

Mandat sur la performance des soins
et services aux aînés - COVID-19

Portrait: les milieux de vie pour aînés au Québec

Mandat sur la performance des soins
et services aux aînés – COVID-19

Portrait: les milieux de vie pour aînés au Québec

Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) contribue à la santé et au bien-être de la population en éclairant, avec transparence et impartialité, le débat public et la prise de décision gouvernementale pour un système de santé qui remplit durablement son rôle. L'approche du CSBE repose sur le dialogue et la collaboration de tous les acteurs de la société québécoise, afin de déceler les problèmes qui nuisent à la bonne performance du système de santé et de services sociaux. Pour répondre aux besoins des citoyennes et citoyens, le CSBE favorise l'adaptabilité du système de santé et des services sociaux en contribuant à faire tomber les barrières systémiques à l'innovation, en encourageant la participation citoyenne, en considérant les enjeux éthiques et en soutenant le passage à l'action.

Édition

Commissaire à la santé et au bien-être

880, Chemin Ste-Foy, bureau 4.40
Québec (Québec) G1S 2L2

Courriel: csbe@csbe.gouv.qc.ca

Le présent document est disponible en version électronique dans la section Publications du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être: www.csbe.gouv.qc.ca.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021
ISBN: 978-2-550-89954-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2021

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Commissaire

Joanne Castonguay

Commissaire à la santé et au bien-être

Recherche et rédaction

Équipe Éthique et réglementation

Révision linguistique

Anglocom

Édition

Direction des communications

Graphisme

Pro-Actif

TABLE DES MATIÈRES

Liste des sigles et acronymes	6
Introduction.....	7
Organisation du Système de santé et de services sociaux du Québec	8
Portrait des CHSLD au Québec	14
CHSLD publics	15
CHSLD privés conventionnés.....	16
CHSLD privés non conventionnés	17
Ententes de services public-privé	17
Portrait des RI et des RTF	20
RI.....	21
RTF	22
Services offerts en RI et en RTF.....	22
Les ententes du MSSS et des Centres intégrés avec les RI et les RTF	24
Portrait des RPA	27
Services offerts en RPA	27
Ententes de services public-privé.....	28
Constats.....	29
Annexes.....	30
RÉFÉRENCES.....	36

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CHU	Centre hospitalier universitaire
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
GMF	Groupe de médecine de famille
LMRSSS	<i>Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales</i>
LMSSS	<i>Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux</i>
LSSSS	<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>
LRR	<i>Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
RI	Ressource intermédiaire
RPA	Résidence privée pour aînés
RLS	Réseau local de services
RTF	Ressource de type familial
RTS	Réseau territorial de services
SSSS	Système de santé et de services sociaux

INTRODUCTION

Ce portrait des milieux de vie pour aînés au Québec vise à expliquer et à définir l'organisation, le financement et les services offerts dans les milieux de vie suivants: centre d'hébergement et de soins de longue durée (« CHSLD »), ressource intermédiaire (« RI »), ressource de type familial (« RTF ») et résidence privée pour aînés (« RPA »). Les milieux de vie de type « maison des aînés » ne sont pas couverts par le présent portrait.

L'équipe du Commissaire à la santé et au bien-être publie le présent portrait comme un document de référence pour la population en prévision du rapport qui sera produit dans le cadre de son mandat spécial. De plus, elle a jugé pertinent de publier ce portrait puisque très peu de documents – gouvernementaux ou autres – offrent une vue d'ensemble des différents milieux de vie pour aînés au Québec.

Ce portrait présente les milieux de vie pour aînés au Québec comme ils sont prévus dans la loi, les règlements et les politiques du ministère de la Santé et des Services sociaux (« MSSS »).

Dans le présent portrait, le terme aîné est utilisé pour désigner les personnes âgées de 65 ans et plus.

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

Au Québec, le Système de santé et de services sociaux (« SSSS ») est le système qui regroupe l'ensemble des services de santé et des services sociaux offerts à la population par l'État québécois et ses partenaires (MSSS, 2019a). Le SSSS comprend donc le ministère de la Santé et des Services sociaux (« MSSS »), les établissements non fusionnés¹, les Centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux (« Centres intégrés »), également désignés sous l'appellation CISSS et CIUSSS, ainsi que leurs nombreux partenaires².

Depuis la dernière réforme intervenue en 2015, le SSSS se divise en deux paliers de gestion, soit le MSSS et les Centres intégrés (*Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (ci-après « LMRSSS »), art. 3; MSSS, 2019a). Le premier palier, soit celui du MSSS, est responsable, pour l'ensemble du Québec, de coordonner les activités du SSSS, d'en déterminer les orientations ainsi que d'y répartir les ressources financières, humaines et matérielles (*Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux* (ci-après « LMSSS »), art. 2-3; MSSS, 2019b). Le deuxième palier, à caractère plus régional, est constitué des Centres intégrés. Selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (ci-après « LSSSS »)³, les Centres intégrés offrent leurs services par le biais de différentes installations ayant chacune une mission précise: centre hospitalier, centre local de services communautaires (« CLSC »), centre de réadaptation, centre d'hébergement et de soins de longue durée (« CHSLD »), centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (« CPEJ ») (LSSSS, art. 79).

Chacun des Centres intégrés exerce ses fonctions dans un Réseau territorial de services (« RTS ») qui correspond au territoire couvert par un Centre intégré. Les RTS se divisent ensuite en Réseaux locaux de services (« RLS »). La division en RLS vise à responsabiliser tous les intervenants de ce réseau afin que des services de proximité soient offerts de façon continue et intégrée à l'ensemble de la population québécoise; il s'agit d'une composante du principe de responsabilité populationnelle (LSSSS, art. 99.3; MSSS, 2019c).

1 Les établissements non fusionnés regroupent les centres hospitaliers universitaires (à l'exception du CHU de Sherbrooke), les instituts universitaires, l'Institut de Cardiologie de Montréal, l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel ainsi que les établissements desservant une population nordique et autochtone, à l'exception du CLSC Naskapie.

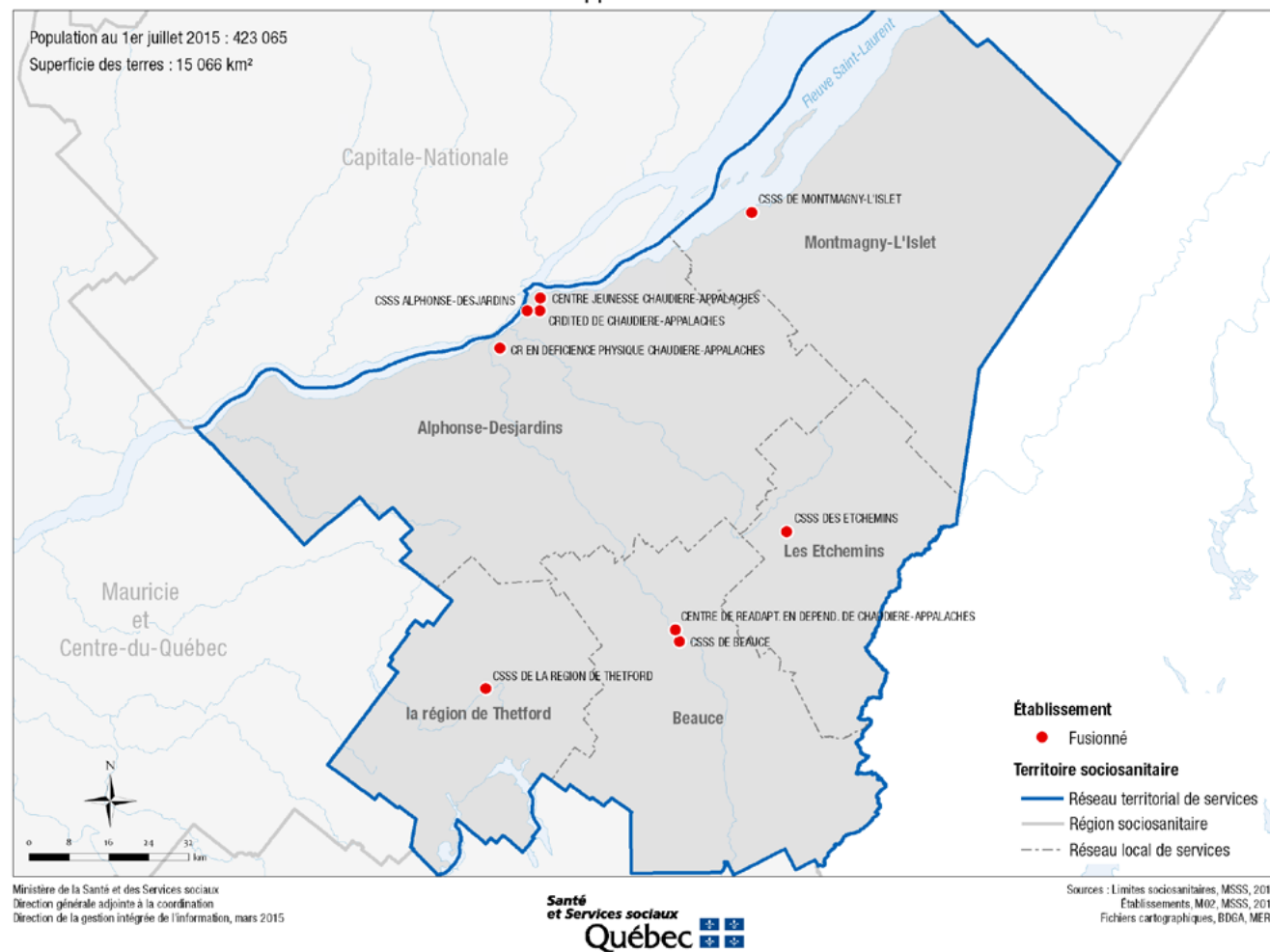
2 Les partenaires sont: les cliniques médicales privées, les groupes de médecine de famille (GMF), les pharmacies communautaires, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les établissements et autres ressources privés, comme les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou les résidences privées pour aînés (RPA), les ressources non institutionnelles, c'est-à-dire les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF), les centres hospitaliers et les instituts universitaires non fusionnés qui offrent des services spécialisés ou surspécialisés à la population et les partenaires d'autres secteurs d'activité (scolaire, municipal, emploi, etc.).

3 Avec les ajustements apportés par la LMRSSS.

Voici, à titre d'illustration, une représentation graphique du RTS de Chaudière-Appalaches.

RSS 12 - Réseau territorial de services de Chaudière-Appalaches

RSS 12 - Réseau territorial de services de Chaudière-Appalaches

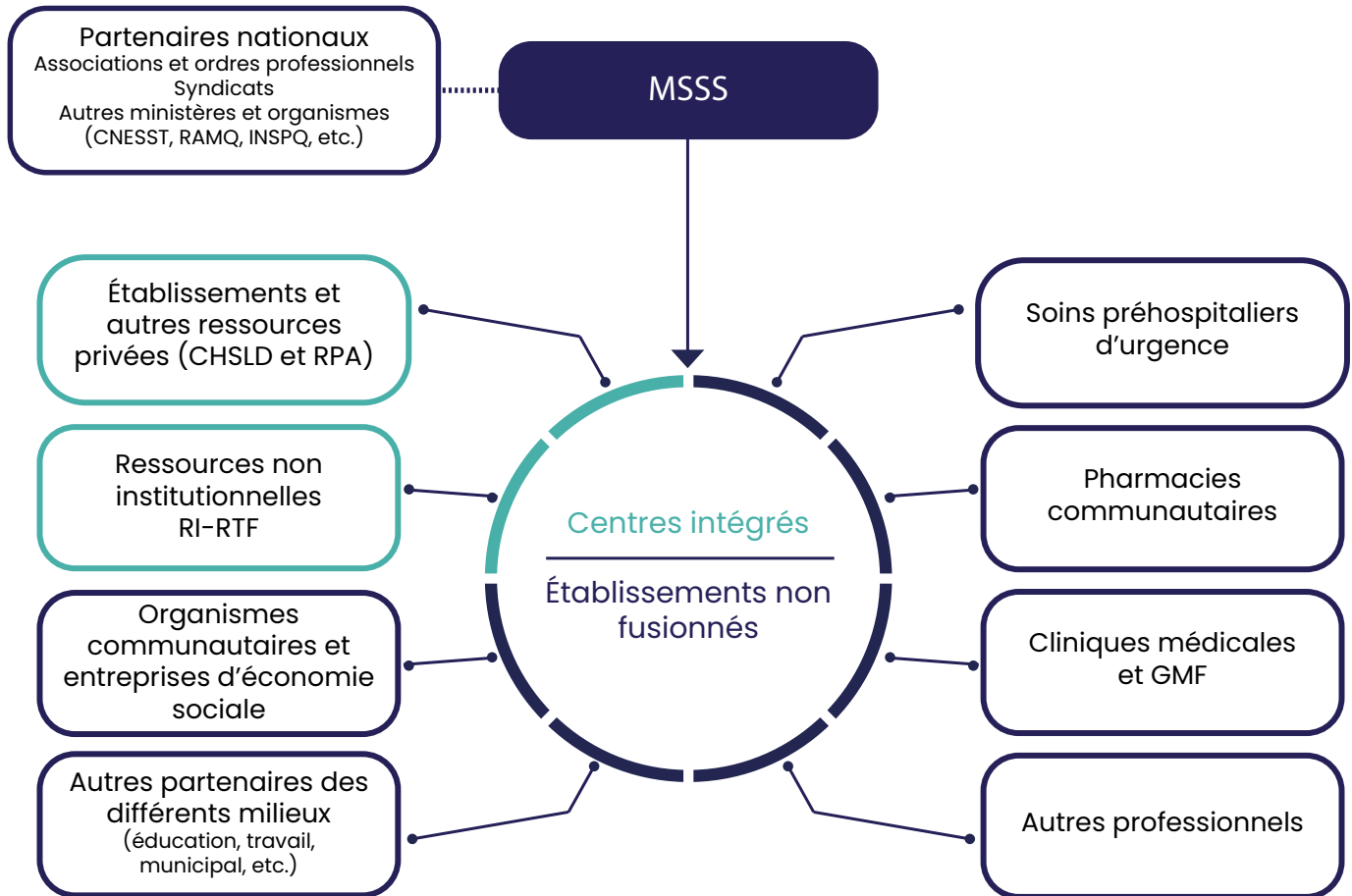


Les Centres intégrés ont la responsabilité – tant sur le plan sanitaire que social – de s'assurer que des services de qualité sont offerts à la population de leur RTS, et ce, en fonction de ses besoins et réalités (LSSSS, art. 100-101; MSSS, 2019b). Ainsi, afin de réaliser cet objectif principal, les Centres intégrés doivent, en plus de dispenser différents services de santé et services sociaux, coordonner la prise en charge de la population dont ils sont responsables; il s'agit, encore une fois, d'une composante du principe de responsabilité populationnelle. Pour ce faire, ils doivent conclure des ententes avec les partenaires du réseau présents sur leur RTS, notamment avec les entreprises d'économie sociale et les CHSLD privés non conventionnés (LSSSS, art. 99.4 et 99.7; LMRSSS, art. 38-39 et 81; MSSS, 2019c). Les Centres intégrés ont également la responsabilité de délivrer certaines certifications, comme celle nécessaire à l'exploitation d'une résidence privée pour aînés («RPA») (LSSSS, art. 346.0.1, 346.0.2 et 346.0.4; LMRSSS; *Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés* (ci-après «Règlement RPA»)).

Le MSSS, les Centres intégrés et leurs partenaires partagent donc, collectivement, une responsabilité à l'égard des services de santé et des services sociaux devant être offerts à la population québécoise.

Voici une représentation schématique du SSSS, dans laquelle on retrouve le MSSS, les Centres intégrés et leurs différentes installations ainsi que leurs partenaires.

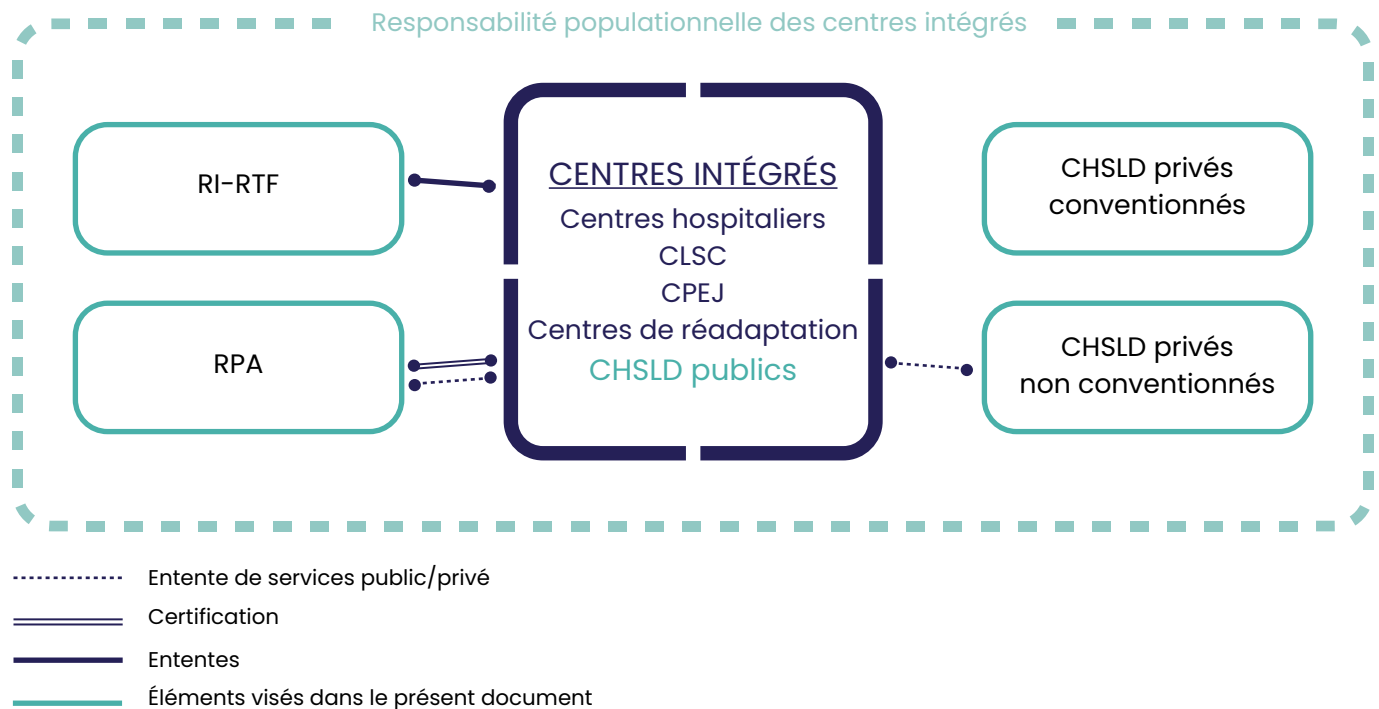
Structure du système de santé et de services sociaux



— Éléments visés dans le présent document

Voici une représentation schématique des acteurs offrant des services d'hébergement pour aînés, soit les Centres intégrés et certaines de leurs installations ainsi que certains de leurs partenaires.

Structure des services d'hébergement pour aînés



Plus précisément, voici la mission ou la définition légale de certaines installations d'un Centre intégré et des partenaires qui interviennent d'une quelconque façon dans l'offre de services d'hébergement pour aînés.

Légende:

- Éléments non visés dans le présent document
 — Éléments visés dans le présent document

Centre hospitalier⁴

Offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

⁴ Les centres hospitaliers universitaires ne sont toutefois pas des installations d'un Centre intégré; ils sont des établissements à part entière, à l'exception du CHUS. Par ailleurs, ces centres hospitaliers ont également une mission d'enseignement et de recherche.

Centre local de services communautaires (CLSC)

Offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

La mission d'un tel centre est également de réaliser des activités de santé publique sur son territoire.

Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

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.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations.

La mission d'un tel centre peut comprendre l'exploitation d'un centre de jour ou d'un hôpital de jour.

Les CHSLD peuvent être publics, auquel cas ils sont des installations d'un Centre intégré. Les CHSLD peuvent également être privés, conventionnés ou non conventionnés, auquel cas ils sont des établissements et sont considérés comme des partenaires du réseau.

Ressources intermédiaires (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 un Centre intégré 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.

Les ressources intermédiaires comprennent :

- Les RI appartement supervisé;
- Les RI maison d'accueil;
- Les RI résidence de groupe;
- Les RI maison de chambre;
- Les autres types d'organisations résidentielles.

Ressources de type familial (RTF)

Les ressources de type familial se composent des familles d'accueil et des résidences d'accueil.

Peuvent être reconnues à titre de résidence d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence 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.

Résidences privées pour aînés (RPA)

Tout ou partie d'un immeuble d'habitation collective occupé ou destiné à être occupé principalement par des personnes âgées de 65 ans et plus et où sont offerts par l'exploitant de la résidence, outre la location de chambres ou de logements, différents services compris dans au moins deux des catégories de services suivantes, définies par règlement: services de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs. Le coût de ces services peut être inclus dans le loyer ou être payé suivant un autre mode.

PORTRAIT DES CHSLD AU QUÉBEC

Les CHSLD peuvent être publics ou privés. Lorsqu'ils sont publics, les CHSLD sont administrés par un Centre intégré puisqu'il s'agit, dans ce cas, d'une installation du Centre intégré; le Centre intégré est à son tour administré par un conseil d'administration et plusieurs comités constitués en vertu de la loi. Lorsqu'ils sont privés, les CHSLD sont administrés par leur propriétaire, soit une entité privée; cette entité doit collaborer avec le Centre intégré du RTS dans lequel elle offre des services. Les CHSLD privés peuvent être conventionnés ou non conventionnés (LSSSS, art. 94, 97, 98, 99, 99.3, 99.4 et 101; LMRSSS).

Les CHSLD publics, étant des installations d'un Centre intégré, n'ont donc pas le statut juridique d'établissement; c'est le Centre intégré qui possède ce statut. Les CHSLD privés, conventionnés et non conventionnés, ont le statut juridique d'établissement (LSSSS, art. 79, 94, 97, 98 et 99).

Selon la LSSSS, la mission d'un CHSLD est d'offrir « 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 » (LSSSS, art. 83). Selon la jurisprudence québécoise, cette mission confiée aux CHSLD par la LSSSS « est donc plus qu'un objectif vague et général vers lequel ils doivent tendre; elle est ici synonyme d'obligations » (Regroupement des CHSLD Christ-Roi (Centre hospitalier, soins longue durée) c. Comité provincial des malades, 2007).

C'est dans les CHSLD que l'on retrouve les aînés en grande perte d'autonomie. Les places en CHSLD sont attribuées selon le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (« SMAF »), qui a été instauré dans tous les établissements au début des années 2000. Le SMAF évalue 29 fonctions (couvrant les activités quotidiennes, la mobilité, les communications, les fonctions cognitives et les activités de la vie domestique) et classe les personnes sur une échelle de 1 (faible perte d'autonomie) à 14 (forte dépendance). Le profil iso-SMAF des aînés admis en CHSLD devrait généralement être de 10 à 14 (MSSS, 2018a); c'est chez ces personnes que les besoins sont les plus grands. Les personnes ayant un profil inférieur sont plutôt orientées vers d'autres ressources, notamment les ressources intermédiaires (« RI »), les ressources de type familial (« RTF ») et les RPA; elles peuvent également recevoir des soins à domicile ou l'aide d'une personne proche aidante (Borgès Da Silva, 2020).

Comme mentionné précédemment, il existe trois types de CHSLD au Québec: les CHSLD publics, les CHSLD privés conventionnés et les CHSLD privés non conventionnés.

Pour l'année 2019-2020, on compte au Québec (MSSS, 2021a):

- 31 725 lits en CHSLD publics;
- 6 168 lits en CHSLD privés conventionnés;
- 3 989 lits en CHSLD privés non conventionnés.

Ainsi, il y a un total de 41 882 lits en CHSLD au Québec; la très grande majorité de ces places sont occupées par des aînés⁵. Également, à titre indicatif, le Québec comptait, en 2020, 1 691 483 aînés (Institut de la statistique du Québec, 2020). Donc, un peu plus de 2% de ce groupe de la population est hébergé en CHSLD.

⁵ En effet, au 31 mars 2019, 92% des places en CHSLD publics et privés conventionnés étaient occupées par des personnes de 65 ans et plus: MSSS, *Réponses aux questions particulières de l'Opposition officielle, Étude des crédits 2020-2021, Réponse n° 213*.

Conformément à la LSSSS, afin d'exercer les activités propres à la mission d'un CHSLD, il est obligatoire de détenir un permis délivré par le MSSS (LSSSS, art. 94, 437 et 438; LMRSSS; MSSS, 2016a).

Dans les prochaines sections, les différents types de CHSLD seront distingués selon leur statut (public ou privé), leur financement et le montant payé par les personnes hébergées. Précisons d'emblée que les normes entourant l'offre et la qualité des services sont les mêmes dans tous les types de CHSLD.

CHSLD publics

Statut. Les CHSLD publics sont administrés par les Centres intégrés (LSSSS, art. 94 et 98; LMRSSS). Ils font donc partie du réseau public de la santé et des services sociaux. Ainsi, les personnes hébergées en CHSLD publics sont des usagers du réseau public. Les places en CHSLD publics sont donc octroyées selon le système d'admission des Centres intégrés (LSSSS, art. 355; LMRSSS, art. 46 et 83).

Financement. Les CHSLD publics sont financés par des fonds publics. De plus, en raison de la contribution que doivent payer les personnes hébergées, ces fonds publics proviennent, en partie et de façon indirecte, de ces contributions (LSSSS, art. 513; LMRSSS, art. 46 et 83; RAMQ, 2020a).

Contribution payée par les personnes hébergées. La Régie de l'assurance-maladie du Québec («RAMQ») établit la contribution financière mensuelle qui sera exigée de chaque personne hébergée dans un CHSLD public conformément aux dispositions réglementaires. La contribution doit être payée au Centre intégré qui héberge l'utilisateur. Pour évaluer cette contribution, la RAMQ doit tenir compte de la catégorie de chambre de la personne hébergée et de sa capacité de payer (RAMQ, 2020a; LSSSS, art. 619.41; *Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (ci-après «Règlement d'application LSSSS autochtones cris»), *Règlement sur la contribution des usagers des établissements de santé et de services sociaux* (ci-après «Règlement sur la contribution»)).

La contribution qui est exigée des personnes hébergées répond à un souci d'équité entre les aînés en milieux de vie et ceux qui vivent à leur domicile. En effet, même si des aînés sont hébergés dans un établissement financé par le réseau public, ils doivent assumer une part financière des frais liés au gîte et à l'alimentation (RAMQ, 2020a; Regroupement des CHSLD Christ-Roi (Centre hospitalier, soins longue durée) c. Comité provincial des malades, 2007; LSSSS, art. 512).

Tous les soins, services de santé et services sociaux qui répondent aux besoins des personnes hébergées et qui correspondent à la mission d'un CHSLD prévue dans la LSSSS sont offerts aux personnes hébergées sans qu'elles aient à déboursier un montant autre que celui fixé par la RAMQ pour leur contribution, laquelle est principalement liée au gîte et à l'alimentation et non aux soins et services de santé. Il s'agit ainsi de l'application du principe de la gratuité des soins de santé. Toutefois, des services supplémentaires peuvent être offerts aux personnes hébergées selon leur volonté⁶. Ces services sont alors aux frais des usagers (LSSSS, art. 105 et 619.41; *Règlement d'application LSSSS autochtones cris*, art. 346; Regroupement des CHSLD Christ-Roi (Centre hospitalier, soins longue durée) c. Comité provincial des malades, 2007).

⁶ Par exemple, un service de coiffure, un téléviseur, des soins chiropratiques, etc.

CHSLD privés conventionnés

Statut. Les CHSLD privés conventionnés sont administrés par un particulier ou une entité privée qui en est propriétaire et qui doit détenir un permis délivré par le MSSS (LSSSS, art. 99, 437 et 475; LMRSSS; MSSS, 2016a). En tant qu'établissements privés conventionnés, les CHSLD privés conventionnés hébergent des usagers du réseau public qui sont placés par un Centre intégré. Les places dans ces CHSLD sont donc octroyées selon le système d'admission des Centres intégrés (LSSSS, art. 355; LMRSSS, art. 46 et 83).

Financement. Les CHSLD privés conventionnés sont financés par des fonds publics en vertu d'une convention conclue avec le MSSS (LSSSS, art. 475; LMRSSS, art. 216). En raison de la contribution que doivent payer les personnes hébergées, ces fonds publics proviennent, en partie et de façon indirecte, de ces contributions (LSSSS, art. 513; LMRSSS, art. 46 et 83; RAMQ, 2020a). Les CHSLD privés conventionnés doivent offrir des soins et services aux usagers placés par les Centres intégrés et reçoivent, en contrepartie, une subvention de la part du réseau public (LSSSS, art. 475 et 476). Les soins et services offerts par les CHSLD privés conventionnés doivent répondre aux besoins des usagers placés par les Centres intégrés et doivent correspondre à la mission d'un CHSLD prévue dans la LSSSS (Regroupement des CHSLD Christ-Roi (Centre hospitalier, soins longue durée) c. Comité provincial des malades, 2007).

Contribution payée par les personnes hébergées. La RAMQ établit la contribution financière mensuelle qui sera exigée de chaque personne hébergée dans un CHSLD privé conventionné conformément aux dispositions réglementaires. La contribution doit être payée au Centre intégré qui héberge l'usager. Pour évaluer cette contribution, la RAMQ doit tenir compte de la catégorie de chambre de la personne hébergée et de sa capacité de payer (RAMQ, 2020a, LSSSS, art. 619.41; Règlement d'application LSSSS autochtones cris; Règlement sur la contribution).

La contribution qui est exigée des personnes hébergées répond à un souci d'équité entre les aînés en milieux de vie et ceux qui vivent à leur domicile. En effet, même si des aînés sont hébergés dans un établissement financé par le réseau public, ils doivent assumer une part financière des frais liés au gîte et à l'alimentation (RAMQ, 2020a; Regroupement des CHSLD Christ-Roi (Centre hospitalier, soins longue durée) c. Comité provincial des malades, 2007).

Tous les soins, services de santé et services sociaux qui répondent aux besoins des personnes hébergées et qui correspondent à la mission d'un CHSLD prévue dans la LSSSS sont offerts aux personnes hébergées sans qu'elles aient à déboursier un montant autre que celui fixé par la RAMQ pour leur contribution, laquelle est principalement liée au gîte et à l'alimentation et non aux soins et services de santé. Il s'agit ainsi de l'application du principe de la gratuité des soins de santé. Toutefois, des services supplémentaires peuvent être offerts aux personnes hébergées selon leur volonté⁷. Ces services sont alors aux frais des usagers (LSSSS, art. 105 et 619.41; Règlement d'application LSSSS autochtones cris, art. 346; Regroupement des CHSLD Christ-Roi (Centre hospitalier, soins longue durée) c. Comité provincial des malades, 2007).

7 Par exemple, un service de coiffure, un téléviseur, des soins chiropratiques, etc.

CHSLD privés non conventionnés

Statut. Les CHSLD privés non conventionnés sont administrés par un particulier ou une entité privée qui en est propriétaire (LSSSS, art. 99; LMRSSS; Protecteur du citoyen, 2019). Il s'agit d'entreprises privées, indépendantes et autonomes qui doivent détenir un permis délivré par le MSSS (LSSSS, art. 437; MSSS, 2016a). Les CHSLD privés non conventionnés hébergent des personnes qui ne sont pas des usagers du réseau public⁸. Les personnes hébergées sont donc admises directement par le CHSLD, sans passer par le système d'admission des Centres intégrés.

Financement. Les CHSLD privés non conventionnés sont entièrement financés par la contribution des personnes hébergées, ils ne reçoivent aucune subvention du réseau public⁹ (MSSS, 2016a). Le propriétaire est responsable de la promotion de son entreprise ainsi que du financement qui y est associé.

Contribution payée par les personnes hébergées. Le montant de la contribution est établi par l'entreprise privée et peut varier d'un établissement à l'autre, en fonction des besoins des personnes hébergées et des services offerts. Les personnes hébergées doivent payer leur contribution directement au CHSLD privé non conventionné qui les accueille. Les personnes hébergées assument donc entièrement les frais liés au gîte, à l'alimentation ainsi qu'aux soins et services reçus (MSSS, 2016a).

Tous les soins, services de santé et services sociaux qui répondent aux besoins des personnes hébergées et qui correspondent à la mission d'un CHSLD prévue dans la LSSSS doivent être offerts aux personnes hébergées sans qu'elles aient à déboursier un montant autre que celui fixé par l'établissement pour leur contribution (Regroupement des CHSLD Christ-Roi (Centre hospitalier, soins longue durée) c. Comité provincial des malades, 2007). Des services supplémentaires peuvent être offerts aux personnes hébergées; il revient à l'établissement de décider s'ils sont compris dans le prix de base ou si des frais supplémentaires s'appliquent.

Ententes de services public-privé

Un CHSLD privé non conventionné peut «détenir une entente de services pour l'achat de services d'hébergement et de soins de longue durée avec le réseau de la santé à la suite d'un appel d'offres public» (MSSS, 2016a; LSSSS, art. 454).

Dans les faits, lorsqu'un Centre intégré conclut une entente de services avec un CHSLD privé non conventionné, il achète un nombre fixe de places dans ce CHSLD pour une durée déterminée. Les CHSLD privés non conventionnés doivent offrir des soins et services aux usagers placés par les Centres intégrés et reçoivent, en contrepartie, une indemnité pour chaque personne hébergée selon les modalités prévues dans l'appel d'offres. Les soins et services offerts par les CHSLD privés non conventionnés doivent répondre aux besoins des usagers placés par les Centres intégrés, doivent correspondre à la mission d'un CHSLD prévue dans la LSSSS et doivent respecter les exigences prévues dans l'entente de services (LSSSS, art. 454; Regroupement des CHSLD Christ-Roi (Centre hospitalier, soins longue durée) c. Comité provincial des malades, 2007).

8 À l'exception des usagers placés en CHSLD privés non conventionnés dans le cadre d'une entente de services avec un Centre intégré.

9 Sauf s'il y a une entente de services public-privé.

Ces usagers placés en CHSLD privés non conventionnés par un Centre intégré ont le même statut que ceux placés en CHSLD publics et privés conventionnés, c'est-à-dire celui d'usager du réseau public.

Selon la Circulaire 2018-019 du MSSS (MSSS, 2018b), les Centres intégrés doivent suivre les modèles d'appel d'offres émis par le MSSS pour l'achat de places en CHSLD privés non conventionnés. Cette circulaire prévoit également les prix plafonds pour lesquels les Centres intégrés peuvent effectuer l'achat de lits en CHSLD privés non conventionnés.

En analysant les modèles d'appel d'offres, on remarque que l'entente de services entre le Centre intégré et le CHSLD privé non conventionné couvre l'ensemble des services offerts aux personnes hébergées, à l'exception des services supplémentaires qu'elles peuvent demander.

Il semble impossible d'obtenir le pourcentage total de places achetées par le réseau public en CHSLD privés non conventionnés. Il n'existe aucun système d'information centralisé permettant de connaître le nombre de places achetées, en temps réel, par les Centres intégrés.

Soins et services offerts en CHSLD

Soins et services offerts :

Les soins et services offerts en CHSLD publics, privés conventionnés et privés non conventionnés doivent tous répondre aux besoins des personnes hébergées et doivent correspondre à la mission d'un CHSLD prévue dans la LSSSS¹⁰ (LSSSS, art. 100, 101 et 105; Regroupement des CHSLD Christ-Roi (Centre hospitalier, soins longue durée) c. Comité provincial des malades, 2007). Selon un document d'information du MSSS, les soins et services suivants doivent être fournis aux personnes hébergées en CHSLD (MSSS, 2021a) :

- Services d'hébergement;
- Services d'alimentation et de nutrition;
- Soins infirmiers;
- Soins médicaux;
- Soins pharmaceutiques;
- Service d'animation-loisirs;
- Service de pastorale;
- Service d'adaptation et de réadaptation;
- Services psychosociaux;
- Services d'hygiène, de salubrité et de lavage.

¹⁰ Sur cette question, la Cour d'appel du Québec indique que « [la] mission que le législateur confie aux CHSLD est [...] plus qu'un objectif vague et général vers lequel ils doivent tendre; elle est ici synonyme d'obligations. Les CHSLD ont une tâche à accomplir, et cette tâche est décrite à l'article 83 [LSSSS] »: *Procureur général du Québec c. Vigi Santé Itée*, [1999] R.J.Q. 999, repris dans *Regroupement des CHSLD Christ-Roi (Centre hospitalier, soins longue durée) c. Comité provincial des malades*, 2007 QCCA 1068.

D'autres services supplémentaires peuvent être offerts aux personnes hébergées en CHSLD, notamment un service de coiffure, un téléviseur, des services de massage ou de chiropratique, etc. En CHSLD publics et privés conventionnés, ces services supplémentaires sont à la charge de l'usager qui en fait la demande. En CHSLD privés non conventionnés, ces services supplémentaires peuvent être compris ou non dans les soins et services offerts aux personnes hébergées, tout dépend de la volonté du propriétaire ainsi que de l'entente entre les personnes hébergées et le CHSLD.

Les soins et services offerts par les CHSLD doivent être dispensés en continuité et en complémentarité avec ceux offerts par les autres établissements ou partenaires du RLS où le CHSLD est situé (LSSSS, art. 101 par. 3). À cet effet, si un CHSLD ne dispose pas des ressources nécessaires pour héberger une personne aux prises avec des problèmes particuliers¹¹, ce CHSLD a le devoir d'envisager le transfert de la personne vers un milieu répondant à ses besoins (LSSSS, art. 101 par. 4; Centre de santé et de services sociaux Rimouski-Neigette c. F.G.).

Personnel offrant les soins et services en CHSLD :

Le personnel qui offre les services et les soins en CHSLD publics – à l'exception des médecins – est à l'emploi des Centres intégrés (MSSS, 2018a). Donc, les infirmières, préposés aux bénéficiaires et autre personnel sont des employés du Centre intégré. Dans les faits, et sous réserve de certaines règles prévues dans les ententes collectives, ces personnes sont payées par le Centre intégré et ce dernier peut transférer les employés d'une installation à l'autre au besoin.

À l'inverse, en CHSLD privés conventionnés et privés non conventionnés, le personnel – à l'exception des médecins, le cas échéant – est employé directement par le CHSLD. En effet, ces types de CHSLD sont administrés par des entreprises privées qui détiennent un permis du MSSS.

Dans tous les cas, du personnel peut également provenir d'agences de placement privées afin de combler des besoins ponctuels ou récurrents, selon le cas.

Médecins. Les médecins omnipraticiens peuvent inscrire les personnes hébergées en CHSLD auprès de leur clientèle depuis avril 2018 (RAMQ, 2018). En effet, suivant la *Lettre d'entente 327*, toutes les personnes hébergées dans les installations visées par l'Annexe 1 (RAMQ, 2021) peuvent recevoir les services d'un médecin rémunéré par la RAMQ. Ainsi, les soins des médecins en CHSLD sont couverts par la RAMQ, et ce, peu importe le type de CHSLD puisque la RAMQ couvre les soins de santé de tous les citoyens du Québec inscrits au régime d'assurance maladie (RAMQ, 2020b).

¹¹ Notamment des problèmes de comportement.

PORTRAIT DES RI ET DES RTF

Les RI et les RTF offrent des milieux de vie complémentaires au milieu de vie naturel ou institutionnel des aînés. Bien qu'il s'agisse de ressources privées, elles travaillent en partenariat avec les établissements publics; ces derniers confient des usagers aux RI et aux RTF et en assurent le suivi. Ces ressources sont complémentaires à la mission des établissements publics d'offrir des services de santé et des services sociaux de qualité à la population. En ce qui concerne les aînés, les RI et les RTF accueillent des aînés dont le niveau de perte d'autonomie est moindre que ceux qui sont hébergés en CHSLD, mais plus élevé que ceux qui reçoivent uniquement des soins à domicile (MSSS, 2021b).

Une RI ou une RTF doit conclure une entente spécifique ou particulière avec un Centre intégré afin que ce dernier puisse lui confier des usagers (LSSSS, art. 302; LMRSSS, art. 66). Le Centre intégré confiera un usager à une RI ou à une RTF selon des modalités, des mécanismes et des critères d'admission qui lui seront déterminés. Le Centre intégré conserve certaines responsabilités envers les RI et les RTF ainsi qu'envers les usagers. Il a la responsabilité d'exercer les fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation des usagers susceptibles d'être confiées à une RI ou à une RTF. Le Centre intégré demeure responsable de la qualité des services professionnels requis par les usagers et dispensés par les RI et les RTF (MSSS, 2021b).

Les RI et les RTF reçoivent plusieurs types de clientèle que l'on peut résumer en cinq principales catégories (MSSS, 2016b) :

- Déficience intellectuelle;
- Déficience physique;
- Jeunes en difficulté;
- Santé mentale;
- Perte d'autonomie due au vieillissement.

Financement. Les RI et les RTF sont financées par des fonds publics, par le biais des ententes conclues avec le MSSS ainsi qu'avec les Centres intégrés (MSSS, 2016b; RAMQ, 2020c). En raison de la contribution que doivent payer les personnes hébergées, ces fonds publics proviennent, en partie et de façon indirecte, de ces contributions (RAMQ, 2020c).

Contribution payée par les personnes hébergées. La RAMQ établit, conformément aux dispositions, la contribution financière mensuelle qui sera exigée de chaque personne hébergée dans une RI ou une RTF réglementaires (RAMQ, 2020c; *Règlement sur la contribution des usagers pris en charge par les ressources de type familial ou par les ressources intermédiaires* (ci-après «Règlement sur la contribution RI-RTF»)). La contribution doit être payée au Centre intégré qui héberge l'usager. La RAMQ est l'organisme responsable de déterminer le montant de la contribution financière des usagers majeurs afin que les règles établies par règlement soient appliquées de façon équitable, impartiale et uniforme. Pour évaluer cette contribution, la RAMQ tient compte de la catégorie de chambre de la personne hébergée et de sa capacité de payer (LSSSS, art. 619.41; Règlement d'application LSSSS autochtones cris; Règlement sur la contribution RI-RTF; *Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial* (ci-après «Règlement sur la classification»)).

La contribution qui est exigée des personnes hébergées répond à un souci d'équité entre les aînés en milieux de vie et ceux qui vivent à leur domicile. En effet, même si des aînés sont hébergés dans une ressource financée par le réseau public, ils doivent assumer une part

financière pour les frais liés au gîte et à l'alimentation (RAMQ, 2020a; RAMQ, 2020c; analogie avec Regroupement des CHSLD Christ-Roi (Centre hospitalier, soins longue durée) c. Comité provincial des malades, 2007).

Tous les soins, services de santé et services sociaux qui répondent aux besoins des personnes hébergées et qui correspondent à la mission d'une RI ou d'une RTF prévue dans la LSSSS sont offerts aux personnes hébergées sans qu'elles aient à déboursier un montant autre que celui fixé par la RAMQ pour leur contribution (analogie avec Regroupement des CHSLD Christ-Roi (Centre hospitalier, soins longue durée) c. Comité provincial des malades, 2007; MSSS, 2016b). Il s'agit ainsi de l'application du principe de la gratuité des soins de santé. Toutefois, des services supplémentaires peuvent être offerts aux personnes hébergées selon leur volonté¹². Ces services sont alors aux frais des usagers.

RI

La LSSSS définit une RI comme étant une ressource exploitée par une personne physique ou morale reconnue par un Centre intégré pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers inscrits aux services d'un établissement public. Cette ressource procure à ses personnes hébergées un milieu de vie adapté à leurs besoins et leur dispense des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition (LSSSS, art. 302).

Les RI sont donc des partenaires des Centres intégrés qui sont exploitées par des personnes physiques ou morales externes à un établissement du réseau public. Selon la Circulaire 2017-013 du MSSS (MSSS, 2020) les Centres intégrés doivent suivre le modèle d'appel d'offres émis par le MSSS pour le recrutement de RI.

Selon le Cadre de référence du MSSS (MSSS, 2016b), il existe cinq types de RI:

RI Résidence de groupe: «Le milieu de vie est un lieu physique où vivent un ou des usagers et où les services sont offerts par une ou des personnes qui n'y résident généralement pas. Les services communs offerts sont ceux visés par la section 1 de la partie 1 de l'annexe du Règlement sur la classification.»

RI Maison de chambre: «Le milieu de vie est constitué d'une ou de plusieurs chambres situées dans un même lieu physique, avec ou sans pièces communes ou activités de groupe. Les services communs offerts sont ceux visés par la section 2 de la partie 1 de l'annexe du Règlement sur la classification.»

RI Appartement supervisé: «Le milieu de vie est constitué d'un ou de plusieurs appartements où résident un ou plusieurs usagers. L'utilisateur n'est pas locataire de ce lieu. Les services communs offerts sont ceux visés par la section 2 de la partie 1 de l'annexe du Règlement sur la classification.»

Autres types d'organisations résidentielles: «Le milieu de vie est un modèle d'organisation distinct des types d'organisations résidentielles définis précédemment. Il permet la flexibilité nécessaire à l'émergence de ressources qui viendraient répondre à de nouveaux besoins ou qui seraient mieux adaptées à de nouvelles pratiques.»

RI Maison d'accueil (RIMA): «Le milieu de vie est la résidence principale d'une ou de deux personnes physiques qui accueillent neuf usagers ou moins. Les services communs offerts sont ceux visés par la section 1 de la partie 1 de l'annexe du Règlement sur la classification.»

¹² Par exemple, un service de coiffure, un téléviseur, des soins chiropratiques, etc.

« Ce type d'organisation résidentielle présente les mêmes particularités administratives et vise l'offre des mêmes services de soutien ou d'assistance qu'une RTF. Les orientations ministérielles prévoient que ce type d'organisation résidentielle devrait être utilisé uniquement en raison d'un impératif, par exemple en matière de protection de la jeunesse. Dans les autres cas, le projet privilégié devra être celui d'une RTF. »

RTF

La LSSSS prévoit que les RTF se composent des familles d'accueil et des résidences d'accueil (LSSSS, art. 311). Puisque les RTF de type famille d'accueil ne visent que les enfants (LSSSS, art. 312 al. 1 et 2), le présent document se concentra exclusivement sur les RTF de type résidence d'accueil.

La LSSSS définit les RTF de type résidence d'accueil comme une ou deux personnes qui accueillent à leur résidence principale un maximum de neuf adultes. Ces personnes sont confiées par un Centre intégré à une RTF afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel (LSSSS, art. 312 al. 3).

De cette définition légale, on remarque que seules les personnes physiques peuvent conclure une entente à titre de RTF avec un Centre intégré. Les personnes morales, les entreprises et les sociétés de personnes ne peuvent pas conclure d'entente visant l'exploitation d'une RTF. Cette restriction de la LSSSS n'est certes pas étrangère au fondement même de la ressource, c'est-à-dire une ressource de type familial.

Services offerts en RI et en RTF

Services offerts :

De façon générale, les services offerts en RI et en RTF doivent tous répondre aux besoins des personnes hébergées et doivent correspondre à la mission et à la définition de ces ressources prévues dans la LSSSS. Les services que doivent offrir les RI et les RTF sont également précisés dans les ententes conclues avec le Centre intégré (MSSS, 2016b).

Plus précisément, les services offerts en RI et en RTF se divisent en trois composantes. La première composante découle de la mission des RI et des RTF prévue dans la LSSSS, tandis que les deuxième et troisième composantes sont des services prévus dans le Règlement sur la classification.

1. La première composante constitue l'obligation de procurer à chaque personne hébergée un milieu de vie adéquat et chaleureux où elle se sent chez elle. (MSSS, 2016b).
2. La deuxième composante vise les services de soutien ou d'assistance qui doivent être offerts par toutes les RI et les RTF à toutes les personnes hébergées (Règlement sur la classification; MSSS, 2016b). Cette deuxième composante se divise en deux catégories:
 - A. Les services offerts par une RTF ou une RI de type « maison d'accueil », « résidence de groupe » ou un autre type d'organisation nécessitant des services similaires (MSSS, 2016b):
 - Entretien du milieu de vie;
 - Confort et sécurité;
 - Service de repas;
 - Entretien des vêtements;
 - Hygiène de l'utilisateur.

- Acquisitions et achats nécessaires aux usagers;
 - Gestion de l'allocation pour dépenses personnelles des usagers et inventaire des biens;
 - Soutien et assistance à l'utilisateur dans les activités de la vie courante;
 - Établissement d'un cadre de vie;
 - Accès favorisé aux activités organisées par la ressource ou dans la communauté;
 - Suivi adéquat de l'ensemble des services de santé et des services sociaux nécessaires;
 - Protection contre les abus et la maltraitance;
 - Intégration favorisée dans le milieu social et de vie;
 - Collaboration avec les différents intervenants impliqués auprès de l'utilisateur;
 - Collaboration avec le Centre intégré;
 - Maintien des liens de l'utilisateur avec sa famille et les personnes significatives pour lui.
- B. Les services offerts par une RI de type « appartement supervisé », « maison de chambre » ou un autre type d'organisation nécessitant des services similaires (MSSS, 2016b) :
- Appartement ou chambre sécuritaire, propre et fonctionnel;
 - Soutien et assistance à l'utilisateur dans les activités de la vie courante;
 - Établissement d'un cadre de vie;
 - Gestion de l'allocation pour dépenses personnelles des usagers et inventaire des biens;
 - Suivi adéquat de l'ensemble des services de santé et des services sociaux nécessaires;
 - Protection contre les abus et la maltraitance;
 - Personne responsable disponible en tout temps;
 - Intégration favorisée dans le milieu social et de vie;
 - Collaboration avec les différents intervenants impliqués auprès de l'utilisateur;
 - Collaboration avec le Centre intégré;
 - Maintien des liens de l'utilisateur avec sa famille et les personnes significatives pour lui.
3. La troisième composante vise les services de soutien et d'assistance particuliers. Ces services sont ceux qu'une RI ou une RTF doit rendre à un usager identifié en fonction de ses besoins personnels. Ces services sont donc propres à un usager et s'ajoutent aux services prévus dans la deuxième composante. Ces services peuvent notamment viser l'habillement de l'utilisateur, son alimentation, sa mobilité ou encore son hygiène (Règlement sur la classification; MSSS, 2016b).

Il est à noter que les services décrits précédemment ne sont pas des services professionnels en matière de santé ou de services sociaux puisque de tels services ne peuvent normalement pas être exigés de la part d'une RI ou d'une RTF (MSSS, 2016b). Toutefois, conformément aux dispositions des articles 39.7 et 39.8 du *Code des professions*, une personne agissant dans le cadre des activités d'une RI ou d'une RTF peut légalement exercer certaines activités par ailleurs réservées aux professionnels, notamment l'administration de médicaments.

Enfin, il est à noter que des services supplémentaires peuvent être offerts aux personnes hébergées en RI et en RTF, notamment un service de coiffure, un téléviseur, des services Internet, etc. Ces services supplémentaires sont à la charge de l'utilisateur qui en fait la demande.

Personnel:

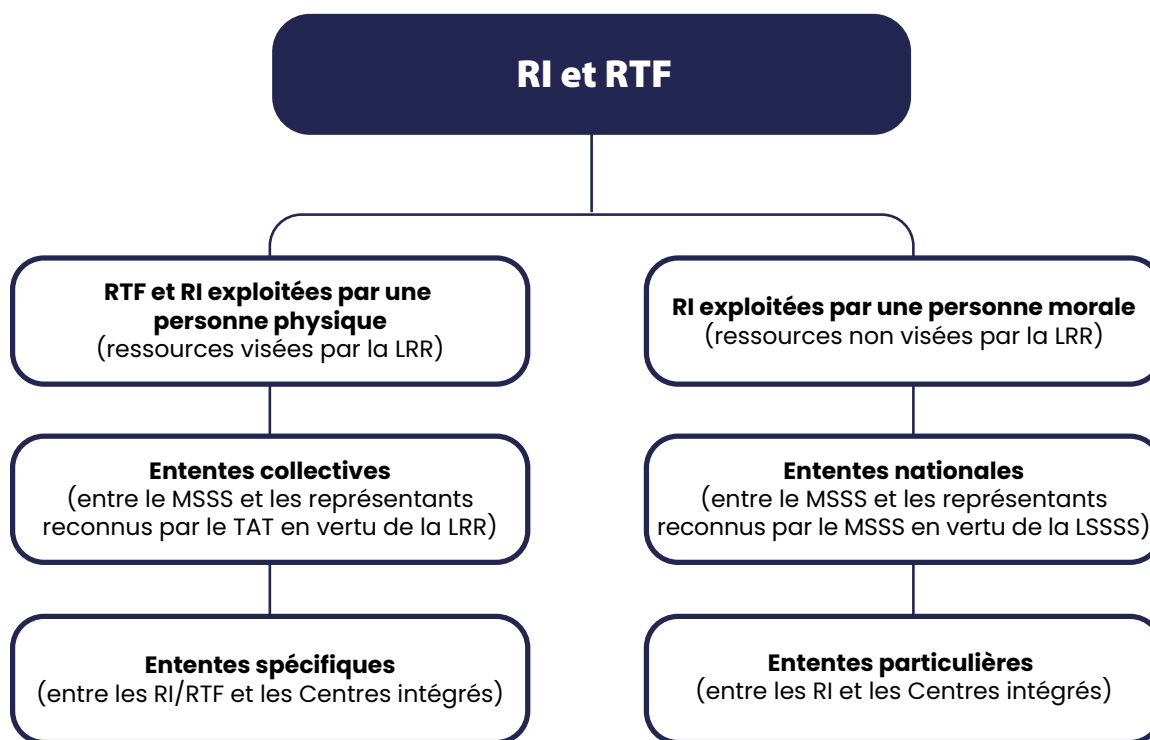
Le personnel des RI et des RTF – à l'exception des médecins, le cas échéant – est employé directement par la ressource. En effet, ces ressources sont des entités distinctes du réseau public qui détiennent des ententes avec le MSSS et les Centres intégrés.

Les ententes du MSSS et des Centres intégrés avec les RI et les RTF

Pour les RI et les RTF, il existe deux paliers d'ententes. Il y a d'abord les ententes avec le MSSS et ensuite les ententes avec les Centres intégrés. Pour chaque palier, il y a deux types d'ententes :

- Pour les ententes avec le MSSS, les deux types sont les **ententes collectives** et les **ententes nationales**. Ces ententes sont conclues avec le MSSS par des représentants des RI et des RTF;
- Concernant les ententes avec les Centres intégrés, il s'agit des **ententes spécifiques** et des **ententes particulières**.

Voici une vue d'ensemble des ententes conclues par les RI et les RTF. Dans les sections suivantes, les différents paliers et types d'ententes seront définis plus en détail.



Ententes avec le MSSS

Essentiellement, les ententes collectives et nationales se ressemblent et poursuivent les mêmes objectifs. La différence entre ces deux types d'ententes est plutôt de nature administrative et procédurale.

Les ententes collectives et nationales sont conclues avec des représentants des différentes ressources, et non avec les ressources elles-mêmes. Dans le cas où une ressource ne serait pas représentée, elle doit appliquer les conditions d'exercice édictées par le ministre de la Santé (MSSS, 2016b).

Les **ententes collectives** sont conclues entre le MSSS et l'une des neuf associations reconnues par le Tribunal administratif du travail (TAT) pour représenter les RI et les RTF visées par la *Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant* («ci-après LRR»). Cette loi vise toutes les RTF, mais vise uniquement les RI exploitées par une personne physique.

En vertu de la loi, une entente collective peut notamment porter sur les matières suivantes (LRR, art. 33):

- les modes et l'échelle de rétribution des services et des rétributions spéciales des ressources visées par l'entente, en tenant compte de la classification établie par le ministre, et les diverses mesures et modalités relatives au paiement de cette rétribution;
- les montants destinés à donner accès à des programmes et à des services répondant aux besoins des ressources, notamment en matière de régimes sociaux, de santé, de sécurité, de formation et de perfectionnement;
- les conditions et modalités applicables aux congés dont peuvent bénéficier les ressources;
- la procédure de règlement d'une mésentente relative à l'interprétation ou à l'application d'une entente collective;
- la mise sur pied de comités pour établir les modalités d'application des différents programmes.

Les **ententes nationales**, également appelées ententes hors régime, sont conclues entre le MSSS et l'un des deux organismes de représentation reconnus par celui-ci et qui représentent des RI non visées par la LRR. Les RI non visées par la LRR sont les RI exploitées par une personne morale, soit une entreprise ou une société de personnes.

Le ministre peut, avec l'autorisation du Conseil du trésor et aux conditions qu'il détermine, conclure avec les organismes représentatifs des RI, autres que celles visées par la LRR, une entente portant sur les matières suivantes (LSSSS, art. 303.1):

- les conditions minimales et particulières de prestation des services de ces ressources;
- les modes et l'échelle de rétribution de ces services et les diverses mesures et modalités relatives au paiement de cette rétribution;
- le financement, la mise sur pied et le maintien de programmes et de services répondant aux besoins de l'ensemble des ressources que l'organisme représente, notamment en matière de formation et de perfectionnement;
- la mise sur pied de tout comité mixte, soit pour assurer le suivi administratif de l'entente, soit aux fins d'assurer la formation et le perfectionnement suffisants au maintien et à la relève des ressources, soit à toute autre fin jugée utile ou nécessaire par les parties.

Dans leur relation avec les RI et les RTF, les Centres intégrés doivent appliquer les ententes nationales et collectives (MSSS, 2016b).

Ententes avec les Centres intégrés

Les ententes spécifiques ou particulières permettent à un Centre intégré « de confier un usager à la ressource et permet à la ressource d'offrir à cet usager un milieu de vie de même que les services de soutien ou d'assistance requis par sa condition » (MSSS, 2016b).

Les ententes spécifiques et particulières visent à encadrer la relation d'affaires entre la ressource et le Centre intégré (MSSS, 2016b). Ainsi, chaque RI et RTF possède une entente spécifique ou particulière avec un Centre intégré.

Les **ententes spécifiques** sont conclues entre un Centre intégré et une RTF ou une RI visée par la LRR. Donc, les ententes spécifiques s'appliquent à toutes les RTF et aux RI exploitées par une personne physique. Ainsi, les ententes spécifiques complètent les dispositions des ententes collectives intervenues avec le MSSS. Selon l'article 55 LRR, les ententes spécifiques ne peuvent pas contrevenir aux dispositions des ententes collectives. Toujours selon cet article, les ententes doivent porter exclusivement sur :

- le nombre de places reconnues à la ressource;
- le type d'usagers pouvant lui être confiés;
- l'identification des répondants des parties aux fins de leur relation d'affaires; et
- sa durée.

Les **ententes particulières**, quant à elles, sont conclues entre un Centre intégré et une RI non visée par la LRR, donc une RI exploitée pour une personne morale. Ainsi, les ententes particulières complètent les dispositions des ententes nationales intervenues avec le MSSS. La LSSSS ne traite pas du contenu des ententes particulières, celui-ci est déterminé par les ententes nationales. Ainsi, selon ces ententes, une entente particulière porte généralement sur :

- l'identification du Centre intégré et de la ressource, de leurs répondants aux fins de leur relation d'affaires;
- le nombre de places reconnues à la ressource;
- le type d'usagers pouvant lui être confiés;
- sa durée; et
- son renouvellement, le cas échéant, et les modalités à cet égard, dans le respect des lois et règlements applicables.

PORTRAIT DES RPA

Selon la LSSSS, une RPA est un immeuble d'habitation collective « occupé principalement par des personnes âgées de 65 ans et plus et où sont offerts par l'exploitant de la résidence, outre la location de chambres ou de logements, différents services compris dans au moins deux des catégories de services suivantes, définies par règlement: services de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs » (LSSSS, art. 346.0.1 al. 1).

Comme leur nom l'indique, les RPA sont des résidences privées. Les RPA ne sont pas considérées comme des établissements privés au sens de la LSSSS (art. 99), mais plutôt comme un domicile. Elles ne reçoivent donc aucune subvention du MSSS, leur financement provient uniquement des loyers payés par les résidents. Le coût des loyers et des autres frais qui seront facturés aux résidents est à la discrétion des RPA.

La relation entre les RPA et leurs résidents est une relation locateur-locataire. Ainsi, chaque résident a un bail avec la RPA et, en cas de litige, une cause devant le Tribunal administratif du logement pourra être entendue.

Malgré cette grande latitude, les RPA doivent obtenir une certification du Centre intégré de leur RTS (LSSSS, art. 346.0.2 et 346.0.4; LMRSSS; Règlement RPA; MSSS, 2021c). La certification du Centre intégré reconnaît la conformité des RPA aux critères et normes énoncés dans le *Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés* (Ci-après « Règlement RPA ») (MSSS, 2021c).

Suivant les renseignements fournis par la RPA dans sa demande de certification, le Centre intégré publiera certains renseignements dans le Registre des résidences privées pour aînés; ce registre est accessible au public (Règlement RPA; MSSS, 2021c).

Services offerts en RPA

En vertu de la LSSSS (art. 346.0.1), une RPA doit offrir, en plus de la location d'une chambre ou d'un logement, différents services dans au moins deux des catégories suivantes: services de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs¹³.

Puisque la relation entre les RPA et leurs résidents est une relation locateur-locataire, les services offerts aux résidents peuvent varier d'une RPA à l'autre. Malgré cela, la LSSSS prévoit que le gouvernement peut prévoir des catégories de RPA, dont certaines pour les RPA destinés à des aînés autonomes et semi-autonomes (LSSSS, art. 346.0.1).

¹³ L'ensemble de ces catégories sont définies à l'art. 2 du *Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés*.

Il existe quatre catégories de RPA, lesquelles sont différenciées en fonction des services offerts par les RPA (Règlement RPA, art. 1). Au Québec, toutes les RPA appartiennent à une ou plusieurs des catégories suivantes :

- «la catégorie 1, composée de toute résidence privée pour aînés où sont offerts, en outre de la location de chambres ou de logements, différents services compris dans au moins deux des catégories de services suivantes: services de repas, services de sécurité, services de loisirs ou services d'aide domestique à l'exception, dans ce dernier cas, de la distribution des médicaments;
- la catégorie 2, composée de toute résidence privée pour aînés où est offert, en outre de la location de chambres ou de logements et des services d'aide domestique comprenant minimalement la distribution de médicaments, au moins un service compris dans une des catégories de services suivantes: services de repas, services de sécurité ou services de loisirs;
- la catégorie 3, composée de toute résidence privée pour aînés où est offert, en outre de la location de chambres ou de logements et d'au moins un service appartenant à la catégorie des services d'assistance personnelle, au moins un service compris dans une des catégories de services suivantes: services de repas, services de sécurité, services de loisirs ou services d'aide domestique;
- la catégorie 4, composée de toute résidence privée pour aînés où est offert, en outre de la location de chambres ou de logements et d'au moins un service appartenant à la catégorie des soins infirmiers, au moins un service compris dans une des catégories de services suivantes: services de repas, services de sécurité, services de loisirs, services d'aide domestique ou services d'assistance personnelle.» (Règlement RPA, art. 1).

Les RPA de catégories 1 et 2 sont celles où les services sont destinés à des aînés autonomes tandis que les RPA de catégories 3 et 4 visent celles qui offrent des services destinés aux aînés semi-autonomes (Règlement RPA, art. 1).

Comme mentionné précédemment, une RPA peut appartenir à plus d'une catégorie (Règlement RPA, art. 1 et 3). Dans ce cas, le règlement exige que les services correspondant à chacune des catégories soient offerts dans des unités ou sur des étages distincts; la RPA sera alors soumise aux exigences de ces catégories dans les unités ou étages visés. Si les services de différentes catégories ne sont pas offerts dans des unités ou sur des étages distincts, la RPA est soumise aux exigences de la catégorie la plus élevée (Règlement RPA, art. 1 et 3).

Ententes de services public-privé

Certaines RPA sont parties à des ententes de services public-privé avec des Centre intégrés qui achètent des services ou, encore, qui achètent des places en RPA afin de libérer des lits en centre hospitalier occupés par des personnes en attente d'une place en CHSLD, en RI ou en RTF.

Ces usagers, placés en RPA par un Centre intégré, ont le même statut et les mêmes droits que ceux placés en CHSLD, en RI ou en RTF. Il s'agit d'usagers du réseau public.

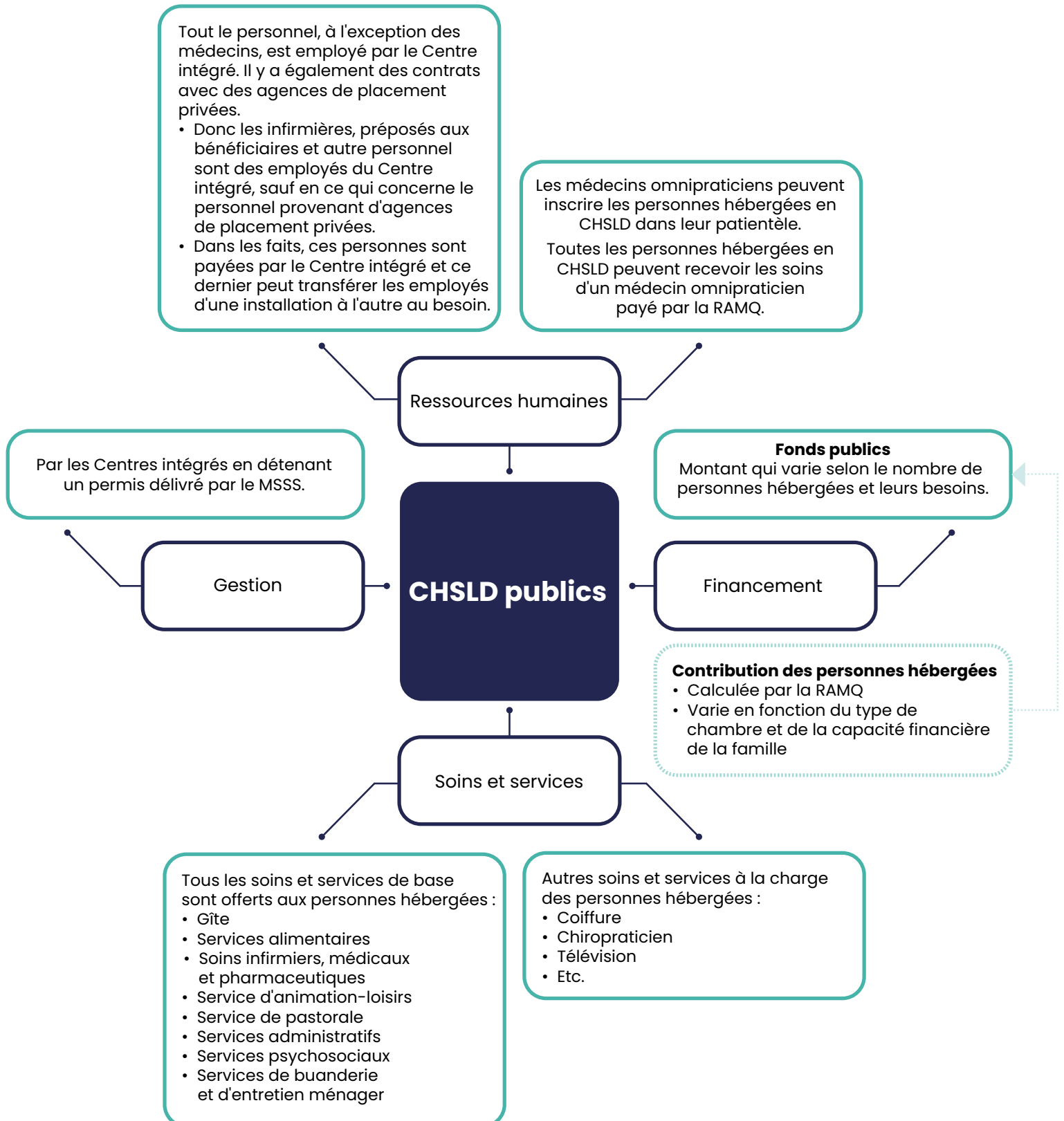
CONSTATS

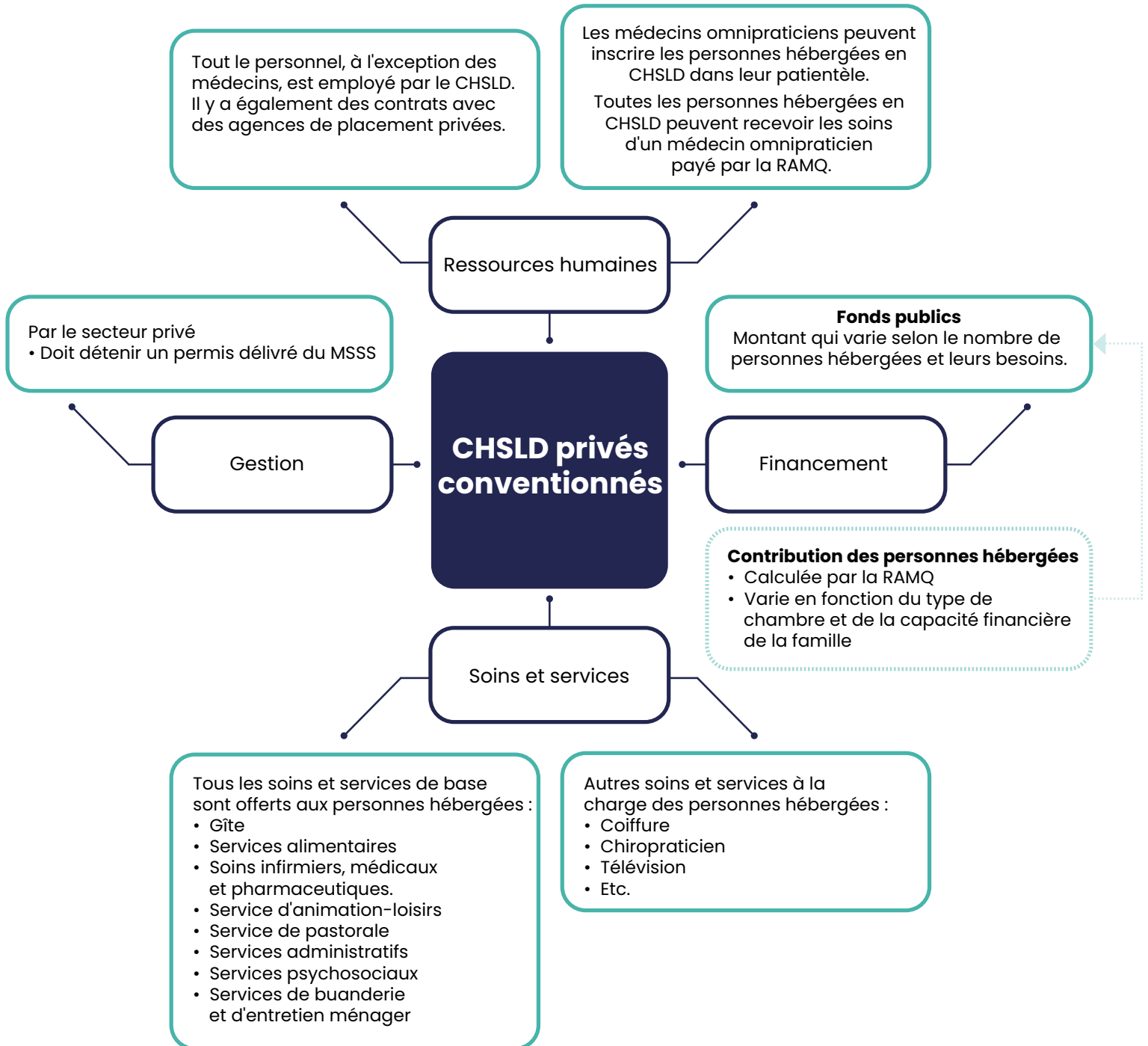
Le présent portrait permet au Commissaire à la santé et au bien-être de formuler les constats préliminaires suivants:

1. En raison des ententes de services public-privé que les Centres intégrés doivent conclure avec des CHSLD privés non conventionnés et des RPA, on constate un déficit important du nombre de places offertes en hébergement pour aînés par le réseau public.
2. Il n'existe aucune transparence ni sur les places acquises par le réseau public ni sur les types de contrats conclus à cet effet. Nous doutons que le MSSS soit en mesure d'avoir une vue d'ensemble des besoins des usagers en matière d'hébergement de longue durée.
3. Il n'existe aucune réglementation précisant les soins et services devant être offerts par un CHSLD, contrairement aux RI, aux RTF et aux RPA. À cet effet, les tribunaux ont statué que la mission des CHSLD prévue dans la LSSSS est contraignante et porteuse d'obligations.
4. Force est de constater que le cadre normatif et contractuel entourant l'organisation des milieux de vie pour aînés ainsi que les soins et services qui leur sont offerts est diffus.

ANNEXES

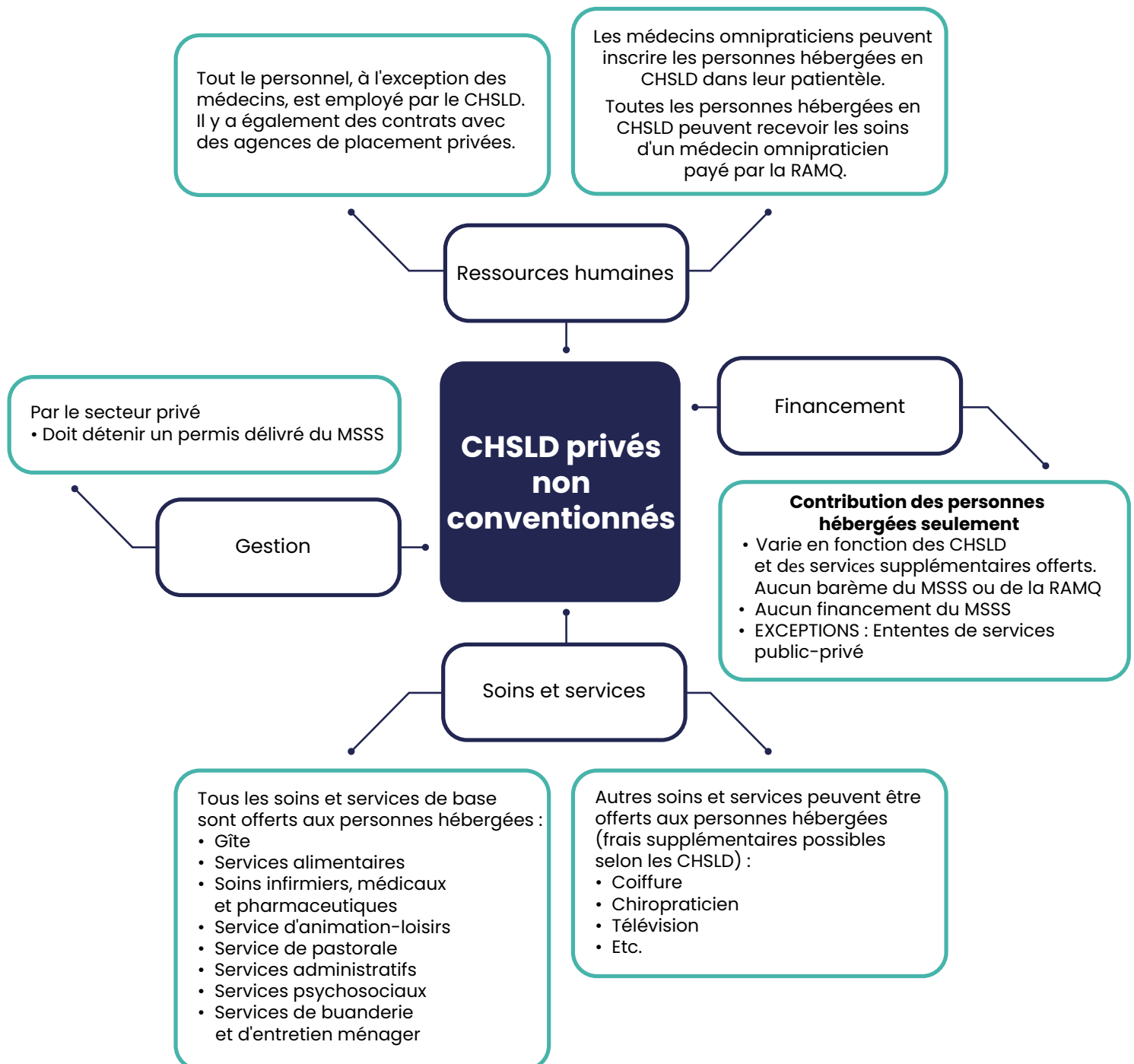
Représentation schématique des trois différents types de CHSLD au Québec





Entente de services public•privé : un CHSLD privé non conventionné peut détenir une entente de services pour l'achat de services d'hébergement et de soins de longue durée avec un établissement du réseau public de la santé à la suite d'un appel d'offres.

Lorsqu'un établissement signe une entente de services avec un CHSLD privé non conventionné, il achète un nombre fixe de places dans ce CHSLD pour une durée déterminée. Les CHSLD privés non conventionnés doivent offrir les soins et services de base et reçoivent, en contrepartie, une indemnité financière par résident du réseau public selon les modalités prévues à l'appel d'offre.

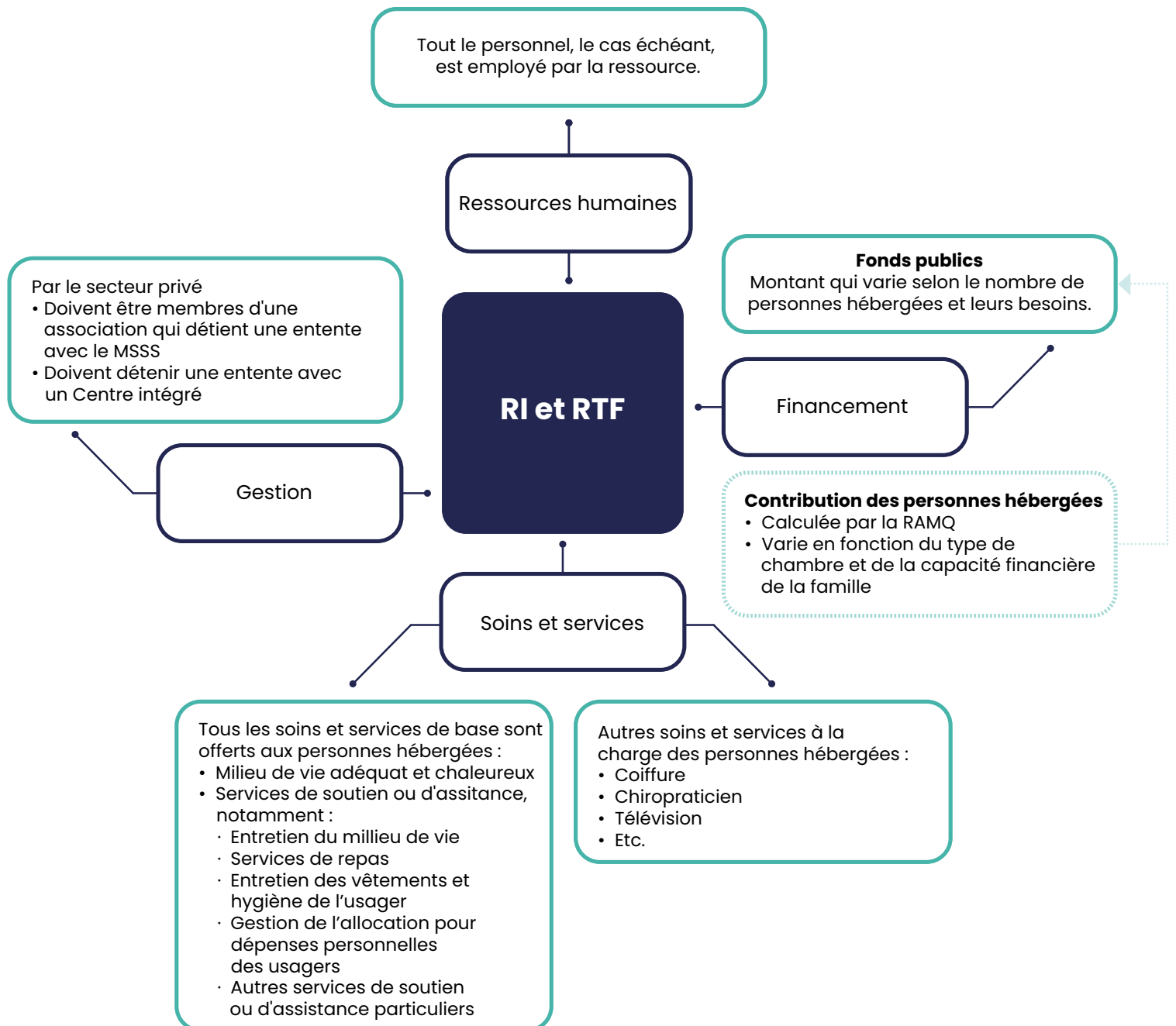


Représentation schématique des RI-RTF

Partenaires qui offrent des milieux de vie complémentaires au milieu de vie naturel ou institutionnel des aînés. RI-RTF travaillent en collaboration avec les établissements publics.

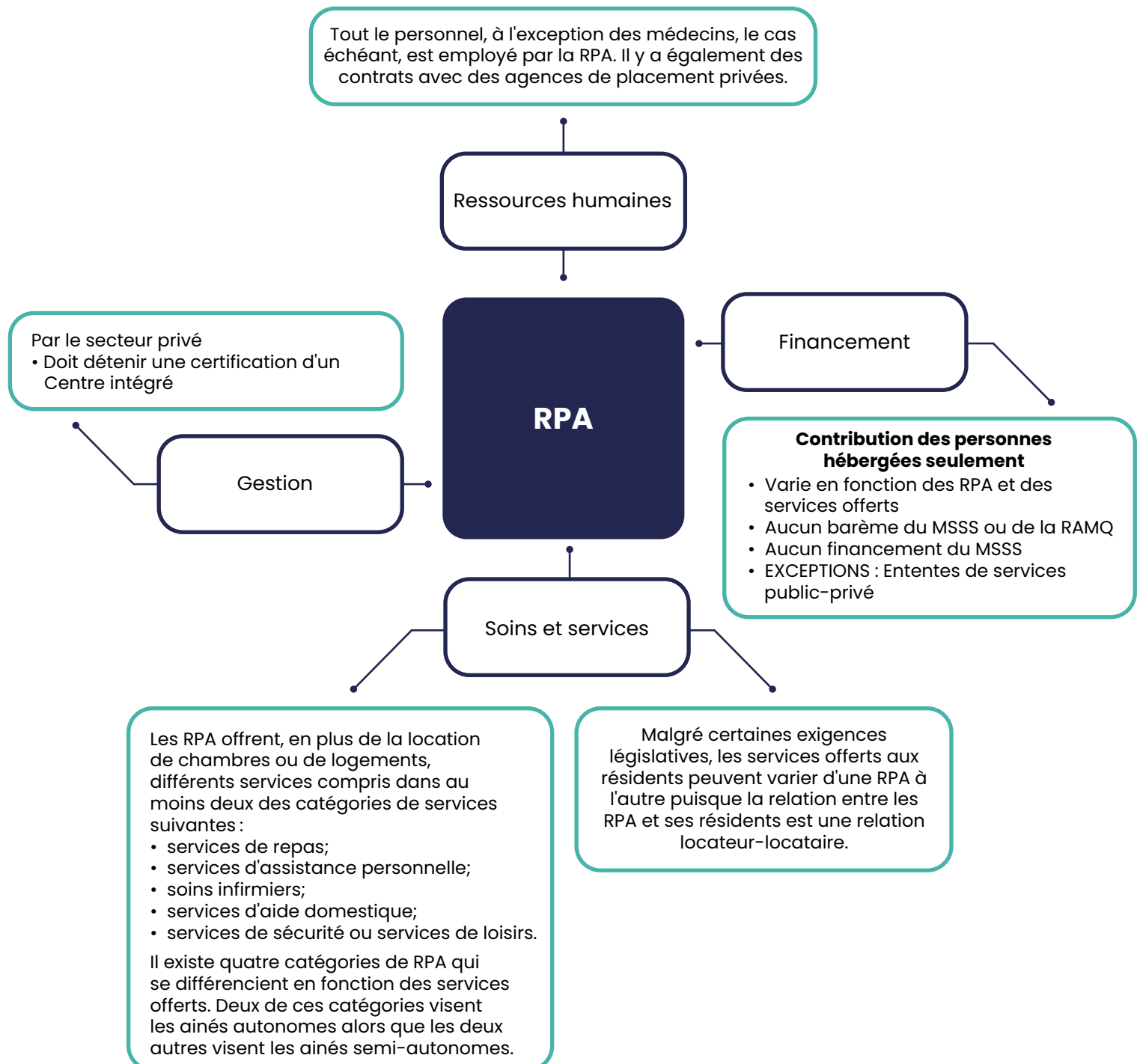
RI : ressource intermédiaire exploitée par une personne physique ou morale reconnue par un Centre intégré pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers inscrits aux services d'un établissement public. Cette ressource procure à ses personnes hébergées un milieu de vie adapté à leurs besoins et leur dispense les services de soutien ou d'assistance requis par leur condition.

RTF de type résidence d'accueil : une ou deux personnes qui accueillent à leur résidence principale un maximum de neuf adultes. Ces personnes sont confiées par un Centre intégré à une RTF afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel.



Représentation schématique des RPA

- **Entente de services public-privé** : une RPA peut détenir une entente de services pour l'achat de services d'hébergement avec un établissement du réseau public de la santé à la suite d'un appel d'offres. Lorsqu'un établissement signe une entente de services avec une RPA, il achète un nombre fixe de places dans cette RPA pour une durée déterminée. Les RPA doivent offrir les soins et services prévus dans l'entente et reçoivent, en contrepartie, une indemnité financière par résident du réseau public selon les modalités prévues à l'entente.



Résumé des milieux de vie au Québec sous forme de tableau

Québec – Portrait des milieux de vie					
Milieux de vie	CHSLD			RI-RTF	RPA
	publics	privés conventionnés	privés non conventionnés		
Description	Établissement de santé qui offre 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.			Les RI et les RTF sont des milieux de vie complémentaires au milieu de vie naturel ou institutionnel des aînés. Elles travaillent en partenariat avec les établissements publics.	Immeuble d'habitation collective occupé principalement par des aînés et où sont offerts par l'exploitant de la résidence, outre la location de chambres ou de logements, différents services.
Clientèle	Lourde perte d'autonomie, profils Iso-SMAF 10 à 14.			Cinq principales catégories, dont celle liée à la perte d'autonomie due au vieillissement.	Aînés autonomes et semi-autonomes.
Soins et services	Services d'hébergement; services d'alimentation et de nutrition; soins infirmiers; soins médicaux; soins pharmaceutiques; service d'animation-loisirs; service de pastorale; service d'adaptation et de réadaptation; services psychosociaux; services d'hygiène, de salubrité et de lavage.			Milieu de vie adéquat et chaleureux; entretien du milieu de vie; service de repas; entretien des vêtements; hygiène de l'usager; soutien et assistance à l'usager dans les activités de la vie courante; etc.	Location d'une chambre ou d'un logement et différents services dans au moins deux des catégories suivantes: services de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs.
Gestion	Public	Privé	Privé	Privé	Privé
Financement	Public (dont une partie provient indirectement de la contribution des personnes hébergées).	Public (dont une partie provient indirectement de la contribution des personnes hébergées).	Exclusivement à partir de la contribution des personnes hébergées.	Public (dont une partie provient indirectement de la contribution des personnes hébergées).	Exclusivement à partir de la contribution des personnes hébergées.
Ressources humaines	À l'exception des médecins, le personnel est employé par le Centre intégré. Il y a également des contrats avec des agences de placement privées.	À l'exception des médecins, le personnel est employé par le CHSLD. Il y a également des contrats avec des agences de placement privées.	À l'exception des médecins, le personnel est employé par le CHSLD. Il y a également des contrats avec des agences de placement privées.	Personnel employé par la ressource, le cas échéant.	À l'exception des médecins, le personnel est employé par la RPA. Il y a également des contrats avec des agences de placement privées.
Permis et autres	Permis du MSSS.			Entente avec le MSSS et entente avec le Centre intégré.	Certification du Centre intégré.

RÉFÉRENCES

Centre de santé et de services sociaux Rimouski-Neigette c. F.G., EYB 2008-148664, (C.S.)

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2020). Circulaire 2020-25.

Normes et pratiques de gestion, Tome 2, répertoire [PDF].

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/6bf0324580595c9c8525656b0015cbc3/25e60115ae8290918525862c0044f9f8?OpenDocument>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (À jour au 15 mars 2019a). Gouvernance et organisation des services. *Système de santé et de services sociaux en bref*.

<https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/gouvernance-et-organisation-des-services/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (À jour au 15 mars 2019b).

Principaux rôles et responsabilités. *Système de santé et de services sociaux en bref*.

<https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/principaux-roles-et-responsabilites/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (À jour au 15 mars 2019c).

Réseaux territoriaux et locaux de services. *Système de santé et de services sociaux en bref*.

<https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/reseaux-territoriaux-et-locaux-de-services/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018a). *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée* [PDF].

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-834-11W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018b). Circulaire 2018-019. *Normes et pratiques de gestion, Tome 2, répertoire* [PDF]. 2018-019_Circulaire (2018-06-19).pdf (gouv.qc.ca)

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016a). *Guide d'information – Demande de permis pour l'exploitation d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée privé* [PDF].

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-834-02W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2016b, mars). *Cadre de référence – Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial* [PDF]. Direction générale des services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-801-01W.pdf>

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). (À jour au 20 mai 2021). *Annexe 1: Installations visées par la Lettre d'entente 327*. https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/104-brochure-1-omnipraticiens/maj-continu/LE327_Ann1.PDF

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). (2020a). *Hébergement en établissement public*. <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/hebergement-etablissement-public>

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). (2020b). *Services médicaux*.

<https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/services-medicaux>

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). (2020c). *Hébergement par une ressource intermédiaire*. <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/hebergement-ressource-intermediaire>

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). (En vigueur au 1^{er} avril 2018). Lettre d'entente N° 327 – Prestation continue de services médicaux dans un établissement ayant la mission d'un CHSLD. *Manuel des médecins omnipraticiens – Brochure N° 1*. https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens_Brochure_nol-A180.html

Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, RLRQ, c. S-5, r. 1. Désigné sous « Règlement d'application LSSS autochtones cris ».

Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés, RLRQ, c. S-4.2, r. 0.01. Désigné sous « Règlement RPA ».

Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial, RLRQ, c. S-4.2, r. 3.1. Désigné sous « Règlement sur la classification ».

Règlement sur la contribution des usagers des établissements de santé et de services sociaux, c. S-4.2, r. 6. Désigné sous « Règlement sur la contribution ».

Règlement sur la contribution des usagers pris en charge par les ressources de type familial ou par les ressources intermédiaires, c. S-4.2, r. 7. Désigné sous « Règlement sur la contribution RI-RTF ».

Regroupement des CHSLD Christ-Roi (Centre hospitalier, soins longue durée) c. Comité provincial des malades, (2007) QCCA, 1068. <https://canlii.ca/t/1sg2q>. Voir également: *Procureur général du Québec c. Vigi Santé Itée*, [1999] R.J.Q. 999.

**Ensemble, identifier,
proposer, débloquer**

Québec 

 **CSBE**
Commissaire
à la santé et
au bien-être