ces milieux de vie diversifiés et adaptés aux besoins des personnes âgées. Elles sont aussi responsables de la planification, de l'organisation et de l'évaluation des services offerts sur leur territoire. Notre classification pourrait donc leur être très utile. En effet, la décomposition en groupes homogènes et mutuellement exclusifs de l'appellation RPA et l'utilisation de la classification permettraient, d'une part, de faire le portrait des RPA présentes sur un territoire donné, et d'autre part, de cibler les groupes de RPA qui nécessitent d'être développés afin d'offrir la diversification souhaitée et de répondre aux besoins populationnels identifiés.

Un second groupe d'intérêt concerne les intervenants responsables du processus d'orientation. Il s'agit précisément des intervenants qui œuvrent en soins de courte durée ainsi que de ceux se trouvant au sein des comités d'orientation et d'admission à qui le MSSS demande d'utiliser judicieusement les ressources actuellement présentes. Parmi ces ressources, rappelons que les RPA offrent 65 % des places d'hébergement en soins de longue durée. Afin que ces milieux de vie substitués puissent être utilisés intelligemment, une meilleure connaissance de ceux-ci est primordiale. L'assignation des RPA d'un territoire donné à des groupes spécifiques permettrait aux intervenants de mieux se

représenter l'environnement physique ainsi que l'offre de services des RPA de leur région. De plus, cela leur permettrait de faire rapidement le tri des RPA pouvant répondre aux besoins cliniques et aux préférences de la personne âgée à relocaliser. Par ailleurs, si certaines contraintes (ex. : monétaires, disponibilité d'une place) font en sorte que la personne âgée doit être relocalisée vers une RPA appartenant à un groupe jugé « sous-optimal » par l'intervenant, ce dernier pourrait identifier rapidement les mesures à mettre en place pour pallier les lacunes du milieu. Une meilleure connaissance des RPA diminuerait très certainement le malaise que ressentent actuellement les intervenants lorsqu'ils doivent orienter des personnes âgées vers les RPA. En bref, nous estimons que la classification soutiendrait le jugement clinique des intervenants et leur permettrait de réduire le temps consacré au processus de recherche d'un milieu de vie substitut. Nous supposons également que les intervenants pourraient plus facilement conceptualiser les types de RPA présents sur leur territoire et ainsi diminuer le temps associé à l'acquisition de ces connaissances.

Le troisième groupe concerne les personnes âgées et leur famille. Indirectement, si les intervenants qui conseillent ces personnes sont mieux outillés, celles-ci profiteront de meilleurs conseils et suggestions quant aux milieux de vie répondant à leurs besoins. Par ailleurs, les personnes âgées et leur famille bénéficieront directement des retombées de la classification, car celle-ci facilite le processus de recherche et de comparaison des RPA entre elles. En effet, vu le nombre impressionnant de RPA dans certaines régions du Québec, le fait d'assigner les RPA à des groupes comparables en terme d'environnement physique et organisationnel permet de faire un premier tri en fonction de certaines préférences liées à l'environnement physique et organisationnel. Ainsi, une personne âgée souhaitant déménager dans une RPA qui offre beaucoup de sécurité, de loisirs, de services et de personnel sur place pourra limiter ses visites aux RPA appartenant au cinquième groupe.

Le dernier groupe d'intérêt se compose des chercheurs du domaine de l'organisation des services de santé. Effectivement, pour que l'on puisse comparer les résultats de plusieurs études, il faut une définition claire de l'objet d'étude. La classification permet de circonscrire les RPA québécoises en terme d'environnement physique et organisationnel. Il

sera donc plus aisé de définir le groupe auquel s'adresse l'étude et de mettre les résultats obtenus en relation avec d'autres études. En somme, il sera possible de faire des comparaisons avec des études internationales se rapportant à des milieux de vie substitués aux libellés différents mais similaires en terme d'environnement physique et d'offre de services.

Enfin, autant pour les gestionnaires, les intervenants, les personnes âgées que les chercheurs, le développement de la classification permet la création d'un langage commun et normalisé. Cette compréhension commune diminuera l'ambiguïté et la confusion entourant ce type de milieu de vie substitut. Nous estimons que cela favorisera les actions concertées entre tous ces partenaires, et ce, pour faire avancer le développement des connaissances en lien avec chacun des groupes de RPA identifiés.

4.2 Limites et forces de l'étude

Un article scientifique a été produit pour chacun des objectifs spécifiques de l'étude. Des limites et des forces y ont déjà été présentées et discutées. Conséquemment, la présente sous-section traite davantage de l'objectif général de l'étude. Ainsi, les limites et les forces qui y seront discutées sont liées à la population à l'étude, à la méthode de collecte ainsi qu'à la stratégie d'analyse des données utilisées pour développer et valider la classification des RPA.

4.2.1 Population et échantillon

La généralisation des résultats n'est possible que si ceux-ci sont obtenus à partir d'échantillons représentatifs de la population d'intérêt (Bernard et Lapointe, 1991). Comme nous utilisons un questionnaire auto-administré, nous avons la possibilité de joindre rapidement un grand nombre de personnes dispersées géographiquement, et ce, à faibles coûts. Compte tenu de ces avantages et de l'hétérogénéité de la population à l'étude, nous avons opté pour un recensement de toutes les régions sociosanitaires du Québec, à quelques exceptions près. Malheureusement, l'échantillon recruté diffère de la population d'intérêt. Il n'est pas comparable en terme de taille de la RPA ni de sa région (urbaine ou

rurale). En effet, davantage de petites RPA rurales ont participé à notre étude. De par la grande taille de notre échantillon, il a été facile de détecter des différences statistiquement significatives entre les RPA participantes et les non participantes. Ces différences ne sont cependant pas majeures, en nombre absolu de RPA. Effectivement, les proportions quant à la participation des milieux ruraux et urbains sont sensiblement du même ordre, respectivement de 35 % et de 26 %. Il en est de même pour la taille des RPA dont les proportions varient entre 19 % et 35 %. Par ailleurs, le fait que nous ayons très peu d'informations sur les non-participants rend difficile pour nous de nuancer nos résultats et de juger de leur validité externe.

La provenance des informations servant à répertorier et à décrire la population à l'étude représente une limite dont il faut discuter. En effet, la validité et la fidélité des données issues du registre public des résidences pour personnes âgées du MSSS ont déjà été remises en question dans d'autres études (Aubry, 2005; Conseil des Aînés, 2007). Avant la certification obligatoire des RPA en 2009, la déclaration des informations constituant le registre se faisait sur une base volontaire. Les ASSS accordaient donc peu de ressources financières et humaines à la saisie des données ainsi qu'à leur mise à jour. En 2007, le MSSS menait une vaste opération visant l'amélioration de la validité et de la fidélité des données saisies dans le registre (Conseil des Aînés, 2007). Néanmoins, aucune étude ou rapport n'a été publié pour témoigner de la qualité des informations actuellement inscrites. Le registre est l'outil dont se servent les intervenants du réseau de la santé lorsqu'ils souhaitent identifier les RPA de leur région. Nous ne disposions donc pas d'une meilleure source d'information. Nous supposons que les nouvelles exigences liées à la certification obligatoire ainsi que les ressources investies par les ASSS ont permis d'améliorer la qualité des données inscrites, mais nous ne pouvons en être certaines. Nous ne pouvons donc pas quantifier le nombre de nouvelles RPA pour lesquelles nous n'avons pas d'informations ni être absolument certaines qu'elles ne représentaient pas un groupe de RPA différent en terme d'environnement physique et organisationnel.

Il existe peu de lignes directrices quant à la taille d'échantillon requise, lorsque l'on souhaite développer une classification à l'aide d'ACA (Dolnicar, 2002; Hair *et al.*, 2010).

De plus, aucune stratégie d'échantillonnage ne fait l'unanimité (ex. : aléatoire, stratifiée). Puisque les ACA sont utilisées principalement à des fins descriptives et exploratoires, il arrive que le chercheur ne puisse identifier les caractéristiques de la population (strates) utiles à la stratégie d'échantillonnage stratifié. Conséquemment, l'objectif est plutôt de viser un nombre de participants suffisamment important pour illustrer les caractéristiques que l'on croit présentes ainsi qu'un ratio acceptable entre le nombre de participants et le nombre de variables de regroupement utilisées pour développer la classification (Everitt *et al.*, 2001; Hair *et al.*, 2010). À cet effet, notons que le ratio entre la taille de notre échantillon ($n=552$) et le nombre de variables de regroupement ($n=11$) est adéquat. De plus, notre échantillon est composé de RPA de tailles variées et issues de différentes régions. Ces RPA proviennent en plus de tout le Québec, à l'exception de l'Estrie, du Nord du Québec ainsi que du Nunavik qui regroupent un peu moins de 130 RPA. Par ailleurs, la taille de notre échantillon était suffisante pour que nous puissions effectuer l'épreuve de validation croisée qui nécessitait de le scinder en deux. Enfin, elle offrait la puissance statistique nécessaire à la détection de différences significatives entre les 5 groupes de la classification développée.

En bref, nous n'avons pas réussi à recruter un échantillon représentatif de la population d'intérêt. Néanmoins, cet échantillon répond aux critères recherchés lorsque des ACA sont employées, soit de représenter une variété de milieux, et ce, en nombre suffisant.

4.2.2 Collecte de données

Le développement de la classification des RPA est basée sur les données recueillies par le questionnaire EPO. La validité interne de notre étude repose, entre autres, sur les qualités métrologiques de ce questionnaire, puisqu'il a servi à la collecte des informations nécessaires au développement de la classification. L'une des forces de la présente étude concerne la méthodologie rigoureuse qui a été employée, d'une part, pour créer le questionnaire, et d'autre part, pour étudier sa fidélité test-retest ainsi que sa cohérence interne. En effet, la méthode Delphi, jumelée à la stratégie de cotation de la méthode RAND/UCLA *appropriateness rating method*, a permis de documenter la validité de

contenu du questionnaire. Le questionnaire a été pré-testé avant la réalisation de l'étude de fidélité. Ensuite, cette dernière a révélé que certaines questions devaient être modifiées à nouveau. De plus, un guide de consignes et d'explications complémentaires a été créé pour que les ambiguïtés identifiées par les participants soient diminuées. Nous pouvons considérer que l'étude de fidélité test-retest était en quelque sorte une étude pilote visant à tester la faisabilité de la stratégie de recrutement et de collecte de données. Elle représentait aussi une étape supplémentaire d'identification de pistes d'amélioration possibles du questionnaire. Tout ce processus nous a permis de limiter les biais liés au vocabulaire employé, à la formulation des questions ainsi qu'aux choix de réponses proposés (Choi et Pak, 2005; Podsakoff *et al.*, 2003). Certes, l'étude de la fidélité test-retest a révélé que certains items du questionnaire sont moins fiables que d'autres. Toutefois, l'intérêt réside davantage dans la fidélité des scores totaux des dimensions. De plus, les dimensions identifiées comme moins fiables ont été améliorées, mais ces améliorations n'ont malheureusement pas été mesurées objectivement.

Enfin, une dernière limite liée à l'utilisation spécifique du questionnaire EPO est qu'il s'adresse à une population plutôt scolarisée. En effet, les participants doivent être capables de lire toute la documentation fournie, en plus des quarante-deux pages composant le questionnaire. Il est donc possible que nos participants ne soient pas comparables aux non-participants en terme d'éducation. Nous ne pouvons en être certaines, car nous ne disposons pas de la scolarité des non-participants. Par ailleurs, rien dans la littérature ne laisse supposer que les propriétaires moins scolarisés possèdent une RPA différente des autres en terme d'environnement physique et organisationnel. Nous croyons peu probable que cela ait eu un impact majeur sur la validité interne de l'étude.

Certaines forces et limites de l'étude sont liées, quant à elles, à l'utilisation d'un questionnaire auto-administré. Premièrement, on reproche à ce mode d'administration l'impossibilité pour les participants d'obtenir des explications additionnelles lorsque vient le temps de compléter le questionnaire (Fink, 2006; Fortin *et al.*, 2006). Pour contrer cela, nous avons rédigé un guide de consignes et d'explications complémentaires. En plus, nous avons mis à la disposition des participants un numéro sans frais pour joindre, au besoin, un

agent de recherche. Néanmoins, il est possible que certains participants n'aient pas pris le temps de lire le guide de consignes ni d'appeler l'agent de recherche, ce qui peut avoir nui à l'exactitude des réponses fournies. Enfin, nous pensons que l'utilisation d'un questionnaire auto-administré a diminué le biais de désirabilité sociale qui aurait pu exister, considérant les nombreuses critiques dont les RPA ont souvent fait l'objet (Bowling, 2005). De par ce mode d'administration, les participants complétaient seuls le questionnaire. De plus, ils étaient informés que leurs réponses étaient confidentielles et que leur questionnaire était codé. L'objectif était de décrire ce qui était offert et non pas d'évaluer la qualité de ce qu'ils offraient. À cet effet, il était mentionné dans la lettre accompagnant les documents que nous ne tentions pas de juger si leur RPA était une bonne ou une mauvaise ressource d'hébergement. En somme, nous ne pensons pas que les participants avaient un quelconque bénéfice à dresser un portrait déformé de leur RPA.

4.2.3 Stratégie d'analyse de données

De par son devis transversal, son mode de collecte de données et la visée exploratoire des ACA, la présente étude comporte moins de biais que d'autres types d'études (ex. : maturation, accoutumance au test, perte au suivi). Néanmoins, il y a certaines limites inhérentes à l'utilisation d'ACA comme stratégie d'analyse de données. En effet, tel que nous l'avons mentionné dans l'article 3, ce type d'analyse statistique produit toujours des regroupements, peu importe qu'il existe ou non une structure à l'intérieur de l'ensemble initial (Hair *et al.*, 2010). De plus, les décisions méthodologiques prises (ex. : stratégie de regroupement, critères de sélection, méthodes de validation) influencent fortement la validité interne. Il est donc important de se doter d'une méthodologie détaillée, rigoureuse et réfléchie afin de s'assurer que les regroupements générés ne sont pas dus à l'effet du hasard (Lange *et al.*, 2004; Salem et Nandi, 2009). À cet effet, les décisions méthodologiques de la présente étude ont été documentées et discutées en équipe. De plus, différents paramètres statistiques (reproductibilité, stabilité, homogénéité) ont été considérés et un groupe d'experts cliniciens est venu confirmer la pertinence clinique de la classification développée. En définitive, nous sommes convaincues d'avoir pris tous les moyens nécessaires pour maximiser la validité de notre étude, ce qui est indéniablement une force.

4.3 Améliorations et avenues futures de recherche

Le contenu (questionnaire, guide de consignes, matrice des calculs intermédiaires à la classification) développé dans la présente étude est utilisable dans son format actuel. Néanmoins, certaines améliorations peuvent être envisagées. Celles-ci concernent plus spécifiquement le questionnaire EPO et le processus d'assignation des RPA à l'un des 5 groupes générés.

Tout d'abord, avant d'assigner une RPA à un groupe de la classification, les responsables ou propriétaires de RPA doivent compléter le questionnaire EPO. Ce questionnaire papier de 289 questions demande temps et énergie à des individus déjà très occupés. Sa forme actuelle rend difficile une utilisation conviviale. En plus des procédures administratives liées à l'envoi et à la réception des documents, il faut qu'une tierce personne saisisse les données, accorde un pointage à chacune des questions composant les 11 dimensions et enfin, calcule les scores totaux inhérents aux dimensions. La première amélioration envisagée concerne le développement d'une version informatisée et disponible en ligne du questionnaire EPO. Celle-ci pourrait grandement faciliter le processus de complétion et éliminer l'étape de saisie manuelle. De plus, nous favorisons la création d'une syntaxe informatisée qui pourrait attribuer automatiquement le pointage à chacune des questions et calculer les scores de chacune des dimensions.

Dans le même ordre d'idées, le processus actuel d'assignation d'une RPA donnée à l'un des 5 groupes de la classification se fait en saisissant manuellement les scores des 11 dimensions. Ensuite, un calcul de la distance euclidienne entre cette RPA et le centre de chacun des 5 groupes doit être effectué. La minimisation de la distance euclidienne conditionne l'assignation. Ainsi, nous pourrions ajouter un troisième volet à la syntaxe informatisée, développée précédemment, soit le calcul de la distance euclidienne ainsi que la comparaison automatisée de celle-ci à chacun des centres des 5 groupes. Nous obtiendrions alors rapidement le groupe d'appartenance de la RPA concernée.

En résumé, si un programme informatisé et disponible en ligne existait, la compilation des données se ferait automatiquement, en plus de l'assignation de la RPA à son groupe d'appartenance. Ces améliorations pourraient grandement faciliter la création d'une base de données sur les RPA d'une région donnée. En effet, toutes les informations recueillies par le questionnaire EPO pourraient être consignées dans une telle base. Celle-ci pourrait être accessible au gouvernement du Québec et aux gestionnaires des ASSS, aux intervenants impliqués dans le processus d'orientation des personnes âgées ainsi qu'au grand public. En plus d'obtenir des informations sur le groupe d'appartenance de la RPA, les différents utilisateurs pourraient extraire certaines données complémentaires ou pertinentes à d'autres fins. Par exemple, il est connu que la localisation géographique ainsi que le coût du loyer mensuel sont des éléments importants dans le choix d'un milieu de vie substitut (Castle et Sonon, 2007). Bien qu'elles soient recueillies par le questionnaire EPO, ces informations ne sont pas utilisées pour la création des groupes de la classification, car elles ne définissent pas l'environnement physique et organisationnel de ces milieux. Toutefois, ces informations sont utiles au processus d'orientation et elles pourraient facilement être extraites de la base de données. De plus, une information pertinente à ajouter serait le nombre de places vacantes dans une RPA donnée. Les propriétaires pourraient eux-mêmes mettre cette information à jour périodiquement. Cela serait une stratégie gagnante autant pour les propriétaires que les intervenants. Les propriétaires n'auraient pas à faire de la publicité chaque fois qu'une place se libère, et les intervenants pourraient faire des recherches ciblées dans la base de données, en fonction des places disponibles, et ce, par profil de RPA. Enfin, la mise en application des résultats de la présente étude par la création d'une telle base de données serait un excellent moyen de soutenir le processus d'orientation de la personne âgée vers une RPA adaptée à ses besoins particuliers et préférences. La base de données pourrait également servir à des fins de planification et de suivi pour les gestionnaires des ASSS et le gouvernement du Québec. En effet, il serait plus facile d'identifier les services offerts aux personnes âgées par le réseau d'hébergement privé, et ce, dans une région donnée. S'il apparaît que plusieurs besoins demeurent non comblés par les services de soutien à domicile et les réseaux d'hébergement (public et privé) et bien l'ASSS de cette région devrait être en mesure de planifier une action en ce sens. La base de données serait aussi très certainement un outil de travail efficace en termes

de temps et d'argent investis. Certes, la création de cette base de données devrait impliquer un comité consultatif composé de différents partenaires (ex. : regroupement québécois des résidences pour aînés, gestionnaires des ASSS, direction des personnes âgées en perte d'autonomie du MSSS, professionnels de la santé impliqués dans l'orientation, etc.) afin d'identifier les utilisateurs potentiels, les informations à divulguer ainsi que les accès requis. Enfin, ce comité pourrait se pencher, s'il y a lieu, sur différents aspects éthiques liés à l'opérationnalisation de cette base de données.

Parmi les avenues futures de recherche, une version plus courte du questionnaire EPO devrait être envisagée. En effet, lors de l'exercice d'atteinte de consensus de type Delphi, le comité d'experts a retenu beaucoup plus d'items qu'initialement envisagé. Cela peut être attribuable, entre autres, au biais d'acquiescement soit cette tendance naturelle des individus à répondre systématiquement de manière positive à une question. Bien entendu, nous avons pris différents moyens pour limiter les effets de ce biais (échelle de Likert en neuf points et critère de pertinence, plus sévère, basé sur la méthode RAND/UCLA). Néanmoins, la formulation de la question de base (croyez-vous que cet élément soit ESSENTIEL pour vous faire un portrait juste d'une RPA?) peut avoir accentué les effets de ce biais. Le nombre d'items retenus fut considérable, ce qui a donc mené au développement d'un très long questionnaire. Néanmoins, les résultats issus des ANOVA réalisées pour comparer les groupes de la classification générée confirment que toutes les dimensions du présent questionnaire sont pertinentes. Toutefois, les résultats de nos analyses de la cohérence interne révèlent que certaines questions pourraient être retranchées. Nous pourrions donc épurer le questionnaire, dans le but de le simplifier et de le rendre plus attrayant, ce qui aurait peut-être comme effet d'augmenter son taux de complétion. Ensuite, il serait pertinent d'évaluer si une version courte et informatisée améliore effectivement le taux de participation. Une évaluation de la fidélité test-retest de cette version serait aussi utile. En effet, après la première étude de fidélité, des améliorations avaient été apportées au questionnaire. Toutefois, la version résultante n'avait pas été soumise à une seconde étude de fidélité.

Une quatrième avenue de recherche concerne la fréquence à laquelle les propriétaires de RPA devraient compléter le questionnaire. Nous pensons que les caractéristiques de l'environnement physique et organisationnel sont assez stables pour être recueillies sur une base annuelle. Mais est-ce vraiment le cas?

Enfin, une dernière avenue de recherche serait de décrire la clientèle hébergée par chacun des groupes de RPA identifiés et l'adéquation des services reçus. Actuellement, nous connaissons très peu le profil d'autonomie fonctionnelle des personnes âgées qui vivent dans chacun des groupes de RPA. Dans un premier temps, il serait donc pertinent de décrire, à l'aide des profils Iso-SMAF (Dubuc *et al.*, 2006), qui est hébergé dans ces milieux. Dans un deuxième temps, il serait pertinent de connaître dans quelle mesure les RPA répondent adéquatement aux besoins de leur clientèle. Pour ce faire, il existe, pour chacun des 14 profils Iso-SMAF, une estimation du nombre total d'heures des services requis (soins infirmiers, soins d'assistance et de soutien). Il serait donc pertinent de calculer un taux d'adéquation entre les services fournis par la RPA et les services requis par la clientèle qu'elle héberge. Dans un troisième temps, nous pourrions identifier, pour chacun des groupes de RPA, les profils d'autonomie fonctionnelle pour lesquels ils parviennent à répondre adéquatement aux besoins requis. Ultimement, nous pourrions déterminer des critères d'accès aux RPA de chacun des groupes de la classification.

Bref, la présente étude constitue un avancement au niveau des connaissances ainsi qu'un premier pas dans le développement d'autres projets de recherche en lien avec les résidences privées pour personnes âgées. Une meilleure connaissance de ces résidences soutiendra très certainement le jugement clinique des intervenants et leur permettra d'orienter la « bonne » personne au « bon » endroit. Dans un contexte de rareté des ressources, la présente étude ainsi que les avenues précédemment exposées visent à optimiser l'utilisation de tous les milieux de vie substituts du réseau d'hébergement autant public que privé.

4.4 Conclusions

Les trois objectifs spécifiques poursuivis par cette étude étaient : 1) d'identifier les caractéristiques de l'environnement physique et organisationnel nécessaires à la représentation d'une RPA; 2) de développer un questionnaire pour mesurer ces caractéristiques et évaluer ses qualités métrologiques; 3) de générer des regroupements homogènes de RPA, à partir des informations recueillies au moyen du questionnaire et de valider la classification produite.

Grâce à une consultation d'experts, nous disposons maintenant d'un questionnaire aux propriétés métrologiques intéressantes, soit le questionnaire EPO. Ce questionnaire permet de décrire l'environnement physique et organisationnel des RPA. Un recensement a permis de développer une classification de RPA valide qui se décompose en 5 groupes homogènes et mutuellement exclusifs. Nos trois objectifs spécifiques ont donc été atteints.

Enfin, en plus de contribuer à l'avancement des connaissances, cette étude répond à un besoin clinique maintes fois exprimé par les intervenants responsables d'orienter les personnes âgées vers un milieu de vie substitut maximisant leur autonomie fonctionnelle et psychosociale. Les résultats de l'étude légitiment le malaise vécu par ces intervenants, car ils confirment l'hétérogénéité des RPA. Le questionnaire EPO ainsi que la classification peuvent fournir des informations fidèles et valides sur les RPA à différents groupes d'intérêt. Ils peuvent donc soutenir le processus décisionnel des intervenants et des personnes âgées ainsi que les mandats de diversification et de planification des gestionnaires des ASSS. Puisque nous pouvons dès maintenant assigner à l'un des 5 groupes de la classification développée toutes les RPA pour lesquelles nous disposerons des informations recueillies par le questionnaire EPO, il devient primordial de diffuser rapidement nos résultats et les apports de ceux-ci à divers ASSS et comités d'orientation et d'admission. Enfin, nous souhaitons qu'ultimement toutes les RPA du Québec soient classifiées et que ces informations soient accessibles électroniquement, en partie ou en totalité, aux différents groupes d'intérêt concernés.

REMERCIEMENTS

Je souhaite commencer mes remerciements par mes parents, Léonard et Raymonde, qui m'ont transmis leur insatiable curiosité, leur persévérance et leur satisfaction du « travail bien fait ». Je désire aussi les remercier de m'avoir donné les moyens d'accomplir mes projets de vie.

Viens naturellement ensuite l'amour de ma vie, Jason, sans qui la réalisation de ces projets n'aurait pas été possible. Merci de m'accompagner dans ces traversées, merci de me compléter et surtout d'apporter cette touche d'humour et de légèreté à notre vie quotidienne et familiale. Ah oui... et de faire semblant de me croire quand je te promets que bientôt j'aurai moins de projets et plus de temps pour nous!

Ensuite, je tiens à remercier Nicole pour son énergie toute spéciale et le tourbillon d'idées qu'elle sait si bien générer. Je trouve remarquable la façon dont elle est passionnée par le développement de nouvelles idées. Merci d'avoir cru en moi. Des remerciements très sincères à Gina, pour sa disponibilité, ses précieux commentaires ainsi que les encouragements qu'elle m'a donnés au fil de ces années. À de nombreuses reprises, tout ceci est réellement tombés à point, m'empêchant de tout abandonner. Merci à vous deux, vous m'avez témoigné qu'il y a plusieurs façons de faire de la recherche ainsi que son chemin dans la vie.

Je souhaite remercier les membres de mon jury pour le temps qu'ils passeront à analyser ma thèse et les commentaires qu'ils prodigueront. Il est toujours rassurant de savoir qu'un regard neuf sera posé sur son travail, cela ne peut être que de bon augure, surtout par des gens de votre qualité.

Ensuite, je tiens à remercier du fond du cœur ceux que je considère comme étant les responsables de ma santé mentale : Danielle et Martin, Michel et Nathalie ainsi que Cinthia et Annie. Qu'aurais-je fait sans vous ? Votre présence a été une source d'équilibre inégalée.

Je ne peux passer sous silence, l'implication de Martin St-Jean et de Lise Trottier. Martin qui, à quelques semaines de mon dépôt initial, a retrouvé ma thèse dans l'univers cosmique qu'est pour moi l'informatique. Merci Martin! Lise qui a réalisé une partie des analyses statistiques et qui, par ses commentaires, a réussi à me faire douter maintes fois... m'amenant à améliorer ma compréhension des ACA et à bonifier l'écriture de cette thèse. Merci Lise!

Je tiens à remercier les Instituts de recherche en santé du Canada ainsi que les Fonds de la recherche en santé du Québec pour les bourses de formation. Je tiens également à souligner l'apport du programme de recherche de consolidation et d'optimisation du système de gestion clinique et administratif basé sur les profils Iso-SMAF(2007-2012). Merci d'avoir contribué, à votre façon, à ces études doctorales.

Enfin, à celles qui ont vu le jour durant ces études et qui demeureront à tout jamais mes plus belles réalisations, Emily et Elizabeth. Merci mes petites puces d'être si belles et épanouies... la vie prend tout son sens quand nous sommes tous les quatre réunis.

LISTE DES PUBLICATIONS

- Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2011). *L'hébergement et ses mécanismes d'accès pour les personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement*. Rimouski.
- Agence de la santé publique du Canada. (2009). La prévention des chutes et la santé des aînés (Publication no. http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/pro/healthy-sante/haging_newvision/vision-rpt/falls-chutes-fra.php). Téléchargé en Juillet 2012:
- Aldenderfer, MS et Blashfield, RK. (1984). *Cluster analysis*. Beverly Hills, CA: SAGE Publications.
- Alexander, JA *et al.* (1985). Toward an empirical classification of hospitals in multihospital systems. *Med Care*, 23(7), 913-932.
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2011). *6 cibles pour faire face au vieillissement de la population: AQESS : Direction de l'organisation des services et de la qualité*.
- Aubry, F. (2005). *Les résidences privées à but lucratif pour personnes âgées : un portrait sectoriel*. Université du Québec à Montréal, École de travail social.
- Aud, MA *et al.* (2004). Developing a residential care facility version of the observable indicators of Nursing Home Care Quality Instrument. *J Nurs Care Qual*, 19(1), 48-57.
- Banaszak-Holl, J *et al.* (2004). Predicting nursing home admission: estimates from a 7-year follow-up of a nationally representative sample of older Americans. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 18(2), 83-89.
- Bazzoli, GJ *et al.* (1999). A taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos. *Health Serv Res*, 33(6), 1683-1717.
- Belleau, H. (2007). L'hébergement institutionnel d'un parent âgé ayant des pertes cognitives. *La revue canadienne du vieillissement*, 26(4), 329-342.
- Bernard, P-M et Lapointe, C. (1991). *Mesures statistiques en épidémiologie*. Sillery, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Bigonnesse, C *et al.* (2011). L'émergence de nouvelles formules d'habitation : mise en perspective des enjeux associés aux besoins des aînés. *Économie et Solidarités*, 41(1-2), 88-103.
- Black, BS *et al.* (1999). Predictors of nursing home placement among elderly public housing residents. *The Gerontologist*, 39(5), 559-568.
- Blanchard, N. (2008). *Aller vivre en résidence : l'expérience des personnes âgées*. Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Bowling, A. (2005). Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. [Review]. *Journal of public health*, 27(3), 281-291.
- Bravo, G *et al.* (1998). Profile of residents in unlicensed homes for the aged in the Eastern Townships of Quebec. *CMAJ*, 159(2), 143-148.
- Brawley, EC. (1998). Environment - A Silent Partner in Caregiving. Dans M. Kaplan et S. Hoffman (Eds.), *Behaviors in Dementia* (pp. 107-124). Baltimore: Health Professions Press.
- Brawley, EC. (2001). Environmental design for Alzheimer's disease: a quality of life issue. *Aging Ment Health*, 5 Suppl 1, S79-83.

- Brodeur, G *et al.* (2008). *Gérer les listes d'attente du services aux personnes âgées et personnes en perte d'autonomie*. Sherbrooke: CSSS-IUGS.
- Calkins, MP. (2003). Powell Lawton's contributions to long-term care settings. *Journal of Housing for the Elderly*, 17(1/2), 67-84.
- Carp, FM et Carp, A. (1984). A Complementary/Congruence Model of Well-Being or Mental Health for the Community Elderly. Dans I. Altman, M. P. Lawton et J. Wohlwill (Eds.), *Elderly People and the Environment* (pp. 279-329). New York: Plenum.
- Castle, NG. (2003). Searching for and selecting a nursing facility... including commentary by Hirth RA. *Medical Care Research and Review* 60(2), 223-252.
- Castle, NG et Sonon, KE. (2007). The search and selection of assisted living facilities by elders and family. *Medical Care*, 45(8), 729-738.
- Charbonneau, P *et al.* (2011). *Actes du séminaire - Appréciation de l'état de santé des aînés : nouvelles perspectives conceptuelles et méthodologiques*. Unpublished manuscript.
- Charness, N et Holley, P. (2001). Human factors and environmental support in Alzheimer's disease. *Ageing Ment Health*, 5 Suppl 1, S65-73.
- Charpentier, M. (2002). *Priver ou privatiser la vieillesse? : entre le domicile à tout prix et le placement à aucun prix*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Charpentier, M *et al.* (2000). L'orientation des personnes âgées en perte d'autonomie dans un contexte de rareté des ressources publiques d'hébergement. *Intervention*, 112, 70-77.
- Charpentier, M *et al.* (2012). Vivre et vieillir en milieu d'hébergement. Dans M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J. Lavoie, A. Grenier et I. Olazabal (Eds.), *Vieillir au pluriel : perspectives sociales* (pp. 315-328). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Charpentier, M *et al.* (2005). *Milieus de vie et populations vulnérables*. Université du Québec à Montréal, École de travail social.
- Choi, BC et Pak, AW. (2005). A catalog of biases in questionnaires. *Preventing chronic disease*, 2(1), A13.
- Clatworthy, J *et al.* (2005). The use and reporting of cluster analysis in health psychology: a review. *British Journal of Health Psychology*, 10(Pt 3), 329-358.
- Cliche, L. (2008). *L'environnement urbain autour des résidences privées pour personnes âgées : un milieu optimal pour les vieux jours?*, INRS, Montréal.
- Cohen, U et Day, K. (1993). *Contemporary environments for people with dementia*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Connolly, S et O'Reilly, D. (2009). Variation in care home admission across areas of Northern Ireland. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Age and Ageing*, 38(4), 461-465.
- Conseil des Aînés. (2000). *Avis sur l'hébergement en milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Conseil des Aînés. (2007). *État de situation sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Conseil des Aînés. (2009). *Plan d'action de développement durable 2009-2013*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Corriveau, H et Roy, P-M. (2007). Les chutes. Dans M. Arcand et R. Hébert (Eds.), *Précis pratique de gériatrie 3e édition* (pp. 203-213): Edisem/Maloine.

- Cutler, LJ. (2000). Assessment of Physical Environments of Older Adults. Dans R. L. Kane et R. A. Kane (Eds.), *Assessing Older Persons: Measures, Meaning and Practical Applications*. New York: Oxford University Press.
- Cutler, LJ *et al.* (2006). Assessing and comparing physical environments for nursing home residents: using new tools for greater research specificity. *The Gerontologist*, 46(1), 42-51.
- Cvitkovich, Y et Wister, A. (2001). A Comparison of Four Person-Environment Fit Models Applied to Older Adults. *Journal of Housing for the Elderly*, 14(1/2), 1-25.
- Davies, S et Nolan, M. (2003). "Making the best of things" : relatives' experiences of decisions about care-home entry. *Ageing and Society*, 23, 429-450.
- Davis, KJ *et al.* (2000). Specialized dementia programs in residential care settings. *The Gerontologist*, 40(1), 32-42.
- Davis, MA. (1991). On nursing home quality: a review and analysis. *Med Care Rev*, 48(2), 129-166.
- de Maesschalck, R *et al.* (2000). The Mahalanobis distance. *Chemometrics and Intelligent Laboratory Systems*, 50, 1-18.
- Degenholtz, HB *et al.* (2006). Developing a typology of nursing home environments. *Journal of Housing for the Elderly*, 20 (1/2), 5-29.
- Delli-Colli, N *et al.* (2006). Qu'advient-il des personnes âgées orientées en résidence privée à la suite d'un séjour en courte durée? *Intervention*, 124, 33-41.
- Desrosiers, J et Hébert, R. (2007). Principaux outils d'évaluation en clinique et en recherche. Dans M. Arcand et R. Hébert (Eds.), *Précis pratique de gériatrie* (3e ed., pp. 135-169): EDISEM MALOINE.
- Dolnicar, S. (2002). *A review of unquestioned standards in using cluster analysis for data-driven market segmentation*. Conférence présentée à Australian and New Zealand Marketing Academy Conference 2002.
- Dubuc, N *et al.* (2005). L'orientation et l'admission des personnes présentant un profil d'autonomie Iso-Smaf 9 dans les diverses ressources d'hébergement publiques de l'Estrie. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie.
- Dubuc, N *et al.* (2006). Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles. *Arch Gerontol Geriatr*, 42(2), 191-206.
- Ducharme, M-N *et al.* (2004). Les OSBL et les coopératives d'habitation pour personnes âgées : des initiatives résidentielles méconnues. Dans Y. Comeau (Ed.), *Innovations sociales et transformations des conditions de vie*. (pp. 85-100). Université Laval: Actes d'un colloque.
- Ducharme, M-N et Dumais, L. (2008). *Les OSBL d'habitation au Québec, l'offre et les besoins en soutien communautaire*. Université du Québec à Montréal, École de travail social.
- Everitt, B *et al.* (2001). *Cluster Analysis*. London: Oxford University Press.
- Fink, A. (2006). *How to conduct surveys : A Step-by-Step Guide* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Fortin, M-F *et al.* (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière Éducation.

- Fougeyrollas, P. (2005, 15 juin). *Comprendre le processus de production du handicap (PPH) et agir pour la participation sociale, une responsabilité sociale et collective*. Conférence présentée à Association Nationale des Cadres du Social.
- Fougeyrollas, P. (2010). *La funambule, le fil et la toile : Transformations réciproques du sens du handicap*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Fougeyrollas, P *et al.* (1998). Social consequences of long term impairments and disabilities: conceptual approach and assessment of handicap. *Int J Rehabil Res*, 21(2), 127-141.
- Fry, P. (1990). The person-environment congruence model: Implications and applications for adjustment counselling with older adults. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 13, 87-106.
- Gagnon, C et Lafrance, M. (2011). *Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile. Analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique.*: Institut national de santé publique du Québec.
- Gaugler, JE *et al.* (2007). Predicting nursing home admission in the U.S.: a meta-analysis. *BMC Geriatr*, 7, 13.
- Gilmour, H et Park, J. (2006). Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées. Dans Division de la statistique de la santé à Statistique Canada (Ed.), *Rapports sur la santé* (Vol. 16, pp. 23-34). Ottawa.
- Gold, DT *et al.* (1991). Special care units: a typology of care settings for memory-impaired older adults. *Gerontologist*, 31(4), 467-475.
- Gordon, A. (1999). *Classification* (2nd ed.). London: Chapman & Hall/CRC.
- Gouvernement du Québec. (2012). *Vieillir et vivre ensemble : Chez soi, dans sa communauté, au Québec*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Grant, L. (1994). Conceptualizing and measuring social and physical environments in special care units. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 8 Suppl 1, S321-327.
- Grant, L. (1998). Beyond the Dichotomy: An Empirical Typology of Alzheimer's Care in Nursing Homes. *Research on Aging*, 20(5), 569-592.
- Hair, J *et al.* (2010). Cluster Analysis. Dans J. Hair, W. Black, B. Babin et R. Anderson (Eds.), *Multivariate Data Analysis* (7th ed.): Prentice Hall.
- Hawes, C *et al.* (2000). *High Service or High Privacy Assisted Living Facilities, Their Residents and Staff: Results from a National Survey* (No. #HHS-100-94-0024 et HHS-100-98-0013). Washington, DC.
- Hilgerman, M *et al.* (2009). Behavioral and Environmental Management. Dans M. Weiner et A. Lipton (Eds.), *Textbook of Alzheimer Disease and Other Dementias* (pp. 301-316). Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Hollander, M et Walker, E. (1998). *Rapport d'étude sur l'organisation et la terminologie des soins de longue durée*. Ottawa: Santé Canada.
- Howe, A *et al.* (2012). What's in a name? Similarities and differences in international terms and meanings for older peoples' housing with services. *Ageing and Society*, 1-32.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Les personnes âgées et le système de santé : quelles sont les répercussions des multiples affections chroniques?*
- Institut de la statistique du Québec. (2012). *Quelques indicateurs de santé chez les aînés : Que révèle l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008?* Montréal: Gouvernement du Québec.

- Institut national de santé publique du Québec. (2010). *Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2010). Partenariat sur les troubles cognitifs liés au vieillissement- Une initiative stratégique de l'Institut du vieillissement des IRSC. Téléchargé le 2 juillet, 2012, from <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/26988.html>
- Iwarsson, S. (2005). A long-term perspective on person-environment fit and ADL dependence among older Swedish adults. *Gerontologist*, 45(3), 327-336.
- Jorg, F *et al.* (2002). Objectivity in needs assessment practice: admission to a residential home. *Health & Social Care in the Community*, 10(6), 445-456.
- Jorgensen, D *et al.* (2009). Why Do Older People in New Zealand Enter Residential Care Rather than Choosing to Remain at Home, and Who Makes that Decision? *Ageing International*, 34, 15-32.
- Joseph, A. (2006). *Health Promotion by Design in Long-Term Care Settings*. Concord, CA: The Center for Health Design.
- Joseph, A. (2006). *The Role of the Physical and Social Environment in Promoting Health, Safety, and Effectiveness in the Healthcare Workplace*. Concord, CA: The Center for Health Design.
- Kahana, E. (1982). A Congruence Model of Person-Environment Interaction. Dans M. P. Lawton, P. Windley et T. O. Byerts (Eds.), *Ageing and the Environment* (pp. 97-121). New York: Springer.
- Kahana, E *et al.* (2003). Person, Environment, and Person-Environment Fit as Influences on Residential Satisfaction of Elders. *Environment and Behavior*, 35(3), 434-453.
- Kane, RA. (2003). Definition, measurement, and correlates of quality of life in nursing homes: toward a reasonable practice, research, and policy agenda. *Gerontologist*, 43 Spec No 2, 28-36.
- Kane, RA *et al.* (2003). Quality of life measures for nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 58(3), 240-248.
- Kane, RL *et al.* (2006). Who recommends long-term care matters. *Gerontologist*, 46(4), 474-482.
- Kane, RL et Kane, RA. (2000). Assessment in long-term care. *Annu Rev Public Health*, 21, 659-686.
- Kang, HW. (2009). *Social environment of nursing homes and older adults with Alzheimer's disease and related dementia*. The University of Iowa.
- Kaufman, L et Rousseeuw, P. (1990). *Finding Groups in Data : an Introduction to Cluster Analysis*. New York: Wiley-Interscience.
- Kettenring, J. (2006). The Practice of Cluster Analysis. *Journal of Classification*, 23, 3-30.
- Kovacs, F *et al.* (2006). Cluster Validity Measurement Techniques. *Proceedings of the 5th WSEAS International Conference on Artificial Intelligence, Knowledge Engineering and Data Bases* (pp. 388-393): World Scientific and Engineering Academy and Society.
- Lai, C *et al.* (2008). Placement appropriateness for seniors into long-term care - A neglected area of research. *Asian Journal of Gerontology and Geriatrics*, 3(1), 34-39.
- Lange, T *et al.* (2004). Stability-Based Validation of Clustering Solutions. *Neural Computation*, 16(6), 1299-1324.

- Lawton, MP. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, 23(4), 349-357.
- Lawton, MP *et al.* (1997). Assessing Environments for Older People with Chronic Illness. *Journal of Mental Health and Aging*, 3(1), 83-100.
- Lawton, P. (1982). Competence, Environmental Press, and the Adaptation of Older People. Dans M. P. Lawton, P. G. Windley et T. O. Byerts (Eds.), *Aging and the Environment : Theoretical Approaches* (pp. 33-59). New York: Springer.
- Lawton, P. (1986). *Environment and aging* (2nd ed.). Albany, NY: Center for the Study of Aging.
- Lawton, P. (1998). Environment and aging: Theory revisited. Dans R. J. Scheidt et P. G. Windley (Eds.), *Environment and aging theory: A focus on housing* (pp. 1-31). Westport: CT: Greenwood Press.
- Lawton, P et Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. Dans C. Eisdorfer et P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 619-674). Washington American Psychological Association.
- Lee, DT *et al.* (2002). A review of older people's experiences with residential care placement. [Review]. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 19-27.
- Levasseur, M. (2001). *Relations entre la qualité de vie et l'environnement des personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles.*, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux. L.R.Q., chapitre S-4.2. 2012(12 juillet). doi:<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/>
- McAuley, WJ et Travis, SS. (1997). Positions of influence in the nursing home admission decision. *Research on Aging*, 19(1), 26-45.
- McAuley, WJ *et al.* (1997). Personal accounts of the nursing home search and selection process. *Qualitative Health Research* 7(2), 236-254.
- Milligan, G. (1980). An examination of the effect of six types of error perturbation on fifteen clustering algorithms. *Psychometrika*, 45(3), 325-342.
- Milligan, G. (1996). Clustering Validation : Results and Implications for Applied Analyses. Dans P. Arabie, L. Hubert et G. De Soete (Eds.), *Clustering and Classification* (pp. 341-375). New Jersey: World Scientific
- Milligan, G et Cooper, M. (1985). An examination of procedures for determining the number of clusters in a data set. *Psychometrika*, 50(2), 159-179.
- Milligan, G et Cooper, M. (1988). A Study of Standardization of Variables in Cluster Analysis. *Journal of Classification*, 5, 181-204.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2000). *Comité aviseur sur l'adoption d'un outil d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie et de détermination des services requis notamment en institution ou à domicile.* Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Chez soi : Le premier choix. La politique de soutien à domicile.* Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Plan stratégique 2010-2015.* Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). *Bulletin d'information présentant des statistiques de base sur l'hébergement et l'habitation des personnes âgées en perte d'autonomie.*

- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2012). *Ressources intermédiaires et ressources de type familial : rétribution de la ressource, contribution des usagers et contribution parentale*
- Moos, R et Lemke, S. (1996). *Evaluating Residential Facilities*. London: Sage Publication.
- Noreau, L *et al.* (2005). Les facteurs personnels et environnementaux associés à l'appauvrissement des personnes ayant des incapacités : utilisation d'un indice composite "revenu x participation sociale". *Santé, Société et Solidarité*, 2, 165-180.
- Norris-Baker, C *et al.* (1999). Assessing Special Care Units for Dementia: The Professional Environmental Assessment Protocol. Dans E. Steinfeld et G. Danford (Eds.), *Enabling Environments : Measuring the Impact of Environment on Disability and Rehabilitation* (pp. 165-206). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Park, NS *et al.* (2006). An empirical typology of residential care/assisted living based on a four-state study. *Gerontologist*, 46(2), 238-248.
- Parker, C *et al.* (2004). Quality of life and building design in residential and nursing homes for older people. *Ageing & Society*, 24, 941-962.
- Pincus, A et Wood, V. (1970). Methodological issues in measuring the environment in institutions for the aged and its impact on residents. *Aging and Human Development*, 1, 117-126.
- Pitters, S. (2002). Long-Term Care Facilities *Continuing the Care: The Issues and Challenges for Long-Term Care*. Ottawa: CHA Press.
- Ploton, L. (2005). À propos du placement des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 112, 93-103.
- Podsakoff, PM *et al.* (2003). Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. [Review]. *The Journal of applied psychology*, 88(5), 879-903.
- Prawitz, AD et Wozniak, P. (2005). Selection of a continuing care retirement community: help predict resident satisfaction? *Journal of Housing for the Elderly*, 19(2), 27-48.
- Protecteur du citoyen. (2012). *Chez soi : toujours le premier choix?* Québec.
- Punj, G et Stewart, D. (1983). Cluster analysis in marketing research: Review and suggestions for application. *Journal of Marketing Research*, 20, 134-148.
- Reed, J *et al.* (2003). Making a move : care-home residents' experiences of relocation. *Ageing and Society*, 23, 224-241.
- Reinardy, J et Kane, RA. (1999). Choosing an Adult Foster Home or a Nursing Home : Residents' Perceptions about Decision Making and Control. *Social Work* 44(6), 571-585.
- Salem, S et Nandi, A. (2009). Development of assessment criteria for clustering algorithms. *Pattern Analysis & Applications* 12(1), 79-98.
- Satariano, W. (2006). *Epidemiology of Aging : An Ecological Approach*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Scheidt, RJ et Windley, P. (2006). Environmental gerontology: progress in the post-Lawton era. Dans J. E. Birren et K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (6 th ed., pp. 105-128). Amsterdam: Elsevier Academic Press.
- Schwarz, B. (2003). M. Powell Lawton's Three Dilemmas in the Field of Environment and Aging. *Journal of Housing for the Elderly*, 17(1/2), 5-22.
- Sherwood, S *et al.* (1975). Developing a system for assigning individuals into an appropriate residential setting. *J Gerontol*, 30(3), 331-342.

- Slaughter, SE et Morgan, DG. (2012). Functional Outcomes of Nursing Home Residents in Relation to Features of the Environment: Validity of the Professional Environmental Assessment Protocol. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(5), 487.e481-487.e487.
- Sloane, P *et al.* (2002). The Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes (TESS-NH): an observational instrument for assessing the physical environment of institutional settings for persons with dementia. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 57B(2), S69-78.
- Sloane, PD *et al.* (2001). The Physical Environment. Dans S. Zimmerman, P. D. Sloane et J. K. Eckert (Eds.), *Assisted Living: Needs, Practices, and Policies in Residential Care for the Elderly* (pp. 173-197). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Smith, GE *et al.* (2000). Risk factors for nursing home placement in a population-based dementia cohort. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(5), 519-525.
- Société Alzheimer du Canada. (2010). Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada. Téléchargé, www.alzheimer.ca
- Société canadienne d'hypothèques et de logement. (2012). *Rapport sur les résidences pour personnes âgées : Québec*.
- Statistique Canada. (2010). *Estimates of population, by age group and sex for July 1, Canada, provinces and territories, annual*. (No. CANSIM Table 051-0001). Ottawa: Statistics Canada.
- Steinley, D et Brusco, M. (2008). Selection of variables in cluster analysis : an empirical comparison of eight procedures. *Psychometrika*, 73(1), 125-144.
- Tan, P-N *et al.* (2005). Cluster Analysis: Basic Concepts and Algorithms. Dans P.-N. Tan, M. Steinbach et V. Kumar (Eds.), *Introduction to Data Mining* (pp. 487-568). Boston: Pearson Addison-Wesley.
- Timko, C et Moos, RH. (1991). A typology of social climates in group residential facilities for older people. *J Gerontol*, 46(3), S160-169.
- Tinetti, ME *et al.* (1994). Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders. *Journal of gerontology*, 49(3), M140-147.
- Truchon, M. (2009). *Étude exploratoire du soutien social dans le processus menant à l'hébergement des aînés en perte d'autonomie*. Université de Montréal, Montréal.
- Vaillancourt, Y et Charpentier, M. (2005). *Les passerelles entre l'État, le marché et l'économie sociale dans les services de logement social et d'hébergement pour les personnes âgées*. Montréal: Université du Québec à Montréal.
- Wahl, HW et Weisman, GD. (2003). Environmental gerontology at the beginning of the new millennium: reflections on its historical, empirical, and theoretical development. *Gerontologist*, 43(5), 616-627.
- Weiner, BJ et Alexander, JA. (1993). Corporate and philanthropic models of hospital governance: a taxonomic evaluation. *Health Serv Res*, 28(3), 325-355.
- WHOQOL Group. (1998). The World Health Organisation Quality of Life Assessment : development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46, 1569-1585.
- Wolf, R. (1980). Appropriate placement and long-term care health planning. *American Journal of Public Health*, 70, 1144-1145.

- Xu, R et Wunsch, D. (2008). Recent advances in cluster analysis. *International Journal of Intelligent Computing and Cybernetics*, 1(4), 484-508.
- Zimmerman, S. (2001, 2 juin 2009). Therapeutic Environment Screening Survey for Residential Care. Téléchargé le 5 juillet, 2012, from http://www.unc.edu/depts/tessnh/tess_nh_rc_info.html
- Zimmerman, S et Sloane, PD. (2007). Definition and classification of assisted living. *The Gerontologist*, 47(III), 33-39.

ANNEXES

Annexe 1. Approbation éthique (objectifs 1 et 2)

CONFORMITÉ À L'ÉTHIQUE EN MATIÈRE DE RECHERCHE SUR DES HUMAINS

Les membres du Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (volet Institut) ont évalué le projet de recherche ci-dessous mentionné, et ont conclu, à l'unanimité, que les documents étaient conformes à l'éthique, tel que le stipule l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (Août 1998).

Titre du protocole :

Développement et évaluation des qualités psychométriques d'une grille descriptive de l'environnement physique et organisationnel des ressources d'hébergement non institutionnel

Chercheuses : Catherine Lestage, étudiante à la maîtrise en sciences cliniques
Gina Bravo, Ph. D.
Nicole Dubuc, Ph. D.

Formulaires de consentement : Version 2 datée du 12 septembre 2006

L'approbation donnée à ce projet de recherche est valide jusqu'en octobre 2007.


Dr Serge Marchand, Ph. D.
Président

Date : 5 octobre 2006

LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE EST COMPOSÉ DES MEMBRES SUIVANTS :

BIER, Nathalie	Représentante des étudiants au doctorat
COUTURIER, Yves	Professeur, Faculté des lettres et sciences humaines, Département de service social, Université de Sherbrooke
DELAND, Pierre	Représentant de la communauté
DUBOIS, Marie-France	Professeure, Faculté de médecine, Département de sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke
DUBREUIL, Michel	Représentant de la communauté
DUCHARME, Claire	Pharmacienne, Chercheure – Centre de recherche sur le vieillissement
GIROUX, Laurent	Personne spécialisée en éthique
LEBLANC, Jeannette	Professeure, Faculté des lettres et sciences humaines, Département de psychologie, Université de Sherbrooke
MARCHAND, Serge	Professeur, Faculté de médecine, Département de chirurgie, Université de Sherbrooke
MORISSETTE, Katherine	Juriste
ROY, Pierre-Michel	Médecin, Chercheur – Centre de recherche sur le vieillissement

Pavillon D'Youville

Comité d'éthique de la recherche
1036, rue Belvédère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

Téléphone : (819) 821-1170 poste 2386
Télécopieur : (819) 829-7141

Annexe 2. Questionnaire EPO

Questionnaire EPO des ressources d'hébergement accueillant des personnes âgées



Centre de recherche
sur le vieillissement

Consignes

- ❖ Le but de ce questionnaire est de dresser un portrait de l'environnement physique et organisationnel de votre ressource d'hébergement. **Il n'y a donc pas de bonne ou de mauvaise réponse.** De plus, il s'adresse à divers types de ressources et par conséquent, il est possible que certaines questions ne vous concernent pas.
- ❖ Veuillez noter que le questionnaire est imprimé **recto verso** et que nous vous demandons de répondre à toutes les questions qui s'appliquent à votre ressource.
- ❖ Un guide a été conçu afin de vous aider à répondre aux questions. Celui-ci contient des définitions, des exemples ou des explications visant à faciliter votre compréhension générale des questions.
 - Lorsqu'une question est accompagnée du symbole « ⓘ », cela indique que vous retrouverez dans le guide des informations supplémentaires concernant cette question.
 - Lorsqu'une question est accompagnée du symbole « ▲ », c'est qu'elle doit être lue très attentivement. Cela indique également que des explications se trouvent dans le guide.
 - **Pour repérer** l'information ou l'explication **dans le guide**, suivez ces 3 étapes :
 - 1) Remarquez à **quelle page** se trouve la question dans le **questionnaire**.
 - 2) Cherchez dans le **guide** le **symbole** suivant : ⓘ correspondant à la page du questionnaire.
 - 3) Trouver l'information désirée à l'aide des **titres de section et sous-section** dans le guide.

- ❖ Certaines questions offrent un choix de réponse en utilisant les termes suivants : tous, la plupart, certains, aucun. Pour vous aider à répondre à ces questions, considérez chacun de ces choix selon les pourcentages suivants :

Tous
100 %

La plupart
99-50 %

Certains
49-1 %

Aucun
0 %

- ❖ Veuillez noter que vous devez **fournir un portrait actuel** de votre ressource, donc ne répondez pas en prévision de certaines rénovations ou modifications à venir, mais bien en fonction de ce que l'on retrouve **présentement** dans votre ressource.
- ❖ Enfin, bien que cela ne soit pas une obligation, il serait utile d'utiliser un galon à mesurer ou les plans de votre ressource afin de répondre plus facilement à certaines questions.

Si vous désirez de plus amples informations ou une assistance quelconque,
n'hésitez pas à contacter :

A. IDENTIFICATION DE LA RESSOURCE

1. Information réservée au projet de recherche

Code associé à votre ressource :

			-				
--	--	--	---	--	--	--	--

2. Date de compilation des informations

Date :

Jour		Mois		Année			

3. Statut et capacité d'accueil de votre ressource

a. Cochez le statut de votre ressource :

- Ressource privée
- Ressource mixte (privée et places contractuelles) ^(z)
- Coopérative d'habitation
- Communauté religieuse
- Autre (spécifiez) : _____

b. Quelle est votre capacité d'accueil maximale? _____

c. Parmi ces places combien font l'objet d'une entente contractuelle écrite ou d'un contrat de services avec un établissement du réseau de la santé et des services sociaux (CSSS, CLSC, CHSLD) ? _____ places contractuelles. ^(z)

4. Type de ressource

- Ressource à but lucratif
- Ressource à but non lucratif (OBNL/OSBL) ^(z)

5. Certificat de conformité

Dans le cas où votre ressource est une ressource privée ou mixte, détenez-vous le certificat de conformité qu'émet l'Agence de la santé et des services sociaux de votre région? ^(z)

Oui Non

Si oui, à quelle date le certificat a-t-il été émis? _____

B. UNITÉS LOCATIVES

ATTENTION : veuillez noter que ces définitions peuvent différer de celles que vous utilisez pour désigner vos unités locatives. Cependant, aux fins de ce questionnaire, il est très important que vous les respectiez.

Chambre simple	pièce habitée par une personne ou un couple. Cette pièce ne permet pas à son ou ses occupant(s) de cuisiner tous les jours, de <u>manière auto-suffisante</u> . ▲
Chambre partagée	pièce habitée par 2 personnes ou plus ne formant pas un couple ou une famille. Cette pièce ne permet pas à ses occupants de cuisiner tous les jours, de <u>manière auto-suffisante</u> . ▲
Logement 1½	unité comprenant une pièce ainsi qu'une salle de bain. Contrairement à la chambre, ce type d'unité permet à son ou ses occupant(s) de cuisiner de <u>manière auto-suffisante</u> . ▲
Logement 2½ et +	unité comprenant deux pièces ou plus, une salle de bain ainsi qu'une cuisine.

a. Parmi les types d'unités locatives suivantes, indiquez celles que vous offrez ainsi que le nombre total offert.

Unités locatives offertes		Nombre total
Des chambres simples ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Des chambres partagées ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Des logements 1½ ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Des logements 2½ ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Des logements 3½ ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Des logements 4½ et + ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

1. Chambres

Si votre ressource n'offre ni chambre simple ni chambre partagée, passez à la section 2. Logements, page 10.

1.1 Chambres simples

Complétez cette sous-section uniquement si votre ressource offre des chambres simples.

Si non, passez à la sous-section 1.2 Chambres partagées, page 8.

a. Est-ce que vos chambres ont toutes les mêmes dimensions ? Oui Non

Si oui, quelles sont approximativement ces dimensions ?

Longueur _____ x Largeur _____ Cochez les unités utilisées : mètres pied

Si non, répondez aux questions b. et c.

b. Quelles sont approximativement les dimensions de la plus **petite** chambre **simple** ?

Longueur _____ x Largeur _____ Cochez les unités utilisées : mètres pieds

c. Quelles sont approximativement les dimensions de la plus **grande** chambre **simple** ?

Longueur _____ x Largeur _____ Cochez les unités utilisées : mètres pieds

Pour chacun des énoncés suivants, cochez ce qui décrit le mieux votre ressource.

Les chambres simples sont munies...	Toutes	La plupart	Certaines	Aucune
d. d'un lavabo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. d'une toilette privée .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. d'une toilette semi-privée (partagée avec la chambre voisine).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. d'un bain ou d'une douche privée .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. d'un bain ou d'une douche semi-privée (partagée avec la chambre voisine).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. d'une garde-robe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. d'une prise de téléphone.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. d'une prise pour la câblodistribution.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. d'un système d'appel (ex. cloche, intercom, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. d'un thermostat ajustable par l'occupant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. d'un détecteur de fumée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. d'au moins une fenêtre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. d'une porte qui se verrouille de l'intérieur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. d'une porte d'une largeur d'au moins 85 cm (33,5 pouces).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

r. Cochez la ou les surface(s) du sol des chambres simples de votre ressource :

- Bois franc/plancher flottant
 Tapis
 Linoléum (prélat)
 Tuile commerciale
 Céramique
 Autre (spécifiez) : _____

1.2 Chambres partagées

Complétez cette sous-section uniquement si votre ressource offre des chambres partagées.

Si non, passez à la sous-section 1.3 Commodités des chambres, page 9.

a. Est-ce que vos chambres partagées ont toutes les mêmes dimensions ? Oui Non

Si oui, quelles sont approximativement ces dimensions ?

Longueur _____ x Largeur _____ Cochez les unités utilisées : mètres pieds

Si non, répondez aux questions b. etc.

b. Quelles sont approximativement les dimensions de la plus **petite** chambre **partagée** ?

Longueur _____ x Largeur _____ Cochez les unités utilisées : mètres pieds

c. Quelles sont approximativement les dimensions de la plus **grande** chambre **partagée** ?

Longueur _____ x Largeur _____ Cochez les unités utilisées : mètres pieds

Pour chacun des énoncés suivants, cochez ce qui décrit le mieux votre ressource.

Les chambres partagées sont munies...	Toutes	La plupart	Certaines	Aucune
d. d'au moins un lavabo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. d'une toilette réservée à la chambre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. d'une toilette semi-privée (partagée avec la chambre voisine).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. d'un bain ou d'une douche réservé(e) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. d'un bain ou d'une douche semi-privé(e) (partagée avec la chambre voisine).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. d'au moins une garde-robe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. d'un système quelconque pour protéger l'intimité des occupants partageant la chambre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. d'au moins une prise de téléphone.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. d'au moins une prise pour la câblodistribution.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. d'au moins un système d'appel (ex. : cloche, intercom, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. d'un thermostat ajustable par les occupants.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les chambres partagées sont munies ...	Toutes	La plupart	Certaines	Aucune
o. d'un détecteur de fumée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. d'au moins une fenêtre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. d'une porte qui se barre de l'intérieur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. d'une porte d'une largeur d'au moins 85 cm (33, 5 pouces).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

s. Cochez la ou les surface(s) du sol des chambres partagées de votre ressource :

- Bois franc/plancher flottant
 Tapis
 Linoléum (préart)
 Tuile commerciale
 Céramique
 Autre (spécifiez) : _____

1.3 Commodités des chambres

a. Dans vos chambres (simples /partagées), cochez ce qui s'applique le mieux pour ces meubles, accessoires et électroménagers. ▲

Veillez noter que plus d'une réponse peuvent être cochées.

	Est fourni et le résident ne peut pas le remplacer par ses effets personnels	Est fourni, mais peut être remplacé par un meuble ou un électroménager du résident	Peut être fourni au besoin	Non fourni
lit simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lit double	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
table de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
commode 3 tiroirs et moins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
commode 4 tiroirs et plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
table	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chaise berçante ou fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lampe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
miroir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
litterie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mini-réfrigérateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plaque de cuisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Si votre ressource fournit des meubles, accessoires ou des électroménagers, parmi ceux-ci dans quelle proportion vos chambres en sont pourvues ? ▲

- Toutes La plupart Certaines NA (meubles fournis qu'au besoin)

2. Logements

Si votre ressource n'offre pas de logements, passez à la section C. Intérieur, page 12.

2.1 Logements 1 1/2

Complétez cette sous-section uniquement si votre ressource offre des 1 1/2.

Si non, passez à la sous-section 2.2 Logements 2 1/2 et plus, page 11.

a. Est-ce que vos logements 1 1/2 ont tous les mêmes dimensions ? Oui Non

Si oui, quelles sont approximativement ces dimensions ?

Longueur _____ x Largeur _____ Cochez les unités utilisées : mètres pieds

Si non, répondez aux questions b. etc.

b. Quelles sont approximativement les dimensions du plus **petit** logement 1 1/2 :

Longueur _____ x Largeur _____ Cochez les unités utilisées : mètres pieds

c. Quelles sont approximativement les dimensions du plus **grand** logement 1 1/2 :

Longueur _____ x Largeur _____ Cochez les unités utilisées : mètres pieds

Pour chacun des énoncés suivants, cochez ce qui décrit le mieux votre ressource.

Les logements 1 1/2 sont munis...	Tous	La plupart	Certains	Aucun
d. d'au moins une garde-robe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. de portes d'une largeur d'au moins 85 cm (33, 5 pouces).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. d'au moins une prise de téléphone.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. d'au moins une prise pour la câblodistribution.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. d'au moins un système d'appel (ex. : cloche, intercom, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. de thermostat ajustable par l'occupant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. d'un détecteur de fumée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. d'un balcon privé ou partagé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. d'au moins une fenêtre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

m. Cochez la ou les surface(s) de sol de **la chambre à coucher** des logements 1½ de votre ressource :

- Bois franc/plancher flottant
 Tapis
 Linoléum (prélat)
 Tuile commerciale
 Céramique
 Autre (spécifiez) : _____

2.2 Logements 2½ et plus

Complétez cette sous-section uniquement si votre ressource offre un ou plusieurs 2½, 3½, 4½, et +.

Si non, passez à la sous-section 2.3 Commodités des logements, page 12.

Pour chacun des énoncés suivants, cochez ce qui décrit le mieux votre ressource.

Les logements 2½, 3½, 4½ et plus sont munis...	Tous	La plupart	Certains	Aucun
a. de portes d'une largeur d'au moins 85 cm (33, 5 pouces).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. d'au moins une prise de téléphone.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. d'au moins une prise pour la câblodistribution.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. d'au moins un système d'appel (ex. : cloche, intercom, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. de thermostat(s) ajustable(s) par l'occupant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. d'un détecteur de fumée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. d'un balcon privé ou partagé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

h. Cochez la ou les surface(s) de sol de la ou des **chambre(s) à coucher** des 2½, 3½, 4½ et plus de votre ressource :

- Bois franc/plancher flottant
 Tapis
 Linoléum (prélat)
 Tuile commerciale
 Céramique
 Autre (spécifiez) : _____

2.3 Commodités des logements

a. Dans vos logements (1½ et +), cochez ce qui s'applique le mieux pour ces meubles, accessoires et électroménagers. ▲

Veillez noter que plus d'une réponse peuvent être cochées.

	Est fourni et le résident ne peut pas le remplacer par ses effets personnels	Est fourni, mais peut être remplacé par un meuble ou un électroménager du résident	Peut être fourni au besoin	Non fourni
lit simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lit double	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
table de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
commode 3 tiroirs et moins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
commode 4 tiroirs et plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
table	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chaise berçante ou fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lampe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
miroir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
litterie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mini-réfrigérateur / réfrigérateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plaque de cuisson/cuisinière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Si votre ressource fournit des meubles, accessoires ou des électroménagers, parmi ceux-ci dans quelle proportion vos logements en sont pourvus? ▲

Tous

La plupart

Certains

NA (meubles fournis qu'au besoin)

C. INTÉRIEUR

1. Vestibule et entrée

- a. Est-ce que votre ressource est accessible de l'extérieur par au moins une entrée ne nécessitant pas d'utiliser des escaliers ? Oui Non
- b. Est-ce qu'il y a une sonnette ou un système d'intercom à l'entrée principale ? Oui Non
- c. Est-ce que votre ressource est munie d'un système d'alarme, en cas d'entrée par infraction ? Oui Non

- d. Est-ce que la porte principale de votre ressource peut **s'ouvrir** automatiquement ?  Oui Non
- e. Est-ce que la porte principale de votre ressource **se referme** automatiquement ? Oui Non
- f. Est-ce que la porte principale **se verrouille** AUTOMATIQUEMENT, **en tout temps**?  Oui Non
- g. Y a-t-il un poste d'accueil à l'entrée principale ? Oui Non
Si oui, indiquez les jours et les heures où une personne est présente : _____
- h. Est-ce que l'on retrouve, **dans l'entrée ou le vestibule**, des indications informant les visiteurs et les résidents du numéro de chambre ou de l'étage où se trouve un résident ? Oui Non
- i. Est-ce que l'on retrouve, **dans l'entrée ou le vestibule**, des indications permettant aux visiteurs et aux résidents de s'orienter à l'intérieur de votre ressource ? (Ex. : un panneau avec des flèches indiquant la salle à manger, les numéros de chambres, etc.) Oui Non

2. Corridors et escaliers intérieurs (accessibles aux résidents)

2.1 Corridors

- a. Votre ressource possède-t-elle au moins un corridor ? Oui Non

Si oui, pour chacun des énoncés suivants, cochez ce qui décrit le mieux votre ressource.

Si non, passez à la sous-section 2.2 Escaliers intérieurs, page 14.

Les corridors de votre ressource...	Tous	La plupart	Certains	Aucun
b. sont munis d'une main courante sur au moins 1 côté.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ont une largeur d'au moins 85 cm (33,5 pouces).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. sont munis d'un détecteur de fumée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. sont munis d'un extincteur portatif.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. sont munis d'une porte donnant directement sur l'extérieur. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

g. Cochez la ou les surface(s) du sol des corridors de votre ressource :

- Bois franc /plancher flottant Tapis Linoléum (prélat) Tuile commerciale
 Céramique Autre (spécifiez) : _____

2.2 Escaliers intérieurs

a. Votre ressource a-t-elle au moins un escalier intérieur accessible aux résidents ? Oui Non

Si oui, pour chacun des énoncés suivants, cochez ce qui décrit le mieux votre ressource.

Si non, passez à la section 3. Ascenseurs et autres, page 14.

Les escaliers intérieurs de votre ressource ...	Tous	La plupart	Certains	Aucun
b. sont éclairés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. sont munis de surfaces antidérapantes sur les marches.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Ascenseurs et autres

Avez-vous un(e) ou plusieurs ...

- a. Ascenseur ? Oui Non NA (un seul étage)
b. Fauteuil élévateur d'escalier ?  Oui Non NA (aucun escalier)
c. Plate-forme élévatrice ?  Oui Non NA (un seul étage)

4. Salle à manger (accessible aux résidents)

a. Est-ce que votre ressource possède au moins une salle à manger ? Oui Non

Si oui, combien de salles à manger possède-t-elle ? _____

Si non, passez à la section 5. Aires communes, page 15.

b. Dans **la ou les salles à manger**, est-ce que les tables ont une hauteur d'au moins 71 cm (28 pouces) ? Oui Non

c. Dans **la ou les salles à manger**, est-ce qu'en général les tables ont une distance entre elles d'au moins 85 cm (33,5 pouces) ? Oui Non

5. Aires communes (accessibles aux résidents)

- a. **Excluant la salle à manger**, y a-t-il au moins une aire commune ?  Oui Non

Si oui, combien : _____. Si non, passez à la section 6 : Salles de bain publiques, page 15.

- b. **Excluant la salle à manger**, y a-t-il une salle **spécialement aménagée** pour les activités de loisirs ou les activités spéciales ? Oui Non

- c. **Excluant la salle à manger**, y a-t-il une salle que les résidents et leur famille peuvent utiliser lorsqu'ils souhaitent organiser une fête ou une réception ? Oui Non

Pour chacun des énoncés suivants, cochez ce qui décrit le mieux ce que l'on retrouve dans votre ressource.

Excluant la salle à manger, les aires communes de votre ressource sont munies...	Toutes	La plupart	Certaines	Aucune
d. de chaises.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. de tables (si aucune, passez à « h »).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. de tables dont la hauteur est d'au moins 71 cm (28 pouces) (excluant les tables basses et les tables décoratives).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. d'une distance entre les meubles d'au moins 85 cm (33,5 pouces), en général.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. de fenêtres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Salles de bain publiques (accessibles à tous)

ATTENTION : une **salle de bain publique** est une pièce comprenant soit une douche, soit un bain ou les deux. On peut y retrouver une toilette ou non. Cette pièce est dite « publique » puisque tous les résidents peuvent y avoir accès avec ou sans l'aide d'un intervenant ou d'un membre de votre personnel.

- a. Dans votre ressource, y a-t-il au moins une salle de bain publique ? Oui Non

Si oui, combien **sans** toilette : _____
combien **avec** toilette : _____

Si non, passez à la section 7. Toilettes publiques, page 17.

Pour chacun des énoncés suivants, cochez ce qui décrit le mieux votre ressource.

Les salles de bain publiques sont munies...	Toutes	La plupart	Certaines	Aucune
b. d'un lavabo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. d'un système d'appel (ex.: cloche, intercom, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. d'une porte qui se barre de l'intérieur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. d'une porte d'une largeur d'au moins 85 cm (33,5 pouces).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. d'un bain individuel ⁽ⁱ⁾ (si aucun, passez à la question l).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. d'une barre d'appui fixée au mur près ou dans le bain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. d'un siège dans le bain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. d'une chaise avec levier dans le bain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. d'une douche téléphone dans le bain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. d'un bain thérapeutique ⁽ⁱ⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. d'une douche individuelle ⁽ⁱ⁾ (si aucune, passez à la question p).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. d'une barre d'appui fixée au mur dans la douche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. d'un siège dans la douche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. d'une douche permettant l'accès à un fauteuil roulant (largeur 85 cm (33,5 pouces) sans marche pieds).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. d'un combiné bain-douche ⁽ⁱ⁾ (si aucun, passez à la section 7, Toilettes publiques).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. d'une barre d'appui fixée au mur près ou dans le combiné bain-douche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. d'un siège dans le combiné bain-douche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. d'une chaise avec levier dans le combiné bain-douche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Toilettes publiques (accessibles à tous)

ATTENTION : une **toilette publique** est une pièce accessible à tous (visiteurs comme résidents) comprenant une toilette, **MAIS QUI NE COMPREND PAS DE BAIN NI DE DOUCHE**.

a. Dans votre ressource, y a-t-il au moins une toilette publique ? Oui Non

Si oui, combien : _____

Si non, passez à la section 8. Équipements spécialisés, page 17.

Pour chacun des énoncés suivants, cochez ce qui décrit le mieux votre ressource.

Les toilettes publiques sont munies...	Toutes	La plupart	Certaines	Aucune
b. d'une porte qui se barre de l'intérieur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. d'une porte d'une largeur d'au moins 85 cm (33,5 pouces).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. d'une barre d'appui fixée au mur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. d'une toilette au modèle surélevé OU d'un siège de toilette surélevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. d'un lavabo (si aucun, passez à la question h).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. d'un lavabo accessible aux utilisateurs d'un fauteuil roulant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. d'un système d'appel (ex. : cloche, intercom, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. d'une source de lumière de type veilleuse pour la nuit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Équipements spécialisés

a. Est-ce que **votre ressource** dispose des équipements suivants :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Civière-douche ? <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Lève-personne ? <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Lève-personne sur rails (fixe ou portatif) ? <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Concentrateur d'oxygène ? <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Aspirateur à sécrétion ? <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 6. Pompe à morphine ? <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

D. EXTÉRIEUR

1. Stationnement

- a. Est-ce qu'il y a un stationnement ?
- | | | |
|-----------|------------------------------|------------------------------|
| Extérieur | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Intérieur | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si vous n'avez aucun stationnement extérieur et intérieur, passez à la section 2. Terrain, page 18.

- b. Est-ce qu'il y a des espaces de stationnement **réservés** et **indiqués** pour les **résidents** ? Oui Non
- c. Est-ce qu'il y a des espaces de stationnement **réservés** et **indiqués** pour les **visiteurs** ? Oui Non

2. Terrain

- a. Est-ce que votre ressource a une **galerie, un patio ou une terrasse** ? Oui Non
- Si oui**, 1. est-ce que, l'été, un(e) des chaises, bancs ou balançoires y sont présents(es) ? Oui Non
2. est-ce que, l'été, une ou des tables y sont présente(s) ? Oui Non
3. est-ce que, l'été, un ou des parasols y sont installé(s) ? Oui
 Non
 NA (vous avez un gazabo ou un toit)
4. est-ce que des marches doivent être franchies pour passer de votre ressource au patio ou à la terrasse Oui
 Non
 NA (vous avez une galerie)
- b. Est-ce que votre ressource possède un **terrain ou une cour accessible aux résidents** ? Oui Non
- Si oui**, 1. quelles sont les dimensions approximatives de votre **terrain/cour** :
- Longueur _____ x Largeur _____ Cochez les unités utilisées : m pieds
2. est-ce que votre terrain/cour est **gazonné(e)** ? Oui Non
3. est-ce que votre terrain/cour ou une partie de votre terrain/cour est **totalelement clôturé(e)**? Oui Non
4. est-ce qu'il y a des endroits pour s'asseoir (chaises, bancs, balançoires)? Oui Non

c. Est-ce que l'extérieur de votre ressource est aménagé pour la pratique des activités suivantes :

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. BBQ | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Jeux de fer | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Jeux de pétanque | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Jardinage | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Autre (spécifiez) : _____ | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

E. VOISINAGE DE LA RESSOURCE

1. Quartier

- a. Selon vous, votre ressource est située dans un quartier... ⓘ
- Majoritairement résidentiel Majoritairement commercial Autant résidentiel que commercial
- b. Est-ce que les rues avoisinantes à votre ressource permettent de marcher **au moins 500 mètres (1500 pieds) sur un sol sans dénivellation importante** ? Oui Non

2. Transport en commun

- a. Est-ce que la municipalité dans laquelle votre ressource est située offre le système de transport en commun ? ▲ Oui Non
- Si oui,**
1. est-ce qu'il y a un **arrêt d'autobus** à proximité de votre ressource (maximum 500 mètres ou 1500 pieds) ? Oui Non
2. est-ce qu'il y a une **station de métro** à proximité de votre ressource (maximum 500 mètres ou 1500 pieds) ? Oui Non

Si non, passez à la section 3. Commerces, page 20.

3. Commerces

a. 1. Un **dépanneur** est-il localisé dans votre ressource ?

Oui Non

Si non,

1.1 approximativement, à quelle distance de votre ressource est situé **le dépanneur** le plus proche ?

moins de 1 km 1 km à moins de 2 km 2 km à moins de 5 km + de 5 km

1.2 ce commerce offre-t-il un service de livraison?

Oui Non

1.3 votre ressource offre-t-elle de faire les courses pour les résidents ?

Oui Non

b. 1. Approximativement, à quelle distance de votre ressource est située **l'épicerie** la plus proche ?

moins de 1 km 1 km à moins de 2 km 2 km à moins de 5 km + de 5 km

2. ce commerce offre-t-il un service de livraison?

Oui Non

3. votre ressource offre-t-elle de faire les courses pour les résidents ?

Oui Non

c. 1. Une **pharmacie** est-elle localisée dans votre ressource ?

Oui Non

Si non,

1.1 approximativement, à quelle distance de votre ressource est située **la pharmacie** la plus proche ?

moins de 1 km 1 km à moins de 2 km 2 km à moins de 5 km + de 5 km

1.2 ce commerce offre-t-il un service de livraison?

Oui Non

1.3 votre ressource offre-t-elle de faire les courses pour les résidents ?

Oui Non

d. 1. Une **institution financière** est-elle localisée dans votre ressource ?

Oui Non

Si non,

1.1 approximativement, à quelle distance de votre ressource est située **l'institution financière** la plus proche ?

moins de 1 km 1 km à moins de 2 km 2 km à moins de 5 km + de 5 km

1.2 est-ce qu'un employé de la banque se déplace à votre ressource ?

Oui Non

e. 1. Approximativement, à quelle distance de votre ressource est situé **le centre des loisirs ou centre communautaire** le plus proche ?

moins de 1 km 1 km à moins de 2 km 2 km à moins de 5 km + de 5 km

2. Y a-t-il un service de transport adapté **organisé** pour ce type de destination ? ▲

Oui Non

F. LOYERS ET SERVICES GÉNÉRAUX OFFERTS

1. Loyers

- a. Pour chacune des unités locatives offertes, indiquez dans quel intervalle se situe le coût du loyer mensuel de base. **ATTENTION** : Si vous offrez une ou des places contractuelles, ne considérez que le **coût du loyer mensuel de base des places non contractuelles**.

Types d'unités locatives	Coût du loyer mensuel de base	
Des chambres simples	<input type="checkbox"/> Moins de 1000 \$ <input type="checkbox"/> Entre 1000 et 1500 \$ <input type="checkbox"/> Entre 1500 et 2000 \$	<input type="checkbox"/> Plus de 2000 \$ <input type="checkbox"/> NA, si vous n'offrez pas de chambre simple
Des chambres partagées	<input type="checkbox"/> Moins de 1000 \$ <input type="checkbox"/> Entre 1000 et 1500 \$ <input type="checkbox"/> Entre 1500 et 2000 \$	<input type="checkbox"/> Plus de 2000 \$ <input type="checkbox"/> NA, si vous n'offrez pas de chambre partagée
Des logements 1 ½	<input type="checkbox"/> Moins de 1000 \$ <input type="checkbox"/> Entre 1000 et 1500 \$ <input type="checkbox"/> Entre 1500 et 2000 \$	<input type="checkbox"/> Plus de 2000 \$ <input type="checkbox"/> NA, si vous n'offrez pas de logement 1 ½
Des logements 2 ½	<input type="checkbox"/> Moins de 1000 \$ <input type="checkbox"/> Entre 1000 et 1500 \$ <input type="checkbox"/> Entre 1500 et 2000 \$	<input type="checkbox"/> Plus de 2000 \$ <input type="checkbox"/> NA, si vous n'offrez pas de logement 2 ½
Des logements 3 ½	<input type="checkbox"/> Moins de 1000 \$ <input type="checkbox"/> Entre 1000 et 1500 \$ <input type="checkbox"/> Entre 1500 et 2000 \$	<input type="checkbox"/> Plus de 2000 \$ <input type="checkbox"/> NA, si vous n'offrez pas de logement 3 ½
Des logements 4 ½ et +	<input type="checkbox"/> Moins de 1000 \$ <input type="checkbox"/> Entre 1000 et 1500 \$ <input type="checkbox"/> Entre 1500 et 2000 \$	<input type="checkbox"/> Plus de 2000 \$ <input type="checkbox"/> NA, si vous n'offrez pas de logement 4 ½ et +

- b. Est-ce que le prix mensuel de base inclus les commodités suivantes?

Commodités	Chambres simples/partagées	Logements 1 ½ et plus
Eau chaude	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA (n'offre pas de chambres)	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA (n'offre pas de logements)
Électricité	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA (n'offre pas de chambres)	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA (n'offre pas de logements)
Chauffage	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA (n'offre pas de chambres)	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA (n'offre pas de logements)
Téléphone (sans interurbains) ▲	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA (n'offre pas de chambres)	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA (n'offre pas de logements)
Câble ou satellite ▲	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA (n'offre pas de chambres)	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA (n'offre pas de logements)

2. Préparation des repas

a. Est-ce que votre ressource offre le service de préparation des repas ? Oui Non

Si non, passez à la section 3. Services offerts la nuit, page 24.

ATTENTION : Cette section se lit en colonne	Déjeuner			
	Semaine		Fin de semaine	
b. Est-ce que votre ressource offre le déjeuner ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si non, passez à la colonne suivante.		Si non, passez à la question c.	
1. Quelle est la plage horaire où le déjeuner est servi ?	_____ à _____		_____ à _____	
2. Est-ce possible de déjeuner en dehors de ces heures? ▲	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3. Est-ce qu'il y a plus d'un service ? ⓘ	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
4. Le résident doit-il toujours se présenter au même service ou à la même heure ? ⓘ	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
5. Indiquez combien de choix offre le menu du jour.	<input type="checkbox"/> 1 choix <input type="checkbox"/> 3 choix <input type="checkbox"/> 5 choix et +	<input type="checkbox"/> 2 choix <input type="checkbox"/> 4 choix	<input type="checkbox"/> 1 choix <input type="checkbox"/> 3 choix <input type="checkbox"/> 5 choix et +	<input type="checkbox"/> 2 choix <input type="checkbox"/> 4 choix

ATTENTION : Cette section se lit en colonne	Dîner		Souper	
	Semaine	Fin de semaine	Semaine	Fin de semaine
c. Est-ce que votre ressource offre ce repas ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
	Si non, passez à la colonne suivante.	Si non, passez à la colonne suivante.	Si non, passez à la colonne suivante.	Si non, passez à la question d. de la page 23.
1. Quelle est la plage horaire où ce repas est servi ?	_____ à _____	_____ à _____	_____ à _____	_____ à _____

ATTENTION : Cette section se lit en colonne	Dîner		Souper	
	Semaine	Fin de semaine	Semaine	Fin de semaine
2. Est-ce possible de manger en dehors de ces heures? ▲	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
3. Est-ce qu'il y a plus d'un service ? (z)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
4. Le résident doit-il toujours se présenter au même service ou à la même heure ? (z)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
5. Indiquez combien de choix offre le menu du jour.	<input type="checkbox"/> 1 choix <input type="checkbox"/> 2 choix <input type="checkbox"/> 3 choix <input type="checkbox"/> 4 choix <input type="checkbox"/> 5 et +	<input type="checkbox"/> 1 choix <input type="checkbox"/> 2 choix <input type="checkbox"/> 3 choix <input type="checkbox"/> 4 choix <input type="checkbox"/> 5 et +	<input type="checkbox"/> 1 choix <input type="checkbox"/> 2 choix <input type="checkbox"/> 3 choix <input type="checkbox"/> 4 choix <input type="checkbox"/> 5 et +	<input type="checkbox"/> 1 choix <input type="checkbox"/> 2 choix <input type="checkbox"/> 3 choix <input type="checkbox"/> 4 choix <input type="checkbox"/> 5 et +
6. Si un usager n'aime pas le menu du jour, peut-il se procurer un plat substitut ? ▲	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

d. Cochez généralement, ce que les résidents font lors des repas

Veillez cocher une seule réponse :

1. Ils vont chercher leur repas à un endroit aménagé comme une cafétéria...
2. Ils vont eux-mêmes se servir à la cuisine (comme à la maison).....
3. Ils sont servis aux tables
4. Ils reçoivent leur repas à leur chambre/logement
5. Autre (spécifiez) : _____

e. Y a-t-il un moyen de communication pour informer les résidents des menus du jour ? Oui Non

f. Est-ce que votre ressource dispose d'une machine distributrice afin de permettre aux résidents de s'acheter une collation ? Oui Non

g. Est-ce que votre ressource dispose d'un service gratuit de collation ou d'un endroit où le résident peut se procurer gratuitement une collation ? Oui Non

h. Est-ce que la famille du résident peut manger avec lui, si elle le désire ? Oui Non

i. **Durant les repas**, est-ce que les résidents peuvent consommer une boisson alcoolisée (vin, bière, etc.)? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Oui, quand ils le désirent | <input type="checkbox"/> Oui, lors d'occasions spéciales |
| <input type="checkbox"/> Oui, mais la quantité est contrôlée | <input type="checkbox"/> Oui, lorsque leur famille est présente |
| <input type="checkbox"/> Oui, s'il n'y a pas de restrictions du médecin | <input type="checkbox"/> Non, ils ne peuvent pas en consommer durant les repas |

3. Services offerts la nuit

a. La nuit, est-ce que les résidents peuvent contacter un responsable de votre ressource ?

- Oui, en tout temps
- Oui, en tout temps la semaine
- Oui, en tout temps la fin de semaine
- Oui, mais seulement en cas d'urgence
- Non

b. Est-ce qu'une personne majeure, autre qu'un résident, est présente en tout temps dans votre ressource ? Oui Non

Si non, passez à la section 4. Fin de vie, page 25.

Si oui, la nuit, cette personne est-elle éveillée ? Oui Non

c. Quels sont le ou les moyens pouvant être utilisé(s) par le résident afin de demander de l'aide, la nuit ?

- Bracelet ou médaillon 
- Cloche d'appel
- Intercom
- Téléphone
- Autre (spécifiez) : _____

d. Cochez les interventions ou service(s) offert(s) aux résidents éveillés la nuit ?

- Accompagnement au salon ou à la salle à manger
- Offrir une collation
- Offrir une activité (télévision, lecture, etc.)
- Accompagnement à la toilette
- Changer la culotte d'incontinence
- Intervention médicale (médication, prise des signes vitaux, pression, température)
- Raccourci au lit
- Autre (spécifiez) : _____

4. Fin de vie

- a. Dans le cas où l'un de vos résidents est en phase terminale (phase où l'on ne souhaite pas prolonger la vie), peut-il vivre ses derniers jours dans votre ressource, si lui ou sa famille le désirent? Oui Non

Si non, passez à la section 5. Services divers, page 25.

- b. **Si oui**, y a-t-il des conditions telles que :

1. Son médecin traitant doit être disponible pour suivre l'évolution de son état ? Oui Non
2. Le CLSC doit enseigner au responsable ou aux employés les techniques pour prodiguer les soins requis ? Oui Non
3. Le CLSC doit prodiguer les soins d'assistance requis ? Oui Non
4. Le CLSC doit prodiguer les soins spécialisés requis ? Oui Non
5. Le CLSC doit fournir l'équipement spécialisé requis ? Oui Non
6. La famille du résident doit lui donner les soins additionnels requis ou engager du personnel additionnel ? Oui Non
7. La famille du résident doit lui offrir du support émotionnel ou affectif ? Oui Non
8. Le pronostic de vie du résident ne doit pas excéder 3 mois ? Oui Non

5. Services divers

- a. Dans le cas où l'un de vos résidents est en convalescence suite à événement (accident ou maladie), est-ce que votre ressource offre des soins et des services d'assistance supplémentaires ? Oui Non
- b. Lors des périodes de vaccination antigrippale, est-ce que votre ressource fait venir une infirmière ou un médecin pour vacciner les résidents qui le souhaitent OU est-ce que votre ressource assure le transport des résidents désirant recevoir le vaccin OU une infirmière de votre ressource vaccine les résidents qui le désirent ? Oui Non
- c. Est-ce qu'il y a un endroit, dans la ressource, où les résidents ou leur famille peuvent faire la lessive ? Oui Non

G. ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES OFFERTES

- a. Pour chacune des activités énumérées à la page suivante, cochez la fréquence à laquelle **elles furent offertes, dans la dernière année**, aux résidents de votre ressource.

	1 fois par semaine ou plus	1 à 3 fois par mois	6-11 fois par année	1 à 5 fois par année	Jamais
Exercices ou activités de conditionnement physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cours de danse, soirée dansante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Divertissement fourni par une personne de l'extérieur (ex. : pianiste, chanteur, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soirée cinéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groupe de chant ou de théâtre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arts, tricots ou artisanats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de bibliothèque, club de lecture, contes et histoires, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bingo, cartes ou autres jeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évènement thématique (journée spéciale, fêtes des résidents, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités spéciales à l'extérieur ⁽²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorties de magasinage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités à caractère religieux ⁽²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zoothérapie ⁽²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (spécifiez) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (spécifiez) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Est-ce que vous disposez d'un moyen de communication pour informer les résidents des activités récréatives offertes **dans votre ressource** ?

- Oui
 Non
 NA (aucune activité)

c. Est-ce que vous disposez d'un moyen de communication pour informer les résidents des activités récréatives offertes **dans votre quartier** ?

- Oui Non

- d. Est-ce que votre ressource dispose de matériels et d'équipements pour la pratique d'activités de loisirs ? Oui Non

Si oui, cochez le ou les type(s) de matériel disponible(s).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jeux d'adresse et de patience
(dards, casse-têtes, cartes, etc.) | <input type="checkbox"/> Jeux de société (Monopoly, Scrabble, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Équipement d'exercice
(tapis roulant, vélo stationnaire, etc.) | <input type="checkbox"/> Table de billard |
| <input type="checkbox"/> Piscine | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ |

H. CLIENTÈLE

1. Clientèles accueillies

- a. Présentement, combien y a-t-il de résidents hébergés dans votre ressource ? _____

- b. Votre ressource **peut-elle accueillir** des... ▲

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Jeunes adultes (18-40 ans) ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Adultes (41-64 ans) ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Personnes âgées (65 ans et plus) ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

- c. Votre ressource **peut-elle accueillir** des... ▲

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Personnes autonomes | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Personnes avec troubles cognitifs
(ex. : démence, Alzheimer) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Personnes avec problèmes légers de mobilité
(utilise une canne ou une marchette) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Personnes qui se déplacent <u>exclusivement</u> en fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Personnes atteintes d'une déficience intellectuelle | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 6. Personnes présentant des problèmes de santé mentale (ex. : schizophrénie, maniaque-dépressif) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

d. Parmi votre clientèle actuelle, inscrivez la proportion approximative (en % ou en fraction ▲) de celles hébergées.

1. Jeunes adultes (18-40 ans) ? _____ % ____ / ____

2. Adultes (41-64 ans) ? _____ % ____ / ____

3. Personnes âgées (65 ans et plus) ? _____ % ____ / ____

Total : 100 %

e. Parmi votre clientèle actuelle, inscrivez la proportion approximative (en % ou en fraction ▲) de celles hébergées.

Si une personne présente 2 états ou plus, veuillez ne considérer que l'état prédominant. ⓘ

1. Personnes autonomes _____ % ____ / ____

2. Personnes avec troubles cognitifs
(ex. : démence, Alzheimer) _____ % ____ / ____

3. Personnes avec problèmes légers de mobilité
(utilise une canne ou une marchette) _____ % ____ / ____

4. Personnes qui se déplacent exclusivement en fauteuil
roulant _____ % ____ / ____

5. Personnes atteintes d'une déficience intellectuelle _____ % ____ / ____

6. Personnes présentant des problèmes de santé
mentale (ex. : schizophrénie, maniaco-dépressif) _____ % ____ / ____

Total : 100 %

2. Regroupement des clientèles

a. Votre ressource se spécialise-t-elle dans l'accueil d'un seul type de clientèle ? Oui Non

Si oui, lequel ? _____

Si non, regroupe-t-elle en un même lieu les résidents présentant un même état ? ⓘ Oui Non

3. Liste d'attente

a. Advenant qu'aucune place n'est disponible pour un nouveau résident, est-ce que votre ressource d'hébergement tient ou tiendrait une liste d'attente ? Oui Non

4. Admission et transfert

a. Votre ressource accepte-t-elle l'**admission** d'un résident qui de **façon permanente**... ▲

- | | | |
|---|------------------------------|--|
| 1. a besoin d'aide pour prendre un bain ou se laver ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. a besoin d'aide pour s'alimenter ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. a besoin d'aide pour s'habiller ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4. a besoin d'aide pour effectuer des transferts ? (i) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 5. souffre d'incontinence urinaire ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Oui, s'il se change seul <input type="checkbox"/> Non |
| 6. souffre d'incontinence fécale ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Oui, s'il se change seul <input type="checkbox"/> Non |
| 7. a des troubles de comportement légers ? (i) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 8. a des troubles de comportement modérés à sévères ? (i) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 9. requiert le suivi d'un(e) infirmier(ère) 24 h sur 24 ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

b. Votre ressource initie-t-elle le **transfert** vers un autre établissement d'un résident actuel qui de **façon permanente**... ▲

- | | | |
|--|------------------------------|--|
| 1. développe un besoin d'aide pour prendre un bain ou se laver ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. développe un besoin d'aide pour s'alimenter ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. développe un besoin d'aide pour s'habiller ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4. développe un besoin pour effectuer des transferts ? (i) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 5. devient incontinent (urine) ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non, s'il se change seul <input type="checkbox"/> Non |
| 6. devient incontinent (selle) ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non, s'il se change seul <input type="checkbox"/> Non |
| 7. développe des troubles de comportement légers ? (i) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 8. développe des troubles de comportement modérés à sévères ? (i) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 9. demande dorénavant le suivi d'un(e) infirmier(ère) 24 heures sur 24 ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

I. SERVICES SPÉCIFIQUES ET INTERVENANTS

ATTENTION :

Si votre ressource n'offre pas de places dites contractuelles, passez à la section 2. Services spécifiques et intervenants aux places non contractuelles, page 33.

Si votre ressource offre des places dites contractuelles, répondez à la fois à la section 1 et à la section 2.

Vous devez répondre la section 1. en considérant les services offerts et les intervenants interagissant avec les résidents occupant les places contractuelles.

1. Services spécifiques et intervenants aux places dites contractuelles

1.1 Services spécifiques

a. Pour <u>chacun</u> des services suivants, cochez ce qui généralement s'applique à ce service. ▲	Offert(s) par le personnel de votre ressource...		Offert(s) par le personnel d'un autre organisme :			Pas offert
	Et inclus dans le prix du loyer mensuel de base.	Mais un supplément doit être déboursé par le résident.	Public (CLSC, CHSLD)	Communautaire	Privé	
Soins d'hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de préparation des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide aux résidents pour s'alimenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide à la mobilisation et au transfert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distribution de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service d'entretien ménager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de coiffeuse/barbier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de transport adapté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service d'accompagnement pour les visites médicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service d'accompagnement pour les loisirs ou courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de buanderie pour le linge personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de buanderie pour la literie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits d'incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2 Intervenants

a. Est-ce que les résidents occupants les places contractuelles peuvent recevoir, **sur place**, les soins ou services des intervenants suivants ? ▲

Si oui, b. est-ce que l'intervenant est engagé par votre ressource, donc est l'un de vos employés ?

c. est-ce que les soins/services de ce(s) intervenant(s) sont offerts au moins une fois par semaine ?

d. est-ce que le résident doit déboursé un supplément à son loyer mensuel de base ?

a. Service sur place d'au moins un(e) ... ↓		b. Engagé par votre ressource	c. Offerts minimum 1 fois/sem.	d. Le résident doit déboursé un supplément
Médecin	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> Non			
Infirmier(ère)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Non			
Infirmier(ère) auxiliaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Non			
Auxiliaire familiale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Non			
Préposé(e) aux bénéficiaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Non			
Travailleur(se) social(e)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Non			
Physiothérapeute	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Non			
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Non			
Nutritionniste /Diététiste	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Non			
Inhalothérapeute	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Non			
Responsable des loisirs ©	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Non			

1.3 Personnel de votre ressource

- a. Votre ressource engage-t-elle du personnel pour prodiguer des **soins d'aide et d'assistance** aux résidents occupants les places contractuelles? Oui Non

Si oui, combien de personnes : _____

Si non, passez à la question b.

1. Indiquez la plage horaire associée à chacun des quarts de travail (jour, soir, nuit) et le nombre de personnes présentes appartenant à cette catégorie. ▲

	Personnel de SOINS D'AIDE ET D'ASSISTANCE			
	Semaine		Fin de semaine	
	Présent à la ressource	Non présent, mais de garde	Présent à la ressource	Non présent, mais de garde
Jour : _____				
Soir : _____				
Nuit : _____				

2. Pour une situation où la personne n'a pas d'horaire fixe, décrivez sa présence à la ressource ou son horaire de garde en mentionnant la plage horaire et la fréquence. ▲

- b. Votre ressource engage-t-elle du personnel prodiguant des **soins infirmiers** (infirmier/ère et infirmier/ère auxiliaire) ? Oui Non

Si oui, combien de personnes : _____

Si non, passez à la section 2. Services spécifiques et intervenants aux places non contractuelles, page 33.

1. Indiquez la plage horaire associée à chacun des quarts de travail (jour, soir, nuit) et le nombre de personnes présentes appartenant à cette catégorie. ▲

	Personnel de SOINS INFIRMIERS			
	Semaine		Fin de semaine	
	Présent à la ressource	Non présent, mais de garde	Présent à la ressource	Non présent, mais de garde
Jour : _____				
Soir : _____				
Nuit : _____				

2. Pour une situation où la personne n'a pas d'horaire fixe, décrivez sa présence à la ressource ou son horaire de garde en mentionnant la plage horaire et la fréquence. ▲

2. Services spécifiques et intervenants aux places non contractuelles

2.1 Services spécifiques

a. Pour chacun des services suivants, cochez qui généralement s'applique à ce service. ▲	Offert(s) par le personnel de votre ressource...		Offert(s) par le personnel d'un autre organisme :			Pas offert
	Et inclus dans le prix du loyer mensuel de base.	Mais un supplément doit être déboursé par le résident.	Public (CLSC, CHSLD)	Communautaire	Privé	
Soins d'hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de préparation des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide aux résidents pour s'alimenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide à la mobilisation et au transfert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distribution de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service d'entretien ménager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de coiffeuse/barbier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de transport adapté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service d'accompagnement pour les visites médicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service d'accompagnement pour les loisirs ou courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de buanderie pour le linge personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de buanderie pour la litterie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits d'incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 Intervenants

a. Est-ce que les résidents occupants les places non contractuelles peuvent recevoir, **sur place**, les soins ou services des intervenants suivants ? ▲

Si oui, b. est-ce que l'intervenant est engagé par votre ressource, donc est l'un de vos employés ?

c. est-ce que les soins/services de ce(s) intervenant(s) sont offerts au moins une fois par semaine ?

d. est-ce que le résident doit débourser un supplément à son loyer mensuel de base ?

a. Service sur place d'au moins un(e) ... 	b. Engagé par votre ressource	c. Offerts minimum 1 fois/sem.	d. Le résident doit débourser un supplément
Médecin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Infirmier(ère)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infirmier(ère) auxiliaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Auxiliaire familiale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Préposé(e) aux bénéficiaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Travailleur(se) social(e)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Physiothérapeute	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nutritionniste/ Diététiste	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Inhalothérapeute	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Responsable des loisirs [Ⓢ]	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

2.3 Personnel de votre ressource

- a. Votre ressource engage-t-elle du personnel pour prodiguer des **soins d'aide et d'assistance aux résidents occupants les places non contractuelles**? Oui Non

Si oui, combien de personnes : _____

Si non, passez à la question b.

1. Indiquez la plage horaire associée à chacun des quarts de travail (jour, soir, nuit) et le nombre de personnes présentes appartenant à cette catégorie. ▲

	Personnel de SOINS D'AIDE ET D'ASSISTANCE			
	Semaine		Fin de semaine	
	Présent à la ressource	Non présent, mais de garde	Présent à la ressource	Non présent, mais de garde
Jour : _____				
Soir : _____				
Nuit : _____				

2. Pour une situation où la personne n'a pas d'horaire fixe, décrivez sa présence à la ressource ou son horaire de garde en mentionnant la plage horaire et la fréquence. ▲

- b. Votre ressource engage-t-elle du personnel prodiguant des **soins infirmiers** ? (infirmier/ère et infirmier/ère auxiliaire) ? Oui Non

Si oui, combien de personnes : _____

Si non, passez à la section 3. Formations de PDSB et de RCR, page 36.

1. Indiquez la plage horaire associée à chacun des quarts de travail (jour, soir, nuit) et le nombre de personnes présentes appartenant à cette catégorie. ▲

	Personnel de SOINS INFIRMIERS			
	Semaine		Fin de semaine	
	Présent à la ressource	Non présent, mais de garde	Présent à la ressource	Non présent, mais de garde
Jour : _____				
Soir : _____				
Nuit : _____				

2. Pour une situation où la personne n'a pas d'horaire fixe, décrivez sa présence à la ressource ou son horaire de garde en mentionnant la plage horaire et la fréquence. ▲

3. Formations de PDSB et de RCR

- a. Parmi les membres de votre personnel prodiguant des soins d'aide et d'assistance, quelle proportion détient un cours de PDSB (principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires) ? ▲
- Tous
 La plupart
 Certains
 Aucun
 NA (votre ressource n'offre pas le service de soins d'aide et d'assistance)
- b. Est-ce qu'il y a au moins une personne présente dans la ressource détenant une carte de réanimation cardiorespiratoire (RCR) ?
- Oui, en tout temps Oui, la plupart du temps Oui, de temps en temps Non, jamais

J. PROCÉDURES ORGANISATIONNELLES

1. Fonctionnement de la ressource

- a. Est-ce que votre ressource a un programme d'orientation pour les **nouveaux résidents** (ex. : visite des lieux, session d'informations sur les règlements, etc.) ? Oui Non
- b. Est-ce que votre ressource communique les règlements et règles de fonctionnement aux nouveaux résidents ? Oui Non
- Si oui**, comment cela est-il fait ? remise d'un document écrit verbalement les 2
- c. Est-ce que votre ressource communique les conditions d'accueil ainsi que les limites quant à sa capacité à héberger certains types de clientèle aux nouveaux résidents ? Oui Non
- Si oui**, comment cela est-il fait ? remise d'un document écrit verbalement les 2
- d. Cochez le ou les moyen(s) à la disposition des résidents pour communiquer une **insatisfaction** ?
- En parler avec un responsable Boîte à commentaires Autre (spécifiez) : _____
- S'adresser au comité des résidents

- e. Est-ce que votre ressource dispose d'une politique de **gestion des plaintes** ? Oui Non

Si oui, comment les résidents en sont-ils informés ?

- remise d'un document écrit verbalement les 2

2. Informations personnelles sur les résidents

- a. Est-ce que votre ressource consigne **par écrit** le nom d'une personne à prévenir en cas d'urgence, pour chacun des résidents ? Oui Non
- b. Est-ce que votre ressource consigne **par écrit** les besoins particuliers de chacun des résidents, s'il y a lieu ? (ex : médication, allergie, etc.) Oui Non
- c. Est-ce que votre ressource consigne **par écrit** le nom du médecin traitant de chacun des résidents ? Oui Non
- d. Lors de l'admission d'un résident, est-ce qu'un questionnaire sur ses habitudes de vie/ses préférences est rempli avec le résident, un membre de sa famille ou l'un de ses proches ? Oui Non

3. Moyens de prévention et d'action concernant les fugues

- a. Est-ce que votre ressource dispose de moyens spécifiques pour **prévenir** les fugues ? Oui
 Non
 NA (votre ressource n'accueille pas de personnes présentant des troubles cognitifs)

Si oui, cochez-le ou lesquels ?

- Port d'un bracelet 
- Portes codées
- Système alertant lorsqu'une porte s'ouvre
- Surveillance humaine 24 h sur 24
- Caméras de surveillance
- Autre (spécifiez) : _____

- b. En cas de disparition, est-ce que votre ressource dispose de moyens spécifiques pour **retracer** le résident ? Oui Non

Si oui, est-ce que votre ressource....

1. dispose d'un protocole **écrit** pour ce type de situation ? Oui Non
2. dispose des photographies de chacun des résidents ? Oui Non
3. contacte la famille ? Oui Non
4. contacte la police ? Oui Non
5. autre (spécifiez) : _____

4. Précisions sur l'organisation de la ressource

- a. Est-ce que le résident ou un membre de sa famille peut participer aux décisions concernant :
1. le choix des activités auxquelles le résident participe ?
 - Oui
 - Non
 - NA (aucune activité)
 2. le choix de ses repas et ce, à **tous les jours** ?
 - Oui
 - Non
 - NA (votre ressource n'offre pas le service de préparation des repas)
 3. le choix de l'endroit où il désire s'asseoir à la salle à manger ?
 - Oui, tous les jours
 - Oui, lors des premières semaines suivant son admission
 - Oui, s'il y a un conflit avec un autre résident
 - Non, une place lui est assignée
 - NA (votre ressource n'offre pas le service de préparation des repas)
- b. Dans le cas où toutes les chambres ou les logements sont occupé(e)s, un résident peut-il mettre son nom sur une liste d'attente pour un éventuel changement de chambre ou de logement? Oui Non
- c. Est-ce que votre ressource a des heures de visites spécifiques ? Oui Non
Si oui, indiquez quelles sont ces heures...
1. en semaine : _____
 2. les fins de semaine : _____
- d. Est-ce qu'un résident qui **ne nécessite pas** d'aide ni d'assistance pour se mettre au lit ou en sortir, peut se lever et se coucher à l'heure qu'il le désire ?
 - Oui, à l'heure qu'il veut
 - Oui, mais sous certaines conditions (ex. : doit respecter les heures de repas, de bain, etc.)
 - Non
- e. Est-ce qu'un résident **qui nécessite** de l'aide ou de l'assistance pour se mettre au lit ou en sortir, peut se lever et se coucher à l'heure qu'il le désire ?
 - Oui, à l'heure qu'il veut
 - Oui, mais sous certaines conditions (ex. : doit respecter les heures de repas, de bain, etc.)
 - Non
 - NA (votre ressource n'accueille pas les résidents ayant besoin d'aide pour effectuer leurs transferts)

f. Est-ce que le résident a le droit de fumer ? Oui Non

Si oui,

1. Y a-t-il un fumoir intérieur accessible aux résidents ? Oui Non

2. Est-ce qu'il peut fumer dans sa **chambre** s'il loue une chambre ?

Oui

Non

NA (votre ressource n'offre pas de chambres)

3. Est-ce qu'il peut fumer dans son **logement** s'il loue un logement ?

Oui

Non

NA (votre ressource n'offre pas de logements)

g. Est-ce que le résident peut avoir un animal de compagnie s'il loue **une chambre** ?

Oui, sans condition

Oui, toutefois le résident ou un membre de sa famille doit s'occuper de l'animal

Non

NA (votre ressource n'offre pas de chambres)

Si oui, cochez le ou les animaux **acceptés** :

Chien

Chat

Oiseau

Poisson

Autre (spécifiez) : _____

h. Est-ce que le résident peut avoir un animal de compagnie s'il loue un **logement** ?

Oui, sans condition

Oui, toutefois le résident ou un membre de sa famille doit s'occuper de l'animal

Non

NA (votre ressource n'offre pas de logements)

Si oui, cochez le ou les animaux **acceptés** :

Chien

Chat

Oiseau

Poisson

Autre (spécifiez) : _____

i. Est-ce que votre ressource a ses propres animaux de compagnie ? Oui Non

j. Est-ce que le résident peut participer à la vie collective de votre ressource en exécutant certains travaux ? (Ex. : plier du linge, faire la cuisine, épousseter, laver des fenêtres, entretenir le jardin, etc.) Oui Non

5. Précisions sur l'organisation des unités locatives de type chambre (simple/partagée)

Si vous n'offrez pas de chambres, passez à la section K, Sécurité incendie, page 41.

- a. Dans le cas où le résident occupe une chambre partagée, est-ce que le résident ou un membre de sa famille peut participer aux décisions concernant le choix du compagnon de chambre ?
- Oui
 Non
 NA (votre ressource n'offre pas de chambre partagée)
- b. Est-ce qu'un couple peut résider dans la même chambre, s'il le désire ? Oui Non
- c. Dans sa chambre, est-ce que le résident peut ...
1. utiliser son couvre-lit personnel ? Oui Non
2. ajouter des décorations sur les murs (cadres, miroirs, etc.) ? Oui Non
3. peindre la chambre aux couleurs de son choix ? Oui Non
- d. Est-ce que le résident a le droit de **fermer** sa porte de chambre ? Oui Non
- e. Est-ce que le résident a le droit de **verrouiller** sa porte de chambre ?
- Oui
 Non
 NA (les portes de votre ressource ne peuvent pas se verrouiller)
- f. Est-ce que le résident peut choisir de prendre un repas dans sa chambre ?
- Oui, à chaque fois qu'il le désire Oui, à l'occasion
 Oui, s'il est malade Non
- g. Est-ce que le résident a le droit de boire de l'alcool dans sa chambre ?
- Oui, quand il le désire Oui, lors d'occasions spéciales
 Oui, mais la quantité est contrôlée Oui, lorsque sa famille est présente
 Oui, s'il n'y a pas de restrictions du médecin Non, il ne peut pas en consommer
- h. Est-ce que le résident peut posséder, dans sa chambre...
1. une cafetière, une bouilloire ? Oui Non
2. un grille-pain, un mini-four ? Oui Non
3. un micro-onde ? Oui Non
4. une plaque-chauffante ? Oui Non
5. un mini-frigo ? Oui Non

K. SÉCURITÉ INCENDIE

1. Plan de sécurité incendie

- a. Avez-vous des consignes et procédures d'évacuation en cas de feu ? Oui Non
- Si oui, est-ce que les **consignes d'évacuation** sont affichées sur chaque étage : (é)
- toutes la plupart certaines aucune
- b. Avez-vous des plans de trajets d'évacuation jusqu'aux points de rassemblement extérieur? Oui Non
- c. Avez-vous un plan des emplacements des **extincteurs portatifs**? Oui Non
- d. Avez-vous une liste des mesures à prendre pour chaque résident en cas de feu ? (é) Oui Non
- e. Est-ce que de l'aide supplémentaire est prévue pour assurer l'évacuation en cas de feu ? (é) Oui Non
- f. Est-ce qu'un endroit temporaire est prévu pour héberger les résidents, si nécessaire, en cas de feu ? (é) Oui Non
- g. Est-ce que le service des incendies de votre municipalité est informé des dispositions que vous avez prises en cas de feu ? Oui Non

2. Évacuation

- a. Est-ce qu'un exercice d'évacuation de la ressource (incluant l'évacuation des résidents) est fait **au moins** une fois par année ? Oui Non
- Si oui, quelle est la date du dernier exercice ? _____ / _____ (MM/AAAA)
- b. Est-ce qu'il existe un **moyen formel** pour renseigner les **résidents** sur les règles de sécurité et les procédures d'évacuation ? ▲ Oui Non
- Si oui, cochez le ou les **moyens formels** qui sont utilisés :
- Remise d'un document écrit à chacun d'eux
 - Réunion d'information
 - Activité de sensibilisation aux procédures d'évacuation
 - Activité de sensibilisation avec les pompiers
 - Autre (spécifiez) : _____

c. Est-ce qu'il existe un **moyen formel** pour renseigner le **personnel** sur les règles de sécurité et les procédures d'évacuation ? ▲

- Oui
 Non
 NA (votre ressource n'engage pas de personnel)

Si oui, cochez le ou les **moyens formels** qui sont utilisés :

- Remise d'un document écrit à chacun d'eux
- Réunion d'information
- Activité d'exercice d'évacuation
- Activité de formation avec les pompiers
- Autre (spécifiez) : _____

3. Extincteurs portatifs, avertisseurs, gicleurs et système d'éclairage

a. Est-ce que votre ressource est munie d'extincteurs de feu portatifs ? Oui Non

Si oui, les extincteurs portatifs se trouvent-ils ...

1. dans les aires publiques (aires communes, corridors, etc.) ? Oui Non

2. dans les aires privées (chambres, logements) ? Oui Non

b. Est-ce que votre ressource est munie d'un réseau d'avertisseurs d'incendie (pas nécessairement relié à une centrale) ? Oui Non

Si oui, cochez de quel type d'avertisseur il s'agit ..

signal sonore seulement signal visuel seulement signal sonore et visuel

c. Est-ce que votre ressource est munie d'un système de gicleurs ? Oui Non

Si oui, les gicleurs se trouvent-ils...

1. dans les aires publiques (aires communes, corridors, etc.) ? Oui Non

2. dans les aires privées (chambres, logements) ? Oui Non

d. Est-ce que votre ressource est munie d'un système d'éclairage alternatif, en cas de panne d'électricité ou d'incendie ? ⓘ Oui Non

Si oui, le système d'éclairage alternatif se trouve-t-il...

1. dans les aires publiques (aires communes, corridors, etc.) ? Oui Non

2. dans les aires privées (chambres, logements) ? Oui Non

e. Est-ce que votre ressource est munie d'une génératrice ? Oui Non

Nous tenons sincèrement à vous remercier d'avoir rempli ce questionnaire descriptif de l'environnement physique et organisationnel de votre ressource d'hébergement.

Votre contribution est indispensable au développement des connaissances et nous vous en sommes très reconnaissants.

MERCI !

Annexe 3. Guide de consignes du questionnaire EPO

Guide de consignes et de directives

Questionnaire EPO

des ressources d'hébergement accueillant des personnes âgées



**Centre de recherche
sur le vieillissement**

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Le Questionnaire EPO vise à décrire l'environnement physique des ressources d'hébergement accueillant des personnes âgées et l'organisation des services qui y sont offerts. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse à ce questionnaire, mais avant de débiter veuillez prendre note des quelques points suivants :

1) L'état actuel de la ressource

En répondant au questionnaire, il est important que vos réponses correspondent à l'état actuel de votre ressource, même si vous planifiez faire certains changements ou rénovations prochainement.

2) Respect des définitions et des choix de réponses

Pour obtenir une description standardisée des ressources d'hébergement du Québec, il est important que vous respectiez les définitions se trouvant dans le questionnaire et dans ce guide. Vous devez également respecter les choix de réponse fournis.

3) Échelle catégorique (tous, la plupart, certains, aucun)

Certaines questions offrent un choix de réponse utilisant les termes; tous, la plupart, certains, aucun. Pour vous aider à répondre à ces questions, considérez chacun de ces choix selon les pourcentages suivants :

Tous
100 %

La plupart
99-50 %

Certains
49-1 %

Aucun
0 %

Voici une situation hypothétique tirée de la sous-section C 2.1 *Corridors*, p.13 du questionnaire.

Si votre ressource possède 4 corridors dont :

- Aucun n'est muni d'une main courante.
- Tous ont une largeur de 1,5 mètres.
- 2 d'entre eux (donc 50 % d'entre eux) sont munis d'un détecteur de fumée.

Vous devez donc inscrire...

Les corridors de votre ressource...	Tous	La plupart	Certains	Aucun
a. sont munis d'une main courante sur au moins 1 côté.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b. ont une largeur d'au moins 85 cm (33,5 pouces).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. sont munis d'un détecteur de fumée.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comment se repérer dans ce guide

Ce guide a été conçu afin qu'il soit consulté chaque fois qu'une question est accompagnée des symboles « ⓘ » ou « ▲ », cela signifie que de l'information ou des explications sont disponibles. Voici la signification exacte de ces symboles :

- ⓘ Utilisé dans le questionnaire pour vous signaler que vous retrouverez dans le guide de l'information supplémentaire concernant cette question.
- ▲ Indique que vous devez lire très attentivement la question. Il annonce également que des explications détaillées ou des exemples sont présents dans le guide.

Pour repérer l'information ou l'explication dans le guide, suivez ces 3 étapes :

- 1) Remarquez à **quelle page** se trouve la question dans le **questionnaire**.
- 2) Cherchez dans le **guide** le **symbole** suivant : ⓘ correspondant à la page du questionnaire.
- 3) Trouvez l'information désirée à l'aide des **titres de section et sous-section** dans le guide.

Si vous désirez de plus amples informations ou une assistance quelconque,
n'hésitez pas à nous contacter.

A. IDENTIFICATION DE LA RESSOURCE

3. Statut et capacité d'accueil de votre ressource

- ② Places contractuelles : Places ou lits, à l'intérieur de votre ressource privée, faisant l'objet d'une entente contractuelle écrite OU d'un contrat de services avec un établissement du réseau de la santé et des services sociaux tels que CSSS, CLSC, CHSLD. Ces ententes peuvent concernées, par exemple : des places de type RI, RTF ou des projets novateurs.

4. Type de ressource

- ② OBNL/OSBL : Un organisme à but non lucratif (OBNL) ou un organisme sans but lucratif (OSBL), sont des associations dont le pouvoir suprême réside dans leurs assemblées générales. La gestion est partagée entre le conseil d'administration et la direction qui doivent entre autres s'assurer que le capital est réinvesti dans ses œuvres et qu'aucun de ses membres ne puisse y puiser pour des fins personnelles.

5. Certificat de conformité

- ② Certificat de conformité : Il garantit que votre ressource respecte le *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées du Ministère de la Santé et des Services sociaux*. Ce Règlement concerne particulièrement les droits fondamentaux des résidents, l'échange d'information entre l'exploitant et les résidents, leur santé et leur sécurité, l'alimentation, la médication et l'assurance responsabilité.

B. UNITÉS LOCATIVES

- ▲ **Attention** : Dans ce questionnaire, cuisiner de manière auto-suffisante implique de pouvoir transformer et préparer des aliments en vue de cuisiner un repas complet. Par conséquent, un micro-onde, par exemple, ne constitue pas à lui seul un électroménager permettant l'autosuffisance.

1. Chambres

1.3 Commodités des chambres

Question a.

- ▲ **Attention** : Cette question contient plusieurs éléments à compléter.

Veuillez consulter la page suivante pour visualiser un exemple de réponse pouvant être fourni à cette question.

Situation : Votre ressource offre 12 chambres, 6 chambres dont le mobilier est fourni et 6 chambres non meublées.

➤ **Parmi les 6 chambres meublées :**

- 4 chambres sont meublées avec des **lits simples** et 2 ont des **lits doubles**. Les lits doivent rester dans ces chambres.
- Les 6 chambres sont meublées d'une **table de nuit**. Ces meubles peuvent être remplacés par ceux que possède le résident.

➤ **Pour toutes les chambres :**

- D'autres meubles peuvent être fournis au besoin par exemple des **lits simples** et des **tables de nuit**.

Vous devez donc inscrire...

	Est fourni et le résident ne peut pas le remplacer par ses effets personnels	Est fourni, mais peut être remplacé par un meuble ou un électroménager du résident	Peut-être fourni au besoin	Non fourni
lit simple	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lit double	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
table de nuit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

p. 10

Question b.

▲ Puisque la moitié de vos chambres sont meublées (6/12) selon la situation décrite en exemple à la question a, vous devriez inscrire à la question b...

b. Si votre ressource fournit des meubles ou des électroménagers, parmi ceux-ci dans quelle proportion vos chambres en sont pourvues ?

- Toutes
 La plupart
 Certaines
 NA (les meubles ne sont fournis qu'au besoin)

p. 12

2. Logements

2.3 Commodités des logements

Question a.

▲ Voir l'exemple de la section 1.3 *Commodités des chambres, Question a.*

Question b.

▲ Voir l'exemple de la section 1.3 *Commodités des chambres, Question b.*

C. INTÉRIEUR

1. Vestibule et entrée

Question d.

- ④ La porte peut s'ouvrir automatiquement soit avec un système de clé, de bouton, d'œil magique ou autres.

Question f.

- ⚠ **Attention** : La porte doit pouvoir être verrouillée par un dispositif automatique et non pas être verrouillée par une personne.

2. Corridors et escaliers intérieurs

2.1 Corridors

Question f.

- ④ Le corridor a une porte donnant directement sur l'extérieur de la ressource. Si le corridor n'est pas au premier étage, la porte peut donner accès à un balcon ou à un escalier extérieur.

3. Ascenseurs et autres

Question b.

- ④ Fauteuil élévateur d'escalier : Fauteuil permettant le transport d'une personne dans un escalier. Il existe plusieurs modèles, en voici un exemple.



Figure 1 : Fauteuil élévateur d'escalier

Question c.

- ② Plate-forme élévatrice : Élévateur permettant le transport vertical d'une personne en fauteuil roulant. Il existe plusieurs modèles, en voici des exemples.



Figure 2 : Plate-forme élévatrice d'escalier



Figure 3 : Plate-forme élévatrice*

* Ce type de plate-forme élévatrice peut être à l'extérieur ou à l'intérieur de la ressource.

p. 15

5. Aires communes

Question a.

- ② Aire commune : Salle qui peut être utilisée par tous les résidents. Une aire commune peut être un salon, une salle d'activité, une bibliothèque, une chapelle, une salle de réception, etc. **Par contre, la cuisine, la salle à manger, les toilettes publiques, les salles de bain publiques et le salon de coiffure ne sont pas considérés comme des aires communes.** Il se peut qu'une salle ait plusieurs fonctions, néanmoins, elle ne doit être comptée **qu'une seule fois**. Par exemple, si la salle d'activités peut également être utilisée comme salle de réception, vous calculez qu'elle représente une seule aire commune.

6. Salles de bain publiques

Questions f, l, p.

- Ⓢ Combiné bain-douche : Baignoire à laquelle est ajoutée une pomme de douche.

- Ⓢ Voici un exemple de bain individuel, de douche individuelle et d'un combiné bain-douche. Bien que différents modèles existent pour chacun d'eux, ces exemples vous permettront de les distinguer.



Figure 4 : Bain individuel



Figure 5 : Douche individuelle



Figure 6 : Combiné bain-douche

Question k.

- Ⓢ Bain thérapeutique : Ce type de bain possède un système de jet d'eau.

8. Équipements spécialisés**Question a.**

- ① 1. Civière-douche : Civière avec coussins et rebords imperméables permettant de doucher une personne en position couchée. Il existe plusieurs modèles, en voici un exemple.

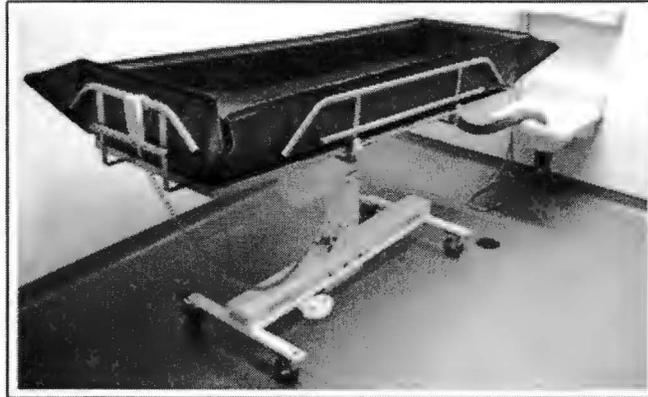


Figure 7 : Civière douche

- ① 2. Lève-personne : Appareil permettant de lever et de déplacer une personne ne pouvant pas se mobiliser seule. Il existe plusieurs modèles, en voici un exemple.



Figure 8 : Lève-personne

- ② 3. Lève-personne sur rails (fixe ou portatif) : Appareil permettant de lever une personne et de la déplacer à l'aide d'un système de rails fixé au plafond. Voici un exemple de lève-personne fixe et portatif.



Figure 9 : Lève-personne sur rails fixe



Figure 10 : Lève-personne sur rails portatif

- ② 4. Concentrateur d'oxygène : Appareil filtrant l'air ambiant afin d'extraire l'azote qu'elle contient et fournir à l'utilisateur une concentration en oxygène plus élevée. Il existe plusieurs modèles, en voici un exemple.



Figure 11 : Concentrateur d'oxygène

- ⑤ 5. Aspirateur à sécrétion : Appareil permettant d'éliminer les sécrétions pouvant nuire à la respiration. Il existe plusieurs modèles, en voici deux exemples.



Figure 12 : Aspirateur à sécrétion (modèle 1)

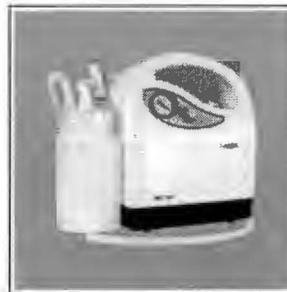


Figure 13 : Aspirateur à sécrétion (modèle 2)

- ⑤ 6. Pompe à morphine : Appareil permettant de calibrer la quantité de morphine (médicament calmant la douleur) administrée à l'utilisateur. Il existe plusieurs modèles, en voici un exemple.

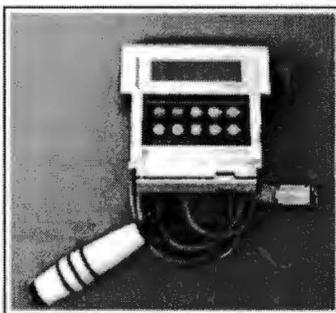


Figure 14 : Pompe à morphine

D. EXTÉRIEUR

2. Terrain

Question a.

- ⑤ La galerie : Plateforme, en plein air, faite de bois, de fibre de verre ou de béton rattachée directement au bâtiment et ayant une hauteur égale à la porte de sortie.
- ⑤ La terrasse et le patio : Dans le questionnaire, ces deux structures sont considérées comme équivalentes. Elles désignent une surface, en plein air, formant une plateforme qui peut être faite de bois, de fibre de verre, de béton ou de dalles de béton (pavé). La plateforme peut être à la hauteur de la porte de sortie, sur votre terrain, ou nécessiter l'utilisation d'escaliers pour descendre ou monter sur un autre palier.

Question b.

- ③ 3. La clôture (bois, métal, etc.) doit entourer complètement votre terrain ou une partie de votre terrain de manière à empêcher, au besoin, la sortie d'une personne. Notez qu'une **haie n'est pas considérée** comme une clôture.

p. 19

E. VOISINAGE DE LA RESSOURCE

1. Quartier

Question a.

- ③ Pour évaluer dans quel type de quartier se trouve votre ressource, vous devez considérer le territoire s'étendant dans un rayon d'un demi-kilomètre (500 mètres) autour de celle-ci.

Voici quelques indications selon le type de quartier:

- Majoritairement résidentiel : L'utilisation dominante de ce type de quartier est pour l'établissement d'habitations résidentielles. Il comprend peu ou pas de commerce.
- Majoritairement commercial : Ce type de quartier a principalement une vocation commerciale. Il comprend peu ou pas d'habitation.
- Autant résidentiel que commercial : Dans ce type de quartier, environ la moitié du territoire est réservée à la construction d'habitations résidentielles alors que la deuxième moitié a une vocation commerciale.

2. Transport en commun

Question a.

- ▲ **Attention** : Veuillez noter que le transport adapté n'est pas considéré comme un transport en commun.

Le transport adapté s'adresse aux personnes handicapées ou aux personnes ayant une mobilité limitée justifiant l'utilisation de ce type de service. **Le transport en commun est un service visant l'ensemble de la population.** On parle principalement d'autobus, de métro et de trains de banlieue.

p. 20

3. Commerces

Question e.

- ▲ **Attention** :

- 2. Le transport adapté : Il s'adresse aux personnes handicapées ou aux personnes ayant une mobilité limitée justifiant l'utilisation de ce type de service. Généralement, ce moyen de transport est réservé à l'avance, selon les besoins. Certaines conditions peuvent s'appliquer.

F. LOYERS ET SERVICES GÉNÉRAUX OFFERTS

1. Loyers

Question a.

- ② Loyer mensuel de base : Le loyer est le prix payé par tous les résidents occupant un même type d'unité locative. Il peut comprendre certaines commodités ou services, mais vous devez soustraire les montants supplémentaires qui varient d'un résident à l'autre dépendamment des services dont il a besoin. Par exemple, si le loyer de vos logements 1 ½ est de 800 \$/mois, mais que le résident a le choix de payer 1000 \$/mois s'il désire recevoir le service de préparation de repas, veuillez inscrire 800 \$.

Question b.

- ▲ **Attention** : Le téléphone et le câble (ou satellite) sont seulement considérés inclus dans le prix mensuel **s'ils sont offerts dans la chambre ou le logement du résident.**

2. Préparation des repas

Question b.

- ▲ 2. **Attention** : Considérez cette question indépendamment du fait que le résident avise ou non qu'il désire manger en dehors des heures de repas.
- ② 3. Par exemple, le déjeuner est servi entre 7 heures et 9 heures, mais il y a deux services, soit un à 7 h et l'autre à 8 h.
- ② 4. S'il y a, par exemple deux services, un à 7 heures et l'autre à 8 heures et que certains résidents doivent toujours se présenter au service de 7 h, répondez oui à cette question. Dans le cas, où le déjeuner est servi de 7 heures à 8 heures et que le déjeuner est servi à 7 h seulement, répondez oui à cette question.

Question c.

- ▲ 2. Voir l'explication de la question b. numéro 2.
- ② 3. Voir l'explication de la question b. numéro 3.
- ② 4. Voir l'explication de la question b. numéro 4.
- ▲ 6. Repas substitut : Le repas substitut ne fait pas partie des choix offerts au menu. C'est une alternative supplémentaire qui peut être proposée au résident, au besoin.
Par exemple : un sandwich, une omelette, etc.

p. 24 3. Services offerts la nuit

Question c.

- ② Bracelet ou médaillon : Certains types de bracelets ou médaillons ont un système de communication intégré permettant à l'utilisateur d'avertir un responsable en cas de besoin.

p. 25 4. Fin de vie

Question b.

- ② 4. Soins spécialisés : Les soins spécialisés sont prodigués par des professionnels de la santé. L'administration d'un médicament par voie intraveineuse, l'installation d'un soluté intraveineux ou la manipulation de l'équipement de gavage en sont des exemples.
- ② 5. Équipement spécialisé : Cet équipement peut être par exemple, un concentrateur d'oxygène, un aspirateur de sécrétion, une pompe à morphine, etc.

5. Services divers

Question a.

- ② Convalescence : Période qui fait suite à une maladie, à une chirurgie ou aux conséquences d'un accident, au cours de laquelle le résident reprend progressivement ses forces et l'usage normal de ses fonctions, notamment celles qui avaient plus particulièrement été altérées par la maladie, la chirurgie ou l'accident.

Voici un exemple où un de vos résidents en convalescence pourrait nécessiter certains soins et services d'assistance supplémentaire.

Situation : Suite à une chute, un de vos résidents a été hospitalisé pour une fracture de la hanche. Afin de lui permettre un retour rapide à votre ressource, vous lui offrez temporairement de l'aide pour ses soins d'hygiène, pour ses transferts, etc. Ce type de situation vous permettrait de cocher « Oui » à cette question. Si vous ne pouvez pas offrir de services additionnels et que ce résident doit complètement être rétabli pour retourner demeurer à votre ressource, vous devez cocher « Non » à cette question.

p. 26 **G. ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES OFFERTES**

Question a.

- ② Activités spéciales à l'extérieur : Ces activités peuvent être : une sortie au musée, à un concert, à la cabane à sucre, etc. Par contre, prendre une marche dehors n'est pas considéré comme une activité spéciale à l'extérieur.
- ② Activités à caractère religieux : Ces activités peuvent être : une célébration religieuse (messe ou autres), une rencontre de discussion à caractère religieux, une période de lecture de la bible en groupe (ou autre ouvrage religieux de référence), etc. La messe (ou autre type de célébration) diffusée à la télévision ou à la radio n'est pas considérée comme une activité.

② Zoothérapie : Activité avec un ou plusieurs animaux, supervisée par un intervenant qualifié.

p. 27

H. CLIENTÈLE

1. Clientèles accueillies

Question b.

▲ **Attention** : Veuillez répondre à cette question en fonction de la clientèle que votre ressource peut accueillir et non en fonction de la clientèle actuellement accueillie.

Voici un exemple de réponse pouvant être fourni à cette question.

Situation :

- Votre ressource accueille généralement des **personnes âgées**. Actuellement 100 % de votre clientèle correspond à ce groupe d'âge.
- Toutefois, il vous est arrivé dans le passé d'accueillir des **adultes** ou vous n'avez pas d'objection à accueillir des adultes, lorsque l'occasion se présente.
- Par contre, les **jeunes adultes** ne sont pas une clientèle que vous accueillez ou souhaitez accueillir dans votre ressource.

Vous inscrivez alors...

1. Jeunes adultes (18-40 ans) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
2. Adultes (41-64 ans) ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3. Personnes âgées (65 ans et plus) ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Question c.

▲ **Attention** : Veuillez répondre à cette question en fonction de la clientèle que votre ressource peut accueillir et non en fonction de la clientèle actuellement accueillie. Appliquez la même logique qu'à la question précédente.

p. 28

Question d.

▲ **Attention** :

- Si vous inscrivez la proportion en pourcentage, assurez-vous que le total soit égal à **100 %**.
- Si vous inscrivez une proportion en fraction, écrivez:

Nombre de résidents correspondant à la catégorie d'âge / Nombre total de résidents de votre ressource

Veuillez consulter la page suivante pour visualiser un exemple de réponse pouvant être fourni à cette question.

Situation : Votre ressource accueille 40 résidents et vous estimez qu'il y a environ...

- 30 % d'adultes
- 70 % de personnes âgées

Vous inscrivez alors...

1. Jeunes adultes (18-40 ans) ?	<u> 0 </u> %	<u> </u> / <u> </u>
2. Adultes (41-64 ans) ?	<u> 30 </u> %	<u> </u> / <u> </u>
3. Personnes âgées (65 ans et plus) ?	<u> 70 </u> %	<u> </u> / <u> </u>

Question e.

- Ⓢ Il se peut qu'un résident présente plus d'un état. Dans ce cas, l'état affectant le plus la personnalité, les services et soins requis ainsi que l'aménagement de l'environnement est alors identifié comme étant l'**état prédominant** du résident.

▲ Attention :

- Si vous inscrivez la proportion en pourcentage, assurez-vous que le total soit **égal à 100 %**.
- Si vous inscrivez une proportion en fraction, écrivez:

Nombre de résidents correspondant à cet état / Nombre total de résidents de votre ressource

Situation : Votre ressource accueille 25 résidents et vous estimez qu'il y a...

- 7 personnes autonomes
- 3 personnes ayant des troubles cognitifs sévères. Malgré qu'un d'entre eux utilise une canne et qu'un autre se déplace en fauteuil roulant, ils sont uniquement comptabilisés dans la catégorie des *personnes avec troubles cognitifs*, puisque c'est cette condition qui demande le plus.
- 12 personnes avec problèmes légers de mobilité, dont 8 personnes se déplaçant avec une canne et 4 avec une marchette.
- 2 personnes se déplaçant exclusivement en fauteuil roulant
- 1 personne étant diagnostiquée maniaco-dépressive

Veuillez consulter la page suivante pour visualiser ce que vous devez inscrire.

Vous inscrivez alors...

1. Personnes autonomes	_____ %	<u>7 / 25</u>
2. Personnes avec troubles cognitifs (ex. : démence, Alzheimer)	_____ %	<u>3 / 25</u>
3. Personnes avec problèmes légers de mobilité (utilise une canne ou une marchette)	_____ %	<u>12 / 25</u>
4. Personnes qui se déplacent <u>exclusivement</u> en fauteuil roulant	_____ %	<u>2 / 25</u>
5. Personnes atteintes d'une déficience intellectuelle	_____ %	<u>0 / 25</u>
6. Personnes présentant des problèmes de santé mentale (ex. : schizophrénie, maniaco-dépressif)	_____ %	<u>1 / 25</u>

2. Regroupement des clientèles

Question a.

- Ⓢ Par exemple, votre ressource regroupe-t-elle dans une même unité, dans un même bout de corridor ou sur un même étage les résidents ayant des troubles cognitifs? Regroupe-t-elle ensemble des personnes ayant une mobilité réduite?

Si oui, on considère que vous effectuez du regroupement de vos clientèles.

p. 29

4. Admission et transfert

Question a.

- ▲ **Attention** : Il est important de porter attention à la mention « de façon permanente ».
Si vous cochez « Oui » à une de ces situations, cela signifie que vous acceptez aussi un résident présentant toujours cet état. Vous ne pouvez pas cocher « oui », si vous acceptez seulement un résident qui se trouve dans cet état suite à un accident ou à une maladie et dont le pronostic de guérison indique que cette situation est temporaire.
- Ⓢ 4. Besoin d'aide pour se transférer : Par exemple, le résident a besoin d'une assistance pour se transférer de son lit à une chaise.
- Ⓢ 7. Troubles de comportement légers : Un résident ayant ce niveau de trouble de comportement présente un ou des comportements « inhabituels » tels que cacher des objets, fouiller dans les affaires des autres, faire les cent pas, etc.

- ④ 8. Troubles de comportement modérés à sévères : Un résident ayant ce niveau de trouble de comportement présente un ou des comportements non appropriés tels que crier, frapper mordre, abuser de substances, résister de façon permanente aux soins d'hygiène, etc.

Question b.

- ▲ **Attention** : Si vous avez répondu « Oui » à une ou plusieurs des sous-questions de la *question a*, veuillez à ce que la ou les sous-questions correspondant à la *question b* soient répondues « non ».

Par exemple au numéro 1, *question a* :

Si vous acceptez l'admission d'un résident *qui a besoin d'aide pour prendre un bain ou se laver*, vous devriez conséquemment au numéro 1 de la *question b* ne pas transférer un résident *qui développe un besoin d'aide pour prendre un bain ou de se laver*.

- ④ 4. Développe un besoin d'aide pour se transférer : Dans ce type de situation, le résident n'avait pas auparavant besoin d'aide pour se transférer, mais a maintenant ce besoin de façon permanente. Par exemple, un résident pourrait dorénavant avoir besoin d'une assistance pour se transférer de son lit à une chaise.
- ④ 7. Développe des troubles de comportement légers : Dans ce type de situation, le résident présente maintenant des troubles de comportement légers, qu'il n'avait pas auparavant. Un résident ayant ce niveau de trouble de comportement pourrait dorénavant présenter un ou des comportements « inhabituels » tels que cacher des objets, fouiller dans les affaires des autres, faire les cent pas, etc.
- ④ 8. Développe des troubles de comportement modérés à sévères : Dans ce type de situation, le résident présente maintenant des troubles de comportement modérés à sévère, qu'il n'avait pas auparavant. Un résident ayant ce niveau de trouble de comportement pourrait dorénavant présenter un ou des comportements non appropriés tels que crier, frapper mordre, abuser de substances, résister de façon permanente aux soins d'hygiène, etc.

I. SERVICES SPÉCIFIQUES ET INTERVENANTS

1. Services spécifiques et intervenants aux places dites contractuelles

1.1 Services spécifiques

Question a

- ▲ **Attention** : Cette question contient plusieurs éléments à compléter. De plus, il est important que vous considériez seulement les services offerts **aux résidents occupant vos places contractuelles**.

Veuillez consulter la page suivante pour visualiser un exemple de réponse pouvant être fourni à cette question.

Situation : Votre ressource...

- n'offre pas le service de soins d'hygiène, car il est offert par un CLSC.
- offre le service de préparation de repas et le prix est inclus dans le loyer de base, puisqu'il n'y a aucune autre possibilité pour le résident de se faire à manger.
- offre le service d'accompagnement pour les loisirs ou courses, mais un supplément doit être déboursé par le résident.
- n'offre pas le service de buanderie pour le linge personnel et aucun organisme ne l'offre.
- n'offre pas les produits d'incontinence pour les résidents, mais le réseau public défraie les coûts associés à ces produits.

Vous inscrivez alors...

a. Pour <u>chacun des services suivants</u> , cochez ce qui généralement s'applique à ce service. ▲	Offert(s) par le personnel de votre ressource...		Offert(s) par le personnel d'un autre organisme :			Pas offert
	Et inclus dans le prix du loyer mensuel de base.	Mais un supplément doit être déboursé par le résident.	Public (CLSC, CHSLD)	Communautaire	Privé	
Soins d'hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de préparation des repas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service d'accompagnement pour les loisirs ou courses	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de buanderie pour le linge personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Produits d'incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

p. 31

1.2 Intervenants

Question a.

- ▲ **Attention** : Si vous répondez « Non » à la question a, veuillez passer à la ligne suivante puisque les questions b, c et d ne s'appliquent pas dans ce cas. De plus, il est important que vous considériez seulement les intervenants interagissant avec les résidents occupant vos places contractuelles.

Veuillez consulter la page suivante pour visualiser un exemple de réponse pouvant être fourni à cette question.

Situation : Votre ressource...

- a une entente avec un médecin afin qu'il vienne une fois par mois. Vous devez donc **cocher « Non » à c. Offert minimum 1 fois / sem.**, car il vient 1 fois / mois.
- a 1 infirmière du CLSC qui vient une fois par semaine et le résident ne doit pas déboursier un supplément s'il la consulte.
- a 6 préposés aux bénéficiaires engagés par votre ressource qui sont présents 24 h / 24, 7 jours / 7 et ce service est inclus dans le loyer mensuel de base, il n'y pas de supplément.

Vous inscrivez alors...

a. Service sur place d'au moins un(e)...	b. Engagé par votre ressource	c. Offerts minimum 1 fois/sem.	d. Le résident doit déboursier un supplément
↓			
Médecin	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> Non		
Infirmier (ère)	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Non		
Préposé(e) aux bénéficiaires	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Non		

- ① Responsable des loisirs : La personne occupant ce poste peut être une technicienne en loisirs, un récréologue ou une personne n'ayant pas de formation particulière, mais ayant comme tâche principale l'organisation des loisirs.

p. 32

1.3 Personnel de votre ressource

Question a.

- ▲ **1. Attention** : Cette question contient plusieurs éléments. De plus, il est important que vous considérez seulement le personnel donnant des soins en partie ou exclusivement aux résidents occupant des places contractuelles.

Voici un exemple de réponse pouvant être fourni à cette question.

Situation : Votre ressource engage 6 personnes offrant des soins d'aide et d'assistance à vos résidents occupant vos places contractuelles dont..

- **La semaine** :
 - 2 personnes sont présentes à la ressource de 6 h à 14 h
 - 1 personne est présente à la ressource de 14 h à 22 h
 - 1 personne est de garde de 22 h à 6 h

Veillez consulter la page suivante pour visualiser la suite de l'exemple.

➤ **La fin de semaine :**

- 1 personne est présente à la ressource de 6 h à 14 h
- 1 personne est présente à la ressource de 14 h à 22 h
- aucune personne n'est de garde de 22 h à 6 h

Vous inscrivez alors...

	Personnel de SOINS D'AIDE ET D'ASSISTANCE			
	Semaine		Fin de semaine	
	Présent à la ressource	Non présent, mais de garde	Présent à la ressource	Non présent, mais de garde
Jour: 6 h à 14 h	2	0	1	0
Soir: 14 h à 22 h	1	0	1	0
Nuit: 22 h à 6 h	0	1	0	0

▲ **2. Attention :** Cette question contient plusieurs éléments.

Voici un exemple de réponse pouvant être fourni à cette question.

Situation : Votre ressource...

- engage une préposée une fois par semaine pour donner les bains de 7 à 13 h.
- engage une personne qui vient 1 fois aux 2 semaines de 7 à 15 h.

Comme ce type de situation ne répond pas au tableau, vous répondez dans les lignes disponibles à cet effet.

J'ai : - 1 préposée aux bénéficiaires qui travaille une fois semaine de 7 h à 13 h.

- 1 personne qui travaille une fois aux 2 semaines de 7 h à 15 h.

Question b.

▲ **1. Attention:** Cette question doit être complétée comme l'exemple de la Section 1.3, Question a. 1, mais pour le personnel prodiguant des soins infirmiers (infirmière, infirmière auxiliaire).

p. 33

▲ **2. Attention:** Cette question doit être complétée comme l'exemple de la Section 1.3, Question a. 2, mais pour le personnel prodiguant des soins infirmiers (infirmière, infirmière auxiliaire).

2. Services spécifiques et intervenants aux places NON contractuelles

2.1 Services spécifiques

Question a

▲ **Attention** : Cette question contient plusieurs éléments à compléter.

Voici un exemple de réponse pouvant être fourni à cette question.

Situation : Votre ressource, **pour les places NON contractuelles...**

- offre le service de soins d'hygiène, mais un supplément doit être déboursé par le résident.
- offre le service de préparation de repas et le prix est inclus dans le loyer de base, puisqu'il n'y a aucune autre possibilité pour le résident de se faire à manger.
- n'offre pas le service d'accompagnement pour les loisirs ou courses, mais un organisme communautaire vient régulièrement offrir ces services à vos résidents.
- n'offre pas le service de buanderie pour le linge personnel mais un organisme privé l'offre.
- n'offre pas les produits d'incontinence pour les résidents et aucun organisme ne l'offre.

Vous inscrivez alors...

a. Pour <u>chacun</u> des <u>services suivants</u> , cochez ce qui généralement s'applique à ce service. ▲	Offert(s) par le personnel de votre ressource...		Offert(s) par le personnel d'un autre organisme :			Pas offert
	Et inclus dans le prix du loyer mensuel de base.	Mais un supplément doit être déboursé par le résident.	Public (CLSC, CHSLD)	Communautaire	Privé	
Soins d'hygiène	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de préparation des repas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service d'accompagnement pour les loisirs ou courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de buanderie pour le linge personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits d'incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

2.2 Intervenants

Question a.

▲ **Attention** : Si vous répondez « Non » à la question a, veuillez passer à la ligne suivante puisque les questions b, c et d ne s'appliquent pas dans ce cas.

Voici un exemple de réponse pouvant être fourni à cette question.

Situation : Votre ressource, **pour les places NON contractuelles...**

- n'a pas d'entente particulière avec un médecin.
- a 1 infirmière non engagée (provenant du secteur privé) qui vient une fois par mois et le résident doit déboursier un supplément s'il la consulte. Vous devez **cocher « Non »** à c. *Offert minimum 1 fois / sem.*, car elle vient 1 x / mois.
- a 6 préposés aux bénéficiaires engagés par la ressource qui sont présent 24 h / 24, 7 jours / 7 et ce service est inclus, il n'y pas de supplément.

Vous inscrivez alors...

a. Service sur place d'au moins un(e)...		b. Engagé par votre ressource	c. Offerts minimum 1 fois/sem.	d. Le résident doit déboursier un supplément
 Médecin	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input checked="" type="checkbox"/> Non			
Infirmier (ère)	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Non			
Préposé(e) aux bénéficiaires	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Non			

- ② Responsable des loisirs : La personne occupant ce poste peut être une technicienne en loisirs, un récréologue ou une personne n'ayant pas de formation particulière, mais ayant comme tâche principale l'organisation des loisirs.

2.3 Personnel de votre ressource

Question a.

1. **Attention** : Cette question contient plusieurs éléments.

Veuillez consulter la page suivante pour visualiser un exemple de réponse pouvant être fourni à cette question.

Situation : Votre ressource engage 6 personnes offrant des soins d'aide et d'assistance **aux résidents occupant les places NON contractuelles** :

- **La semaine :**
 - 2 personnes sont présentes à la ressource de 6 h à 14 h
 - 1 personne est présente à la ressource de 14 h à 22 h
 - 1 personne est de garde de 22 h à 6 h
- **La fin de semaine :**
 - 1 personne est présente à la ressource de 6 h à 14 h
 - 1 personne est présente à la ressource de 14 h à 22 h
 - aucune personne n'est de garde de 22 h à 6 h

Vous inscrivez alors...

	Personnel de SOINS D'AIDE ET D'ASSISTANCE			
	Semaine		Fin de semaine	
	Présent à la ressource	Non présent, mais de garde	Présent à la ressource	Non présent, mais de garde
Jour: 6 h à 14 h	2	0	1	0
Soir: 14 h à 22 h	1	0	1	0
Nuit: 22 h à 6 h	0	1	0	0

▲ **2. Attention** : Cette question contient plusieurs éléments.

Voici un exemple de réponse pouvant être fourni à cette question.

Situation : Votre ressource...

- engage une préposée une fois par semaine pour donner les bains de 7 à 13 h.
- engage une personne qui travaille 1 fois aux 2 semaines de 7 à 15 h.

Comme ce type de situation ne répond pas au tableau, vous répondez dans les lignes disponibles à cet effet.

J'ai : - 1 préposée aux bénéficiaires qui travaille une fois semaine de 7 h à 13 h.

- 1 personne qui travaille une fois aux 2 semaines de 7 h à 15 h.

Question b.

▲ **1. Attention**: Cette question doit être complétée comme l'exemple de la Section 2.3, Question a. 1, mais pour le personnel prodiguant des soins infirmiers (infirmière, infirmière auxiliaire).

▲ **2. Attention**: Cette question doit être complétée comme l'exemple de la Section 2.3, Question a. 2, mais pour le personnel prodiguant des soins infirmiers (infirmière, infirmière auxiliaire).

3. Formations de PDSB et RCR

Question a.

- ⚠ **Attention** : Si vous prodiguez personnellement des soins d'aide et d'assistance, considérez vous comme faisant partie des membres du personnel.

p. 37

J. PROCÉDURES ORGANISATIONNELLES

3. Moyens de prévention et d'action concernant les fugues

Question a.

- Ⓢ **Bracelet** : Plusieurs modèles de bracelets offrant différentes caractéristiques existent sur le marché. Dans cette situation particulière, il est question du modèle qui alerte des responsables lorsque la personne sort d'une certaine zone. Il existe également un modèle récent muni d'un système GPS qui permet de retrouver une personne.

p. 41

K. SÉCURITÉ INCENDIE

1. Plan de sécurité incendie

Question a.

- Ⓢ **Consignes et procédures d'évacuation** : Les consignes et procédures d'évacuation se trouvent habituellement avec le plan d'évacuation ou dans un cartable. Elles donnent les directives à suivre en cas de feu par exemple, fermer les fenêtres, ne pas prendre l'ascenseur, etc. Il existe plusieurs types de plan d'évacuation contenant des consignes, en voici un exemple.

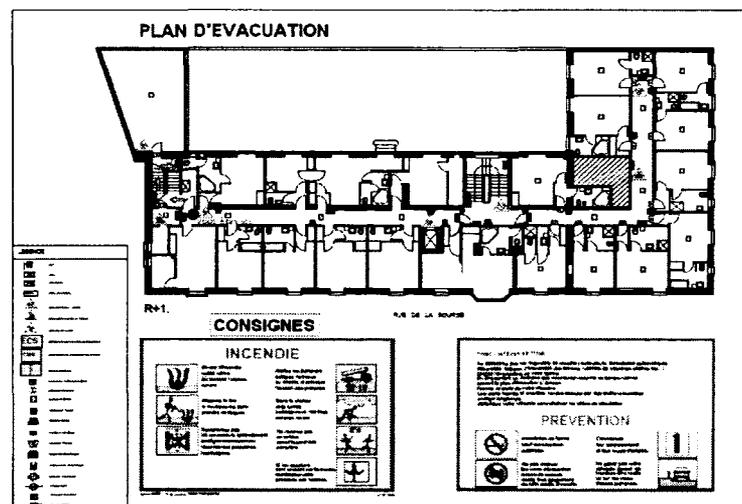


Figure 15 : Plan d'évacuation

Question d.

- ④ Mesures à prendre pour chaque résident : Certains résidents peuvent avoir une condition médicale qui nécessite des précautions particulières lors de l'évacuation. Certaines ressources consignent par écrit ces précautions.

Question e.

- ④ Aide supplémentaire : Est-ce qu'une entente a été faite afin de bénéficier de l'aide de personnes autres que les services d'incendies pour assurer une évacuation rapide et sécuritaire? Par exemple, les employés d'un commerce voisin, une chaîne téléphonique, etc.

Question f.

- ④ Endroit temporaire : Il se peut qu'une entente ait été prise avec un centre communautaire, un organisme, etc. afin d'héberger les résidents pendant l'intervention des services incendies.

2. Évacuation

Question b.

▲ Attention :

Moyen formel : Un moyen formel est un moyen planifié permettant de renseigner tous les résidents et ce, de façon régulière.

p. 42

Question c.

▲ Attention :

Moyen formel : Un moyen formel est un moyen planifié permettant de renseigner tous les résidents et ce, de façon régulière.

3. Extincteurs portatifs, avertisseurs, gicleurs et système d'éclairage

Question d.

- ④ Système d'éclairage alternatif : Ce système est activé lorsqu'il y a une panne d'électricité dans votre ressource. Il permet une certaine visibilité dans les endroits où il est installé.

Annexe 4. Approbation éthique (objectif 3)

**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE
EN MATIÈRE DE RECHERCHE SUR DES HUMAINS**

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke atteste qu'il a évalué le projet de recherche suivant :

Développer et valider une typologie des ressources d'hébergement non institutionnelles avec services accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie

présenté par :

- **Nicole Dubuc, Ph.D.**, chercheure principale, Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS
- **Gina Bravo, Ph.D.**, chercheure principale, Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS
- **Catherine Lestage, M.Ps, Ph.D.(c)** doctorat en sciences cliniques

et qu'il a jugé la recherche acceptable au point de vue éthique.


Dr Marcel Arcand, MD, M.Sc.
Vice-président

09/09/2008

Date

- ❖ L'approbation éthique a été donnée pour une année et son échéance est le 30 septembre 2009
- ❖ Le numéro de dossier attribué par le CÉR à ce projet est le 2008-17 / LESTAGE

Hôpital
et centre d'hébergement D'Youville

Comité d'éthique de la recherche
1038, rue Belvédère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

Téléphone : (819) 821-1170 poste 45386
Télocopieur : (819) 829-7141

Annexe 5. Lettre aux propriétaires de RPA



Centre de recherche
sur le vieillissement
Research Centre
on Aging
Fondé par le Dr Réjean Hébert en 1988

20ans
YEARS
...et déjà sa place
dans le monde!

Sherbrooke, XX octobre XXXX

« Appellation » « Prénom » « Nom »
« Nom de la résidence »
« Adresse »
« Ville » Qc « Code postal »

Objet : Développer et valider une typologie des résidences privées avec services accueillant des personnes âgées (RPA).

Bonjour « Appellation » « Nom »,

Une équipe du Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke a reçu un financement du Programme de recherche Iso-SMAF du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke pour mener à terme un projet de recherche visant premièrement, la description de l'environnement physique et des services offerts par les RPA québécoises accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie et deuxièmement, le regroupement de ces RPA par sous-groupes homogènes.

Vous êtes invité(e) à participer à ce projet de recherche parce que vous êtes le propriétaire ou la personne responsable d'une ressource d'hébergement figurant au registre des résidences pour personnes âgées du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Il est important de vous souligner que **ce projet ne vise pas à évaluer la qualité des soins et des services offerts par votre ressource ni à classer si votre ressource est une bonne ou une mauvaise ressource**. Ce projet vise plutôt à recueillir de l'information sur la présence ou l'absence de certaines caractéristiques de l'environnement physique et organisationnel des RPA de tout le Québec. **Il est à noter que ces caractéristiques ne sont pas « requises », elles ne servent qu'à mieux décrire les différents types de RPA présents au Québec**. Les informations recueillies nous permettront de faire le portrait des RPA du Québec et de les regrouper par types similaires. De sorte que les données recueillies sur votre ressource seront utilisées en combinaison avec les données recueillies sur d'autres ressources.

De plus, veuillez prendre note que **toutes les informations recueillies seront codées et conservées de manière CONFIDENTIELLE** au Centre de recherche sur le vieillissement. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la coordonnatrice du projet. Les données recueillies serviront uniquement à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet. Ces données seront conservées pendant 5 années. Enfin, elles pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, **mais il ne sera pas possible de vous identifier**.

Bien que nous ayons établi votre admissibilité au projet à partir des informations disponibles dans le registre des résidences pour personnes âgées, nous vous prions de vérifier si vous répondez toujours aux critères d'inclusion et d'exclusion inscrits à la page suivante.

Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Health and Social Services Centre –
University Institute of Geriatrics of Sherbrooke

1036, rue Belvédère Sud
Sherbrooke (Québec) CANADA
J1H 4C4

Téléphone : (819) 829-7131
(819) 821-1150
Télécopieur : (819) 829-7141
www.cdrv.ca

Centre affilié  UNIVERSITÉ DU
SHERBROOKE

Critère d'inclusion : Pour être admissible à l'étude, vous devez être le propriétaire ou le responsable d'une RPA accueillant, en partie ou en totalité, des personnes âgées de 65 ans et plus.

Critères d'exclusion : Votre ressource d'hébergement **ne doit pas** avoir une vocation **exclusive** en santé mentale, en déficience physique ou en déficience intellectuelle. Enfin, votre ressource ne doit pas être actuellement en train d'effectuer des rénovations majeures.

Si vous croyez ne pas être admissible au projet ou si vous avez des doutes, nous vous prions de contacter Mme Monia D'Amours au (819) 821-5118 ou au 1-877-921-5118 (sans frais) afin de faire les vérifications nécessaires.

Outre la présente lettre, vous trouverez dans cet envoi : une fiche de consentement, une fiche de désistement, le questionnaire et son guide de consignes, une fiche d'information sociodémographiques et finalement, une enveloppe-réponse pré-adressée et affranchie. Votre participation à ce projet est volontaire, vous êtes donc libre de refuser d'y participer.

Si vous désirez participer à ce projet de recherche, votre tâche consiste à lire et signer la fiche de consentement. Ensuite, nous vous prions de compléter le questionnaire à l'aide du guide de consignes et de directives, puis de remplir la fiche d'informations sociodémographiques. Enfin, à l'aide de l'enveloppe-réponse, nous souhaitons que vous nous retourniez les documents suivants :

- ✓ Fiche de consentement
- ✓ Questionnaire
- ✓ Fiche d'informations sociodémographiques

S.V.P. n'ajoutez pas les autres documents, puisque l'enveloppe est affranchie que pour le retour de ces documents. Nous estimons à environ 1 heure le temps nécessaire pour compléter ce questionnaire. Nous vous prions de retourner les documents avant le XX décembre XXXX.

Si vous ne désirez pas participer, nous vous invitons à nous retourner la fiche de désistement dûment complétée OU à contacter **Mme Monia D'Amours au (819) 821-5118 ou au 1-877-921-5118 (sans frais)** afin qu'elle retire votre nom de la liste des participants et ainsi, vous ne recevrez pas d'appel de suivi de notre part.

En tout temps, n'hésitez pas à communiquer avec Mme D'Amours si vous désirez de plus amples informations, une assistance quelconque ou un délai supplémentaire pour compléter les documents.

Nous vous remercions chaleureusement de votre implication; cette participation est précieuse pour le succès de ce projet de recherche et l'avancement des connaissances sur l'organisation des services aux personnes âgées.

Catherine Lestage, M.Ps
Coordonnatrice du projet
Tél. : (819) 821-1170 poste 45604
Courriel : Catherine.Lestage@USherbrooke.ca

<p>If you prefer to receive these documents in english, please contact Ms. Monia D'Amours (819) 821-5118 or 1-877-921-5118</p>

Annexe 6. Fiche de consentement

Fiche de consentement

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées dans la lettre d'introduction. Le retour de mes documents atteste de ma participation volontaire.

Signature du participant de recherche

Date

Code : _____ - _____

Annexe 7. Fiche de désistement

Fiche de désistement

Le retour de cette fiche atteste que je souhaite que vous retirez mon nom de la liste des participants potentiels au projet de recherche : *Développer et valider une typologie des résidences privées avec services accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie*, puisque je ne souhaite pas y participer. Ainsi, je ne recevrai pas d'appel téléphonique de la part d'un des membres du personnel de recherche de ce projet.

Signature du participant de recherche

Date

Nous aimerions connaître la raison principale de votre désistement.

Veillez S.V.P. cocher ce qui correspond le mieux :

- Un manque de temps ;
- Vous trouvez ce projet de recherche non-pertinent ;
- Vous prévoyez vendre votre ressource d'hébergement sous peu ;
- Vous ne souhaitez pas donner d'information sur votre ressource;
- Autre (spécifiez) : _____

Code : _____

Annexe 8. Formulaire de consentement du groupe de discussion focalisée



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

Développer et valider une typologie des résidences privées avec services accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie.

CHERCHEURES ET COORDONNATRICE DU PROJET DE RECHERCHE

NOM	TITRE	AFFILIATION
Nicole Dubuc	Infirmière, Chercheure	Université de Sherbrooke
Gina Bravo	Chercheure	Université de Sherbrooke
Catherine Lestage	Coordonnatrice du projet	Université de Sherbrooke

PREAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne-ressource affectée au projet de recherche et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Vous trouverez à la page 3 de ce document, les coordonnées de cette personne.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

L'objectif principal de ce projet de recherche est de développer une classification des résidences privées (RPA) avec services accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie.

Pour ce faire nous devons 1) Recueillir de l'information sur les caractéristiques physiques et l'organisation des services des RPA du Québec. Ensuite, 2) Effectuer des regroupements homogènes de RPA à l'aide d'analyses statistiques et ce, basés sur la présence ou l'absence de certaines caractéristiques de l'environnement physique et organisationnel. Enfin, 3) Confirmer la pertinence de la classification produite auprès d'experts du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

Votre participation est sollicitée pour l'atteinte du troisième objectif spécifique, soit de choisir la classification la plus pertinente d'un point de vue clinique.

Vous êtes invité(e) à participer à ce projet de recherche parce que vous avez de l'expérience clinique dans le processus d'orientation des personnes âgées en perte d'autonomie vers un milieu de vie substitut.

Projet : Développer et valider une typologie des RHNI avec services accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie.

Initiales du participant : _____
Version 2 focus group (08-09-2008)

Page 1 de 4

DEROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Dans un premier temps, votre participation consistera à prendre connaissance des différents documents transmis par la poste.

Ensuite, nous vous invitons à participer à une rencontre d'un avant-midi avec 7 autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux afin de discuter de la classification des RPA la plus utile cliniquement. Dans le cadre de cette rencontre, vous serez invité(e) à exprimer votre point de vue et à discuter avec les autres professionnels des différentes classifications proposées.

Lors de la rencontre, n'oubliez pas d'amener avec vous une copie signée du formulaire de consentement ainsi que la fiche d'informations sociodémographiques dûment complétée.

Veillez prendre note que cette rencontre sera enregistrée sur bande audio.

INCONVENIENTS

Le temps requis pour se préparer à la rencontre, environ une heure, et participer à la rencontre, environ deux heures, peut représenter un inconvénient.

AVANTAGES

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances sur la description et la représentation des RPA accueillant des personnes âgées au Québec.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITE DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'un des membres du personnel affecté au projet.

CONFIDENTIALITE

Durant votre participation à ce projet, la coordonnatrice du projet ainsi que le personnel de l'équipe de recherche recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche des renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements comprennent votre nom et prénom, sexe, âge, niveau de scolarité, nom de votre employeur, nombre d'années d'expérience dans vos fonctions et auprès des personnes âgées.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Les chercheuses responsables et la coordonnatrice du projet utiliseront les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le présent formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées pendant 5 années. Les données pourront être publiées dans des revues

spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) ou par l'établissement ou une personne nommée par un organisme autorisé. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que les chercheurs responsables du projet détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet de recherche bénéficie d'un financement du programme de recherche Iso-SMAF, administré par le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke.

DROITS DU PARTICIPANT DE RECHERCHE

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez reliés à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du projet de recherche au numéro suivant : Catherine Lestage au 819-780-2220 poste 45604.

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CSSS-IUGS au numéro suivant : (819) 562-9121 poste 40204.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ETHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le Comité d'éthique de la recherche du CSSS-IUGS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi administratif. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'une personne-ressource était disponible pour m'expliquer le projet et répondre à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Enfin, je conserve une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement pour mes dossiers personnels.

Nom et signature du participant de recherche

Date

SIGNATURE DE LA PERSONNE PERSONNE-RESSOURCE AU CONSENTEMENT

J'ai été disponible pour expliquer au participant de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement ainsi que pour répondre à ses questions, le cas échéant.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

ENGAGEMENT ET SIGNATURE DU CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET

Je certifie qu'on a expliqué au participant de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en **remettre une copie signée au participant de recherche**.

Nom et signature d'une des deux chercheuses responsables du projet de recherche

Date

Annexe 9. Document de travail remis aux experts du groupe de discussion focalisée

DOCUMENT EXPLICATIF DU PROJET

Rationnel de l'étude

Au moment où l'on prévoit une augmentation de 15 % des aînés québécois en perte d'autonomie, le MSSS diminue la capacité d'accueil des CHSLD et en restreint l'accès aux personnes présentant de très lourdes incapacités. En revanche, il encourage fortement le développement de ressources d'hébergement alternatives. Ces ressources d'hébergement, principalement des résidences privées avec services (RPA), varient en fonction des services offerts, de leur capacité et conditions d'accueil, de leur ratio de personnel, de leurs aménagements physiques, de leur mode de financement, etc. Bien que les professionnels de la santé conseillent et orientent les personnes âgées en perte d'autonomie vers ces milieux, il n'existe aucun répertoire décrivant leur environnement physique et leur offre de services. Les recommandations des intervenants résultent alors principalement de la quantité et de la qualité des informations dont ils disposent, menant ainsi à la relocalisation d'aînés présentant des besoins similaires vers des ressources différentes, plus ou moins adaptées à leur autonomie fonctionnelle. Pourtant, l'environnement physique et l'offre de services ont un impact significatif sur la qualité de vie, la participation sociale et le maintien de l'autonomie.

Objectifs de l'étude

Afin de pouvoir conceptualiser l'environnement physique et organisationnel des résidences privées avec services accueillant des personnes âgées (RPA), l'objectif principal de ce projet de recherche est de développer et de valider une classification de ces milieux d'hébergement.

Plus spécifiquement, cette étude se propose : 1) de recueillir de l'information sur les caractéristiques physiques et l'organisation des services des RPA du Québec; 2) d'effectuer des regroupements homogènes de RPA à l'aide d'analyses de classification automatisée; 3) de valider la classification ainsi produite auprès d'un comité d'experts du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

Méthodologie *(objectifs 2 et 3)*

Afin de recueillir les caractéristiques de l'environnement physique et organisationnel des RPA, nous avons utilisé un questionnaire spécialement conçu à cet effet, soit le questionnaire EPO de Lestage et collaborateurs. Ce questionnaire décrit plus particulièrement 11 dimensions des RPA, soit les espaces communs, les équipements spécialisés, la sécurité des lieux, le maintien de l'autonomie, l'exercice du contrôle personnel, les loisirs, les politiques d'admission, la clarté des règlements, l'offre de services, le personnel et enfin, les modalités spécifiques aux déficits cognitifs. Pour chacune de ces dimensions, il est possible de comptabiliser un score sur 100. Plus ce score est élevé, plus la RPA est pourvue en ressources matérielles, humaines et organisationnelles afin de satisfaire la dimension concernée. Ces scores ne sont donc pas

représentatifs de la qualité de l'environnement physique ni des soins dispensés. Ils visent davantage à fournir une description du milieu ou des services.

Les différents groupes de RPA qui composent les classifications ont été déterminés par l'utilisation de différentes techniques de classification automatisée afin de circonscrire des groupes homogènes, mais hétérogènes entre eux. Ainsi, deux RPA appartenant à un même groupe sont très similaires et deux RPA appartenant à des groupes distincts sont dissemblables. Un processus systématique d'analyse de la reproductibilité, de la stabilité, de l'homogénéité et de validation a été utilisé et a permis de dégager 3 classifications « optimales ». Ces classifications vous sont aujourd'hui soumises afin que vous déterminiez laquelle est la plus appropriée, celle qui représente la « réalité ». Cette étape constitue l'objectif 3.

Les groupes ont été générés à l'aide des données recueillies auprès de 552 RPA, provenant des différentes régions socioadministratives du Québec. Les onze scores du questionnaire EPO furent utilisés comme variables de classification, soit celles utilisées pour effectuer les regroupements. Certaines questions précises furent quant à elles utilisées comme variables descriptives de chacun des groupes.

Résultats anticipés

Peu importe la classification que le comité retiendra, elle devra à tout le moins générer des groupes qui ont une signification pour l'intervenant en soins de longue durée. L'utilisation attendue de la classification est similaire aux profils d'autonomie Iso-SMAF. La classification retenue doit favoriser la conceptualisation simple et rapide d'une RPA donnée et ce, afin de favoriser la relocalisation des personnes âgées. De sorte qu'une RPA, dans un groupe défini, est identifiable par l'intervenant par la présence ou l'absence d'un environnement physique particulier, d'une offre de services spécifique et de la clientèle hébergée. Les intervenants pourront l'utiliser pour identifier, sur un territoire donné, les RPA les plus appropriées pour la prestation des soins et services requis par une personne âgée donnée. En éliminant d'emblée certaines RPA n'offrant pas l'environnement ou les services requis par les besoins spécifiques de la personne à orienter, la classification permettra une allocation plus judicieuse des ressources en considérant l'éventail disponible des options d'hébergement. Dans le même ordre d'idées, les gestionnaires pourront dresser le portrait des RPA de leur MRC respective et identifier les options d'hébergement qui nécessitent d'être développées.

Tâches attendues

- 1) Prendre connaissance des trois classifications soumises.
- 2) Réfléchir à la pertinence clinique de chacune d'elle, dans un contexte de relocalisation d'aînés.
- 3) Classer des résidences que vous connaissez dans chacun des groupes, de chacune des classifications.
- 4) Inventorier les avantages et les inconvénients de chacune d'elle.
- 5) Ordonnez votre préférence entre les classifications à 5, 6 ou 7 groupes.

Critères statistiques

Dans la présentation générale des classifications, je ferai référence à quatre paramètres statistiques, soit la stabilité, la reproductibilité, l'homogénéité et les critères d'arrêt.

D'un point de vue strictement statistique, la classification retenue doit être stable. Ainsi, une partie de la banque de données a servi à créer la classification et une seconde partie a permis de calculer l'erreur de classement. Ce qu'il faut retenir : plus le coefficient est élevé, plus la classification est stable. C'est ce que nous recherchons!

La reproductibilité fait référence à l'utilisation de différentes méthodes de regroupements pour créer différentes classifications, dans notre projet de recherche cela correspond aux méthodes Ward et Complete. Ainsi, nous calculons un pourcentage d'accord, entre ces deux méthodes, afin d'estimer si elles ont créé des groupes similaires. Ce qu'il faut retenir : plus le pourcentage est faible, moins la classification est le fruit du hasard, donc meilleure est elle !

L'homogénéité, comme son nom l'indique, fait référence au niveau d'homogénéité des groupes formés, pour chacune des classifications. Ce que nous recherchons ce sont des groupes les plus homogènes possibles. Les RPA appartenant à un même groupe doivent être similaires. Ce qu'il faut retenir : plus le nombre de groupes pour lequel le coefficient est faible, plus la classification est composée de groupes homogènes.

Enfin, le critère d'arrêt permet d'estimer statistiquement le nombre de groupes que devrait contenir la classification. Statistiquement, plus le critère d'arrêt est élevé plus il est indiqué de ne pas créer de groupes supplémentaires. Le critère d'arrêt est une indication. Il ne faut pas perdre de vue que votre expertise clinique prévaut...

Le plus important des critères demeurera toujours l'utilité et la pertinence clinique de la classification ! À cet effet, c'est vous qui devez trancher !

Structure de la présentation des classifications

Tout d'abord, chacune des présentations débutera par un sommaire général. Trois paramètres statistiques seront exposés. Pour les solutions à 6 ou 7 groupes, il vous sera donné, pour chacun des groupes, son équivalent dans la classification précédente. Ensuite, chacun des groupes sera décrit par le biais des variables descriptives et un jugement de l'homogénéité globale du groupe sera porté. Finalement, un diagramme représentera la distribution des groupes, selon les 11 scores du questionnaire EPO.

PRÉSENTATION DE LA CLASSIFICATION À 5 GROUPES

Général :

Paramètre	Valeur
Stabilité	0,88
Reproductibilité	0,10
Critère d'arrêt	45,23

Groupe A : *Petite résidence privée pour personnes autonomes ou avec légers déficits cognitifs.*

Ce groupe de RPA est composé dans 73,4% des cas de petites résidences (9 places et moins). Pour 91,4% d'entre elles, elles sont privées à but lucratif. Elles offrent principalement des chambres simples privées, mais quelques unes offrent aussi des logements. Le tiers sont des établissements d'un seul étage ou disposent d'un ascenseur.

Ce groupe de RPA n'accepte pas les gens en fauteuil roulant ni ceux nécessitant de l'aide pour effectuer leurs transferts. Seulement 5% des RPA de ce groupe ont un ou des leviers. Près du 2/3 acceptent les gens présentant des déficits cognitifs et de légers troubles du comportement. Elles n'acceptent pas les gens présentant des troubles de comportements d'intensité modérée à sévère. Elles n'acceptent pas les personnes incontinentes (urinaire et fécale).

La moitié des RPA de ce groupe offrent des soins d'hygiène. Presque la totalité offre les services de préparation des repas et d'entretien ménager. 90,6% offrent la distribution des médicaments.

Environ 15% des RPA de ce groupe ont du personnel d'assistance de jour et de soir. Dans les autres cas, le propriétaire dispense les services. Dans 98,6% des RPA, le propriétaire ou son employé est présent la nuit, mais il est non éveillé.

D'un point de vue statistique, ce groupe est homogène.

Groupe B : *Petite résidence privée pour personnes âgées en perte d'autonomie.*

Ce groupe de RPA est composé dans 50% des cas de petites résidences (9 places et moins) et dans 39% des cas de moyennes résidences (10-29 places). Pour 83,5% d'entre elles, elles sont privées à but lucratif. Près de 10% ont un contrat de type RTF/RI avec un CSSS. Elles offrent principalement des chambres simples privées, mais quelques unes offrent aussi des chambres partagées (18,8%) ainsi que des logements (+/- 5%). Le tiers sont des établissements d'un seul étage ou disposent d'un ascenseur.

La moitié des RPA de ce groupe acceptent les gens en fauteuil roulant et près de 70% peuvent aider ceux nécessitant de l'aide pour effectuer leurs transferts. 16% des RPA de ce groupe ont un

ou des leviers. Près du 3/4 acceptent les gens présentant des déficits cognitifs et presque toutes acceptent les personnes âgées présentant de légers troubles du comportement. Que 17% d'entre elles acceptent les gens présentant des troubles de comportements d'intensité modérée à sévère. Plus de la moitié des RPA de ce groupe acceptent les personnes incontinentes (urinaire et fécale).

Près de 90% offrent des soins d'hygiène. Toutes les RPA de ce groupe offrent les services de préparation des repas, d'entretien ménager et offrent la distribution des médicaments.

Le 1/3 des RPA de ce groupe ont du personnel d'assistance jour-soir-nuit pour aider le propriétaire. Dans toutes les RPA, il y a quelqu'un de présent la nuit. Toutefois, ce dernier est éveillé que pour le ¼ d'entre elles.

D'un point de vue statistique, ce groupe est homogène.

Groupe C : *Appartement de type OSBL sans services pour personnes autonomes.*

Ce groupe de RPA est composé dans 57% des cas de grands (30-99 places) et dans 21% des cas de très grands (100 places et plus) établissements. Près de 70% des RPA de ce groupe sont à but **non** lucratif. Elles offrent principalement des appartements 1 ½ et plus, mais certaines offrent aussi des chambres simples (31%). Près de 85% sont des établissements d'un seul étage ou disposent d'un ascenseur.

Près de 71% des RPA de ce groupe acceptent les gens en fauteuil roulant. Toutefois aucune offre de l'aide pour effectuer les transferts ni n'a de levier. 15% acceptent les gens présentant des déficits cognitifs et moins du quart acceptent les personnes âgées présentant de légers troubles du comportement. Aucune d'entre elles acceptent les gens présentant des troubles de comportements d'intensité modérée à sévère. Enfin, aucune n'accepte les personnes incontinentes (urinaire et fécale).

Très peu de RPA de ce groupe offrent les soins d'hygiène (3,4%). Le ¾ des RPA offre les services de préparation des repas, la moitié les services d'entretien ménager et moins de 20% offrent la distribution des médicaments.

Seulement 3,4% ont du personnel d'assistance de jour. Dans 50% des cas, quelqu'un est présent la nuit. Toutefois, ce dernier est éveillé que dans 12% des RPA de ce groupe.

D'un point de vue statistique, l'homogénéité de ce groupe est douteuse.

Groupe D : *Grande résidence privée pour personnes autonomes ou avec légers déficits cognitifs.*

Ce groupe de RPA est composé dans 46% des cas de grands (30-99 places) et dans 40% des cas de très grands (100 places et plus) établissements. Près de 70% des RPA de ce groupe sont à but lucratif. La majorité d'entre elles offrent soit des chambres simples privées ou des logements,

mais près du ¼ offrent une combinaison de chambres et de logements. Près de 88% sont des établissements d'un seul étage ou disposent d'un ascenseur.

Près de 60% des RPA de ce groupe acceptent les gens en fauteuil roulant. Toutefois aucune n'offre d'aide pour effectuer les transferts. Seulement 8% des RPA de ce groupe ont un ou des leviers. Près du 2/3 acceptent les gens présentant des déficits cognitifs. Toutefois, seulement la moitié acceptent les personnes âgées présentant de légers troubles du comportement et aucune d'entre elles acceptent les gens présentant des troubles de comportements d'intensité modérée à sévère. Seulement 12% de ces RPA acceptent les personnes incontinentes urinaires et aucune incontinente fécale.

Près de 60% des RPA de ce groupe offrent des soins d'hygiène et plus de 90% offrent des services de préparation des repas, d'entretien ménager et de distribution des médicaments.

Plus de la moitié ont du personnel d'assistance et une infirmière (auxiliaire ou technique) de jour. La moitié a du personnel d'assistance de soir et de jour. Près du quart ont une infirmière de soir et 11% une infirmière de nuit. Dans presque tous les cas, quelqu'un est présent la nuit et il est éveillé dans 85% de ces RPA.

D'un point de vue statistique, ce groupe est très homogène.

Groupe E : Grande résidence privée pour personnes âgées en perte d'autonomie.

Ce groupe de RPA est composé dans 43% des cas de grands (30-99 places) et dans 25% des cas de très grands (100 places et plus) établissements. Près de 84% des RPA de ce groupe sont à but lucratif. Près du 1/3 ont un contrat de type RTF/RI avec un CSSS. La très grande majorité d'entre elles offrent des chambres simples. Près du ¼ offrent des chambres partagées. Le tiers offre une combinaison de chambre et de logements. Près de 79% sont des établissements d'un seul étage ou disposent d'un ascenseur.

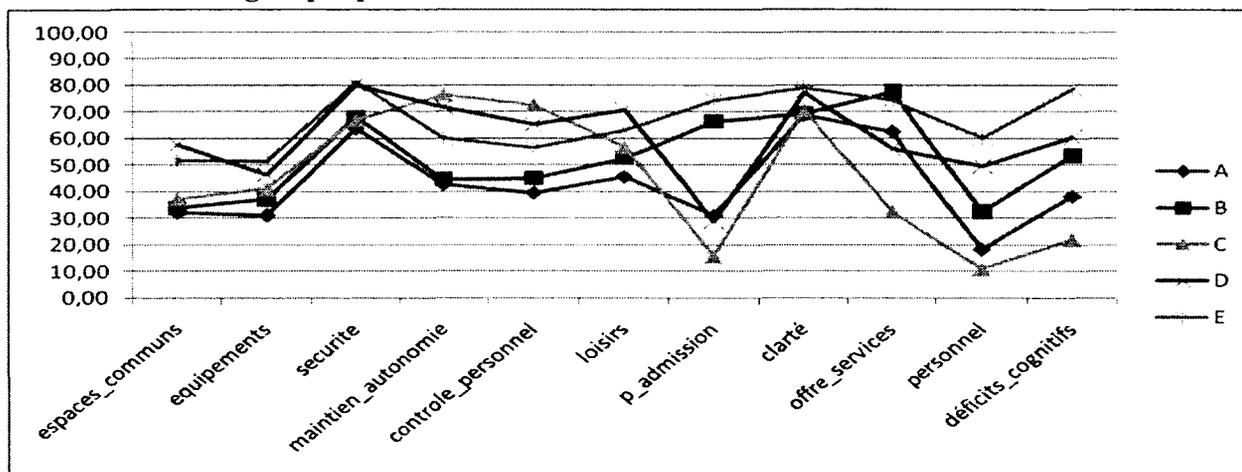
Près de 88% des RPA de ce groupe acceptent les gens en fauteuil roulant et près de 80% offrent de l'aide pour effectuer les transferts. Près de la moitié des RPA de ce groupe ont un ou des leviers. 92% acceptent les gens présentant des déficits cognitifs avec de légers troubles du comportement. Le tiers acceptent les gens présentant des troubles de comportements d'intensité modérée à sévère. Près de 100% de ces RPA acceptent les personnes incontinentes (urinaire) et 80% les personnes incontinentes (fécale).

Presque toutes les RPA de ce groupe offrent des soins d'hygiène, de préparation des repas, les services d'entretien ménager et la distribution de médicaments.

Près de 80% des RPA ont du personnel d'assistance jour-soir-nuit. La moitié a une infirmière de jour, 38% de soir et 27% de nuit. Dans tous les cas, quelqu'un est présent la nuit et pour 92% d'entre elles, cette ou ces personnes sont éveillées.

D'un point de vue statistique, ce groupe est très homogène.

Distribution des 5 groupes par scores



PRÉSENTATION DE LA CLASSIFICATION À 6 GROUPES

Général :

Paramètre	Valeur
Stabilité	0,62
Reproductibilité	0,14
Critère d'arrêt	41,76

Groupe A : *Petite résidence privée pour personnes autonomes ou avec légers déficits cognitifs.*
Son équivalent dans la classification à 5 groupes est le Groupe A.

Ce groupe de RPA est composé dans 75,4% des cas de petites résidences (9 places et moins). Pour 91,3% d'entre elles, elles sont privées à but lucratif. Elles offrent principalement des chambres simples privées, mais quelques unes offrent aussi des logements. Près du tiers sont des établissements d'un seul étage ou disposent d'un ascenseur.

Ce groupe de RPA n'accepte pas les gens en fauteuil roulant ni ceux nécessitant de l'aide pour effectuer leurs transferts. Seulement 4% des RPA de ce groupe ont un ou des leviers. Un peu moins du 2/3 acceptent les gens présentant des déficits cognitifs et de légers troubles du comportement. Elles n'acceptent pas les gens présentant des troubles de comportements d'intensité modérée à sévère. Elles n'acceptent pas les personnes incontinentes, sauf quelques rares exceptions (urinaire et fécale).

Un peu plus de la moitié des RPA de ce groupe offrent des soins d'hygiène. Presque la totalité offre les services de préparation des repas et d'entretien ménager. 90,6% offrent la distribution des médicaments.

Près de 11% des RPA de ce groupe ont du personnel de jour et de soir. Dans les autres cas, le propriétaire dispense les services. Dans 98,6% des RPA, le propriétaire est présent la nuit, mais il est non éveillé.

D'un point de vue statistique, ce groupe est plutôt homogène.

Groupe B : *Petite résidence privée pour personnes âgées en perte d'autonomie.*

Son équivalent dans la classification à 5 groupes est le Groupe B.

Ce groupe de RPA est composé dans 67% des cas de petites résidences (9 places et moins) et dans 28% des cas de moyennes résidences (10-29 places). Pour 82,2% d'entre elles, elles sont privées à but lucratif. Toutefois, 15% ont un contrat de type RTF/RI avec un CSSS. Elles offrent principalement des chambres simples privées, mais quelques unes offrent aussi des chambres partagées (20,8%) ainsi que quelques logements (+/- 3%). Moins du tiers sont des établissements d'un seul étage ou disposent d'un ascenseur.

Près de 60% des RPA de ce groupe acceptent les gens en fauteuil roulant et 90% offrent de l'aide pour effectuer les transferts. Près du ¼ des RPA de ce groupe ont un ou des leviers. Près de 80% acceptent les gens présentant des déficits cognitifs et presque toutes acceptent les personnes âgées ayant de légers troubles du comportement. Tandis que 27% d'entre elles acceptent les gens présentant des troubles de comportements d'intensité modérée à sévère. 82,2% des RPA de ce groupe acceptent les personnes incontinentes (urinaire) et 72% ceux incontinentes (fécale).

Près de 95% offrent des soins d'hygiène. Toutes les RPA de ce groupe offrent les services de préparation des repas, d'entretien ménager et offrent la distribution des médicaments.

Le ¼ des RPA de ce groupe ont du personnel d'assistance jour-soir-nuit pour aider le propriétaire. Dans toutes les RPA, il y a quelqu'un de présent la nuit. Toutefois, ce dernier est éveillé que pour le ¼ d'entre elles.

D'un point de vue statistique, ce groupe est homogène.

Groupe C : *Moyenne résidence privée pour personnes âgées en légère perte d'autonomie.*

Ce groupe n'a aucun équivalent, c'est le nouveau groupe qui s'est ajouté.

Ce nouveau groupe de RPA est composé de près de 50% de moyennes résidences (10-29 places) et de 31% de grandes (30-99 places). Près de 83% des RPA de ce groupe sont privées à but lucratif. 8% ont un contrat de type RTF/RI avec un CSSS. La presque totalité offre des chambres simples privées, mais quelques unes offrent aussi des chambres partagées (13,7%) ainsi que

quelques logements (+/- 6%). Près de la moitié sont des établissements d'un seul étage ou disposent d'un ascenseur.

La moitié des RPA de ce groupe acceptent les gens en fauteuil roulant et le tiers offrent de l'aide pour effectuer les transferts. Seulement 10% ont un ou des leviers. Près de 80% acceptent les gens présentant des déficits cognitifs et 85% acceptent les personnes âgées ayant de légers troubles du comportement. Tandis que 3% d'entre elles acceptent les gens présentant des troubles de comportements d'intensité modérée à sévère. Seulement 45% des RPA de ce groupe acceptent les personnes incontinentes (urinaire) et 31 % ceux incontinentes (fécale).

Un peu plus de 80% offrent des soins d'hygiène. Toutes les RPA de ce groupe offrent les services de préparation des repas, d'entretien ménager et offrent la distribution des médicaments.

Près de 60% des RPA de ce groupe ont du personnel d'assistance jour-soir-nuit. 15% ont une infirmière de jour et moins de 5% en ont une de soir et de nuit. Dans toutes les RPA, il y a quelqu'un de présent la nuit. Toutefois, ce dernier est éveillé que pour la moitié d'entre elles.

D'un point de vue statistique, ce groupe est très homogène.

Groupe D : Appartement de type OSBL sans services pour personnes autonomes.

Son équivalent dans la classification à 5 groupes est le Groupe C.

Ce groupe de RPA est composé dans 58% des cas de grands (30-99 places) et dans 20% des cas de très grands (100 places et plus) établissements. Près de 70% des RPA de ce groupe sont à but **non** lucratif. Elles offrent principalement des appartements 1 ½ et plus, mais certaines offrent aussi des chambres simples (31%). Près de 85% sont des établissements d'un seul étage ou disposent d'un ascenseur.

Près de 71% des RPA de ce groupe acceptent les gens en fauteuil roulant. Toutefois aucune offre de l'aide pour effectuer les transferts ni n'a de levier. 15% acceptent les gens présentant des déficits cognitifs et moins du quart acceptent les personnes âgées présentant de légers troubles du comportement. Aucune d'entre elles acceptent les gens présentant des troubles de comportements d'intensité modérée à sévère. Enfin, aucune n'accepte les personnes incontinentes (urinaire et fécale).

Très peu de RPA de ce groupe offrent les soins d'hygiène (3,4%). Le ¾ des RPA offre les services de préparation des repas, la moitié les services d'entretien ménager et moins de 20% offrent la distribution des médicaments.

Seulement 3,4% ont du personnel d'assistance de jour. Dans 50% des cas, quelqu'un est présent la nuit. Toutefois, ce dernier est éveillé que dans 12% des RPA de ce groupe.

D'un point de vue statistique, l'homogénéité de ce groupe est douteuse.

Groupe E : *Grande résidence privée pour personnes autonomes ou avec légers déficits cognitifs.*
Son équivalent dans la classification à 5 groupes est le Groupe D.

Ce groupe de RPA est composé dans 43% des cas de grands (30-99 places) et dans 50% des cas de très grands (100 places et plus) établissements. Près de 72% des RPA de ce groupe sont à but lucratif. La majorité d'entre elles offrent soit des chambres simples privées ou des logements, mais près du ¼ offrent une combinaison de chambres et de logements. Près de 95% sont des établissements d'un seul étage ou disposent d'un ascenseur.

Près de 65% des RPA de ce groupe acceptent les gens en fauteuil roulant. Toutefois aucune n'offre d'aide pour effectuer les transferts. 10,7% des RPA de ce groupe ont un ou des leviers. Près du 2/3 acceptent les gens présentant des déficits cognitifs. Toutefois, seulement la moitié acceptent les personnes âgées présentant de légers troubles du comportement et aucune d'entre elles acceptent les gens présentant des troubles de comportements d'intensité modérée à sévère. Seulement 10% de ces RPA acceptent les personnes incontinentes urinaires et aucune incontinente fécale.

Près de 55% des RPA de ce groupe offrent des soins d'hygiène et près de 90% offrent des services de préparation des repas, d'entretien ménager et de distribution des médicaments.

Plus de la moitié ont du personnel d'assistance et une infirmière (auxiliaire ou technique) de jour. La moitié a du personnel d'assistance de soir et de jour. Près du tiers ont une infirmière de soir et 15% une infirmière de nuit. Dans presque tous les cas, quelqu'un est présent la nuit et il est éveillé dans 88% de ces RPA.

D'un point de vue statistique, ce groupe est très homogène.

Groupe F : *Grande résidence privée pour personnes âgées en perte d'autonomie.*
Son équivalent dans la classification à 5 groupes est le Groupe E.

Ce groupe de RPA est composé dans près de 41% des cas de grands (30-99 places) et dans près de 30% des cas de très grands (100 places et plus) établissements. Près de 84% des RPA de ce groupe sont à but lucratif. Près du 1/3 ont un contrat de type RTF/RI avec un CSSS. La très grande majorité d'entre elles offrent des chambres simples. Le ¼ offrent des chambres partagées. Le tiers offre une combinaison de chambre et de logements. Près de 83% sont des établissements d'un seul étage ou disposent d'un ascenseur.

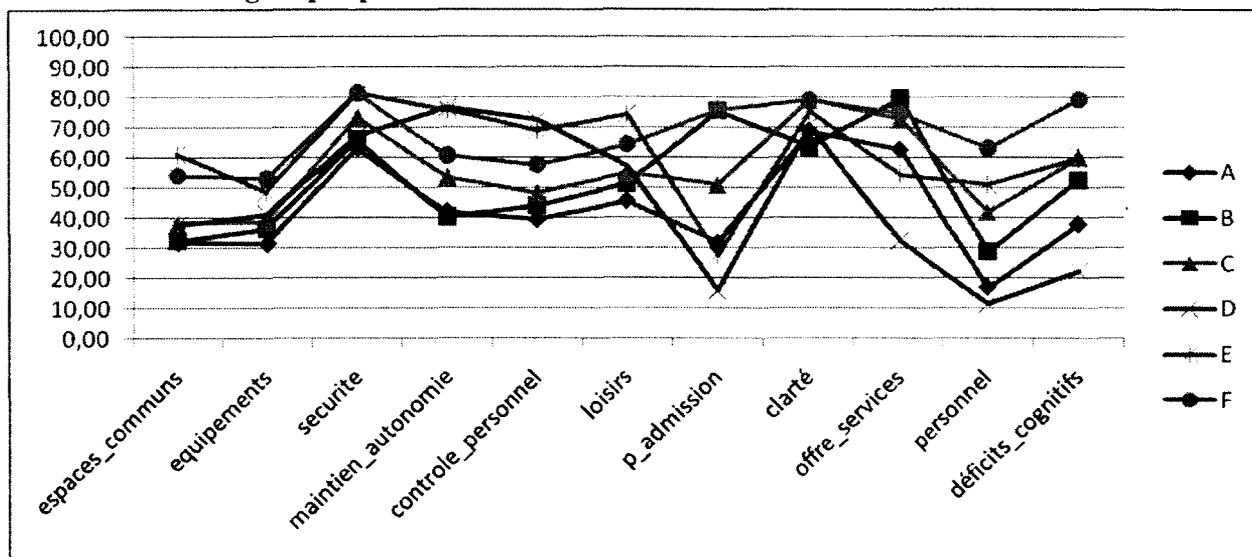
Près de 92% des RPA de ce groupe acceptent les gens en fauteuil roulant et près de 80% offrent de l'aide pour effectuer les transferts. La moitié des RPA de ce groupe ont un ou des leviers. 92% acceptent les gens présentant des déficits cognitifs avec de légers troubles du comportement. Le tiers acceptent les gens présentant des troubles de comportements d'intensité modérée à sévère. Près de 100% de ces RPA acceptent les personnes incontinentes (urinaire) et 80% les personnes incontinentes (fécale).

Presque toutes les RPA de ce groupe offrent des soins d'hygiène, de préparation des repas, les services d'entretien ménager et la distribution de médicaments.

Près de 80% ont du personnel d'assistance jour-soir-nuit. Près de 60% ont une infirmière de jour, 43% de soir et 30% de nuit. Dans tous les cas, quelqu'un est présent la nuit et pour 95% d'entre elles, cette ou ces personnes sont éveillées.

D'un point de vue statistique, ce groupe est très homogène.

Distribution des 6 groupes par scores



PRÉSENTATION DE LA CLASSIFICATION À 7 GROUPES

Général :

Paramètre	Valeur
Stabilité	0,71
Reproductibilité	0,23
Critère d'arrêt	37,11

Groupe A : *Petite résidence privée pour personnes autonomes ou avec légers déficits cognitifs.*

Son équivalent dans la classification à 6 groupes est le Groupe A.

Ce groupe de RPA est composé dans 68% des cas de petites résidences (9 places et moins). Pour 87% d'entre elles, elles sont privées à but lucratif. 90% n'offrent que des chambres simples. 10%

offrent une combinaison de chambres et de logements. Près du tiers sont des établissements d'un seul étage ou disposent d'un ascenseur.

Sauf rares exceptions, ces RPA n'acceptent pas les gens en fauteuil roulant ni ceux nécessitant de l'aide pour effectuer leurs transferts. Seulement 4% des RPA de ce groupe ont un ou des leviers. Moins de la moitié accepte les gens présentant des déficits cognitifs et de légers troubles du comportement. Elles n'acceptent pas les gens présentant des troubles de comportements d'intensité modérée à sévère. Aucune de ces RPA n'accepte les personnes incontinentes (urinaire et fécale).

Un peu plus de 40% de ce groupe offrent des soins d'hygiène. Presque la totalité offre les services de préparation des repas et d'entretien ménager. 84% offrent la distribution des médicaments.

Seulement 10 % des RPA de ce groupe ont du personnel d'assistance de jour et 6% de soir. Dans les autres cas, le propriétaire dispense les services. Dans 98% des RPA, le propriétaire est présent la nuit, mais il est non éveillé.

D'un point de vue statistique, ce groupe est plutôt homogène.

Groupe B : *Petite résidence privée pour personnes âgées en légère perte d'autonomie.*

Son équivalent dans la classification à 6 groupes est le Groupe B, mais assez fortement modifié.

Ce groupe de RPA est composé dans 82,8% des cas de petites résidences (9 places et moins) et dans 16% des cas de moyennes résidences (10-29 places). Pour 87,4% d'entre elles, elles sont privées à but lucratif. Toutefois, 9% ont un contrat de type RTF/RI avec un CSSS. Elles offrent principalement des chambres simples privées, mais quelques unes offrent aussi des chambres partagées (13,8%) ainsi que quelques logements (2%). Près de 20% sont des établissements d'un seul étage ou disposent d'un ascenseur.

Seulement le ¼ des RPA de ce groupe acceptent les gens en fauteuil roulant et la moitié offre de l'aide pour effectuer les transferts. Moins de 10% des RPA de ce groupe ont un ou des leviers. Près de 75% acceptent les gens présentant des déficits cognitifs et presque toutes acceptent les personnes âgées ayant de légers troubles du comportement. Seulement 9% d'entre elles acceptent les gens présentant des troubles de comportements d'intensité modérée à sévère. Moins de la moitié des RPA de ce groupe acceptent les personnes incontinentes (urinaire) et 35% celles incontinentes (fécale).

Près de 88% offrent des soins d'hygiène. Toutes les RPA de ce groupe offrent les services de préparation des repas, d'entretien ménager et presque toutes offrent la distribution des médicaments.

Près de 10% des RPA de ce groupe ont du personnel d'assistance jour-soir-nuit pour aider le propriétaire. Dans 98,9% il y a quelqu'un de présent la nuit. Toutefois, ce dernier est éveillé que dans 8% des cas.

D'un point de vue statistique, ce groupe est homogène.

Groupe C : *Petite-Moyenne résidence privée pour personnes âgées en perte d'autonomie.*

Ce groupe n'a aucun équivalent, c'est le nouveau groupe qui s'est ajouté, formé à partir des modifications du Groupe B.

Ce groupe de RPA est composé dans près de 40% des cas de petites résidences (9 places et moins) et dans 43% des cas de moyennes résidences (10-29 places). Pour 84,4% d'entre elles, elles sont privées à but lucratif. Toutefois, 17% ont un contrat de type RTF/RI avec un CSSS. Elles offrent principalement des chambres simples privées, mais près de 20% offrent aussi des chambres partagées ainsi que quelques logements (8%). Près de 40% sont des établissements d'un seul étage ou disposent d'un ascenseur.

80% des RPA de ce groupe acceptent les gens en fauteuil roulant et plus de 90% offrent de l'aide pour effectuer les transferts. Un peu plus du tiers des RPA de ce groupe ont un ou des leviers. Près de 87% acceptent les gens présentant des déficits cognitifs et presque toutes acceptent les personnes âgées ayant de légers troubles du comportement. Le tiers d'entre elles acceptent les gens présentant des troubles de comportements d'intensité modérée à sévère. Plus de 90% des RPA de ce groupe acceptent les personnes incontinentes (urinaire) et 32% celles incontinentes (fécale).

Près de 95% offrent des soins d'hygiène. Toutes les RPA de ce groupe offrent les services de préparation des repas, d'entretien ménager et presque toutes offrent la distribution des médicaments.

La moitié des RPA de ce groupe ont du personnel d'assistance jour-soir-nuit. Quelques rares exceptions ont une infirmière de jour et de soir. Toutes ont quelqu'un de présent la nuit. Toutefois, quelqu'un est éveillé que pour la moitié d'entre elles.

D'un point de vue statistique, ce groupe est très homogène.

Groupe D : *Moyenne résidence privée pour personnes âgées en légère perte d'autonomie.*

Son équivalent dans la classification à 6 groupes est le Groupe C.

Ce groupe de RPA est composé de près de 46% de moyennes résidences (10-29 places) et de 24% de grandes (30-99 places). Près de 84% des RPA de ce groupe sont privées à but lucratif. 6% ont un contrat de type RTF/RI avec un CSSS. La presque totalité offre des chambres simples privées, mais quelques unes offrent aussi des chambres partagées (16,1%) ainsi que quelques logements (+/- 10%). Près de la moitié sont des établissements d'un seul étage ou disposent d'un ascenseur.

Près de la moitié des RPA de ce groupe acceptent les gens en fauteuil roulant et le quart offrent de l'aide pour effectuer les transferts. Seulement 2% ont un ou des leviers. Près du 3/4 acceptent

les gens présentant des déficits cognitifs et 82% acceptent les personnes âgées ayant de légers troubles du comportement. Tandis que 2% d'entre elles acceptent les gens présentant des troubles de comportements d'intensité modérée à sévère. Seulement 35% des RPA de ce groupe acceptent les personnes incontinentes (urinaire) et 18 % celles incontinentes (fécale).

Un peu plus de 80% offrent des soins d'hygiène. Toutes les RPA de ce groupe offrent les services de préparation des repas, d'entretien ménager et offrent la distribution des médicaments.

Près de 60% des RPA de ce groupe ont du personnel d'assistance jour-soir-nuit. 13% ont une infirmière de jour et moins de 5% en ont une de soir et de nuit. Dans toutes les RPA, il y a quelqu'un de présent la nuit. Toutefois, ce dernier est éveillé que pour 40% d'entre elles.

D'un point de vue statistique, ce groupe est très homogène.

Groupe E : Appartement de type OSBL sans services pour personnes autonomes.

Son équivalent dans la classification à 6 groupes est le Groupe D.

Ce groupe de RPA est composé dans 56% des cas de grands (30-99 places) et dans 25% des cas de très grands (100 places et plus) établissements. Près de 77% des RPA de ce groupe sont à but **non** lucratif. Elles offrent principalement des appartements 1 ½ et plus, mais certaines offrent aussi des chambres simples (19%). Près de 92% sont des établissements d'un seul étage ou disposent d'un ascenseur.

Près de 77% des RPA de ce groupe acceptent les gens en fauteuil roulant. Toutefois aucune offre de l'aide pour effectuer les transferts ni n'a de levier. 10% acceptent les gens présentant des déficits cognitifs et 20% acceptent les personnes âgées présentant de légers troubles du comportement. Aucune d'entre elles acceptent les gens présentant des troubles de comportements d'intensité modérée à sévère. Enfin, aucune n'accepte les personnes incontinentes (urinaire et fécale).

Aucune des RPA de ce groupe offrent les soins d'hygiène. Un peu moins du ¾ des RPA offre les services de préparation des repas, 40% offrent les services d'entretien ménager et moins de 13% offrent la distribution des médicaments.

Sauf une rare exception, aucune n'a de personnel d'assistance ou de soins infirmiers. Dans 42% des cas, quelqu'un est présent la nuit. Toutefois, ce dernier est éveillé que dans 10% des RPA de ce groupe.

D'un point de vue statistique, l'homogénéité de ce groupe est douteuse.

Groupe F : Grande résidence privée pour personnes autonomes ou avec légers déficits cognitifs.
Son équivalent dans la classification à 6 groupes est le Groupe E.

Ce groupe de RPA est composé dans 42% des cas de grands (30-99 places) et dans près de 50% des cas de très grands (100 places et plus) établissements. Près de 72% des RPA de ce groupe sont à but lucratif. La majorité d'entre elles offrent soit des chambres simples privées ou des logements, mais 30% offrent une combinaison de chambres et de logements. 93% sont des établissements d'un seul étage ou disposent d'un ascenseur.

Près de 65% des RPA de ce groupe acceptent les gens en fauteuil roulant. Toutefois que quelques unes offrent de l'aide aux personnes pour effectuer leurs transferts. Moins de 10% des RPA de ce groupe ont un ou des leviers. Près du 2/3 acceptent les gens présentant des déficits cognitifs. Toutefois, seulement la moitié acceptent les personnes âgées présentant de légers troubles du comportement et aucune d'entre elles acceptent les gens présentant des troubles de comportements d'intensité modérée à sévère. Seulement 10% de ces RPA acceptent les personnes incontinentes urinaires et aucune incontinente fécale.

Un peu plus de la moitié des RPA de ce groupe offrent des soins d'hygiène et près de 90% offrent des services de préparation des repas, d'entretien ménager et de distribution des médicaments.

Plus de la moitié ont du personnel d'assistance jour-soir-nuit et une infirmière (auxiliaire ou technique) de jour. Près du tiers ont une infirmière de soir et 14% une infirmière de nuit. Dans presque tous les cas, quelqu'un est présent la nuit et il est éveillé dans 84% de ces RPA.

D'un point de vue statistique, ce groupe est très homogène.

Groupe G : Grande résidence privée pour personnes âgées en perte d'autonomie.
Son équivalent dans la classification à 6 groupes est le Groupe F.

Ce groupe de RPA est composé dans la moitié des cas de grands (30-99 places) et dans près de 34% des cas de très grands (100 places et plus) établissements. Près de 82% des RPA de ce groupe sont à but lucratif. Près de 30% ont un contrat de type RTF/RI avec un CSSS. La très grande majorité d'entre elles offrent des chambres simples. Le ¼ offrent des chambres partagées. Le tiers offre une combinaison de chambre et de logements. Près de 92% sont des établissements d'un seul étage ou disposent d'un ascenseur.

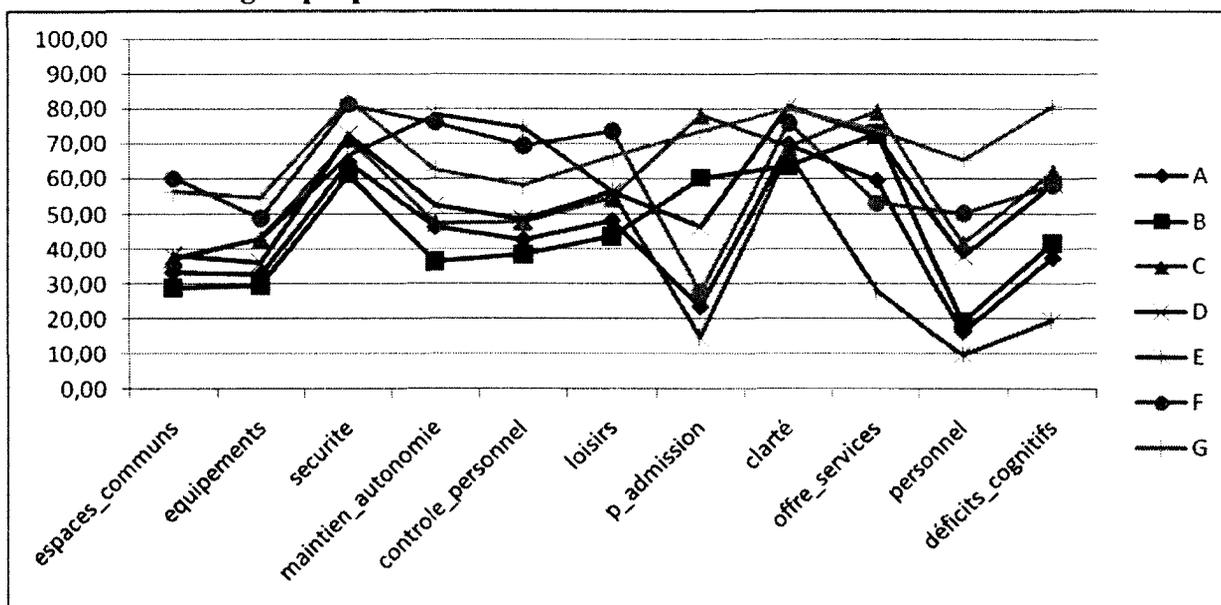
Près de 92% des RPA de ce groupe acceptent les gens en fauteuil roulant et près des ¾ offrent de l'aide pour effectuer les transferts. Plus de la moitié des RPA de ce groupe ont un ou des leviers. 93% acceptent les gens présentant des déficits cognitifs avec de légers troubles du comportement. Le tiers acceptent les gens présentant des troubles de comportements d'intensité modérée à sévère. Près de 100% de ces RPA acceptent les personnes incontinentes (urinaire) et 80% les personnes incontinentes (fécale).

Presque toutes les RPA de ce groupe offrent des soins d'hygiène, de préparation des repas, les services d'entretien ménager et la distribution de médicaments.

Près de 85% ont du personnel d'assistance jour-soir-nuit. Près de 65% ont une infirmière de jour, 46% de soir et 34% de nuit. Dans tous les cas, quelqu'un est présent la nuit et pour 97% d'entre elles, cette ou ces personnes sont éveillées.

D'un point de vue statistique, ce groupe est très homogène.

Distribution des 7 groupes par scores



ANNEXES

Synthèse de la classification à 5 groupes

	A	B	C	D	E
Taille	P	P	G	G	G
Unités	Chambre	Chambre	App	Ch-App	Ch-App
Faut. roulant	NON	+/-	OUI	+/-	OUI
Aide transfert	NON	OUI	NON	NON	OUI
Déficits cognitifs	+/-	OUI	NON	+/-	OUI
Tr cmpt légers	+/-	OUI	NON	+/-	OUI
Tr cmpt sévères	NON	NON	NON	NON	NON
Inc urinaire	NON	OUI	NON	NON	OUI
Inc fécale	NON	+/-	NON	NON	OUI
Nb services /4	3	4	1	3	4
Présence 24h	OUI	OUI	+/-	OUI	OUI
Éveillée?	NON	NON	NON	OUI	OUI
Pers. assistance	NON	+/-	NON	OUI	OUI
Pers. infirmier	NON	NON	NON	OUI	OUI

Synthèse de la classification à 6 groupes

	A	B	C	D	E	F
Taille	P	P	M	G	G	G
Unités	Chambre	Chambre	Chambre	App	Ch-App	Ch-App
Faut. roulant	NON	+/-	+/-	OUI	+/-	OUI
Aide transfert	NON	OUI	NON	NON	NON	OUI
Déficits cognitifs	+/-	OUI	OUI	NON	+/-	OUI
Tr cmpt légers	+/-	OUI	OUI	NON	+/-	OUI
Tr cmpt sévères	NON	NON	NON	NON	NON	NON
Inc urinaire	NON	OUI	NON	NON	NON	OUI
Inc fécale	NON	OUI	NON	NON	NON	OUI
Nb services /4	3	4	4	1	3	4
Présence 24h	OUI	OUI	OUI	+/-	OUI	OUI
Éveillée?	NON	NON	NON	NON	OUI	OUI
Pers. assistance	NON	NON	OUI	NON	OUI	OUI
Pers. infirmier	NON	NON	NON	NON	OUI	OUI

Synthèse de la classification à 7 groupes

	A	B	C	D	E	F	G
Taille	P	P	P-M	M	G	G	G
Unités	Chambre	Chambre	Chambre	Chambre	App	App	Ch-App
Faut. roulant	NON	NON	OUI	NON	OUI	+/-	OUI
Aide transfert	NON	+/-	OUI	NON	NON	NON	OUI
Déficits cognitifs	NON	OUI	OUI	OUI	NON	+/-	OUI
Tr cmpt légers	NON	OUI	OUI	OUI	NON	+/-	OUI
Tr cmpt sévères	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON
Inc urinaire	NON	NON	OUI	NON	NON	NON	OUI
Inc fécale	NON	NON	OUI	NON	NON	NON	OUI
Nb services /4	3	4	4	4	1	3	4
Présence 24h	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI
Éveillée?	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	OUI
Pers. assistance	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI	OUI
Pers. infirmier	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	OUI

Cas à discuter...

