

**Sondage de locataires
du Programme de financement des foyers en Ontario**

Rapport sur les faits saillants

D^r Stephen Hwang, Shirley Chiu, et Emma Wilkins
Centre for Research on Inner City Health,
Keenan Research Centre
Li Ka Shing Knowledge Institute
de l'Hôpital St. Michael
30, rue Bond
Toronto (Ontario) M5B 1W8

19 janvier 2009

Ce projet a été financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et par le ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, par l'intermédiaire de la Fondation ontarienne de la santé mentale. Les opinions exprimées dans le présent rapport sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'une des organisations susmentionnées ou de l'Hôpital St. Michael.



Leading with Innovation
Serving with Compassion

ST. MICHAEL'S HOSPITAL

A teaching hospital affiliated with the University of Toronto

CENTRE FOR RESEARCH ON INNER CITY HEALTH

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	2
OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	3
MÉTHODES	
<i>Équipe de recherche et comité consultatif du projet</i>	3
<i>Méthodes d'échantillonnage</i>	3
<i>Matériel d'enquête</i>	4
<i>Éthique morale et analyse des données</i>	5
RÉSULTATS	
<i>Caractéristiques démographiques</i>	5
<i>États pathologiques physiques et déficience intellectuelle</i>	5
<i>Problèmes diagnostiqués de santé mentale et d'abus d'alcool ou de drogues</i>	6
<i>Qualité de vie</i>	6
<i>Soins de santé</i>	6
<i>Services de soutien et vie communautaire</i>	7
<i>Soutiens sociaux et choix personnel</i>	7
<i>Logement</i>	7
<i>Comparaison des problèmes de santé physique et mentale, et des déficiences intellectuelles et de troubles d'apprentissage par âge</i>	8
<i>Santé, utilisation des services ou des soutiens communautaires, et participation des intéressés aux activités communautaires : comparaison des sous-groupes</i>	8
<i>Couplage des informations avec la base de données provinciale</i>	9
DISCUSSION	
<i>Points forts et limites de l'étude</i>	10
<i>Implications et conclusions</i>	12

	Page
TABLEAU	
1 Comparaisons des sous-groupes	11

INTRODUCTION

*Historique des foyers**

À la fin des années cinquante, les municipalités ont commencé à fournir une aide financière aux adultes pauvres qui habitaient dans des logements ou des foyers non réglementés. Au début des années soixante-dix, la province de l'Ontario a commencé à élaborer des politiques plus structurées pour aider à fournir, aux adultes qui seraient autrement des sans-abri, un logement et de quoi satisfaire leurs besoins essentiels au lieu d'une aide financière directe. Après la proclamation de la *Nursing Homes Act (1972)*, les municipalités ont commencé à avoir accès des subventions provinciales pour fournir un logement de plus longue durée aux personnes qui ne satisfaisaient pas aux exigences de la nouvelle Loi (p. ex. à celles qui avaient besoin d'assistance pour les activités de la vie quotidienne, mais qui ne nécessitaient pas des soins infirmiers réguliers). Le terme « foyer » est apparu et servait à décrire toute une série de logements recevant un financement par lit pour fournir le gîte et le couvert ainsi qu'un certain soutien pour les activités de la vie quotidienne. Les foyers ont été mis sur pied à l'origine à l'initiative des municipalités pour répondre aux besoins en logement des adultes pauvres, âgés ou fragiles. Au fil des ans, le programme a évolué pour offrir un logement permanent à des adultes vulnérables ayant une vaste gamme de besoins en services particuliers, par exemple les personnes ayant une maladie mentale, des déficiences physiques ou intellectuelles ou bien les personnes âgées ou fragiles.

Avant 1998, la province partageait, avec les municipalités, le coût du Programme de financement des foyers (80 % pour la province/20 % pour les municipalités). À compter de janvier 1998, dans le cadre de la Réorganisation des services locaux, on a décrété que le Programme de financement des foyers était une responsabilité entièrement municipale. Cette décision a été annulée à la suite des recommandations formulées par le Groupe de travail provincial sur les sans-abri. En juin 1998, la province s'est engagée à réviser le Programme de financement des foyers et a de nouveau convenu de partager les frais du programme avec les municipalités (80 % pour la province/20 % pour les municipalités).

À l'heure actuelle, la province dispose d'une quantité très limitée de renseignements fiables sur les locataires des foyers, sur les circonstances qui les y amènent et sur les conditions dans lesquelles ils vivent. Une enquête provinciale, effectuée en 1999 (par la firme Sigma-3 Policy Research Inc.) a tenté de dresser le profil du Programme. Les méthodes de la recherche comportaient un sondage des exploitants de foyers, des visites des lieux et une analyse documentaire. Bien que cette étude suggérât que les locataires des foyers avaient des besoins en services liés à la maladie mentale, à la déficience physique, à la déficience intellectuelle et à l'abus d'alcool ou d'autres drogues, les constatations étaient limitées par le fait que l'étude se fondait sur des renseignements obtenus par ouï-dire sur les locataires et leurs besoins en services. Pour appuyer le travail d'élaboration des politiques et la planification des services, le ministère des Services sociaux et communautaires (MSSC) et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) ont besoin d'information descriptive sur les locataires des foyers et sur leurs besoins en services.

*Nota : La section intitulée Historique des foyers a été rédigée par le MSSC.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Le présent projet a pour but d'appuyer le travail d'élaboration des politiques et de planification des services en fournissant des renseignements fiables sur les caractéristiques et les besoins en services des locataires du Programme de financement des foyers de l'Ontario. Voici les objectifs spécifiques de ce projet de recherche :

- 1) Décrire les caractéristiques des locataires du Programme;
- 2) Décrire l'utilisation des services et des soutiens communautaires par les locataires du Programme, ainsi que leur utilisation des soins de santé et leur participation à la vie communautaire;
- 3) Décrire les voies d'accès au logement pour les locataires du Programme.

La collecte des données s'est effectuée lors d'entretiens en tête à tête avec un échantillon représentatif des locataires du Programme de financement des foyers dans huit secteurs gérés par des GSMR. Nous avons obtenu d'autres renseignements sur les personnes participantes à l'étude par des couplages avec des bases de données provinciales.

MÉTHODES

Équipe de recherche et comité consultatif du projet

Cette étude a été commandée dans le cadre d'une demande de propositions émanant de la Fondation ontarienne de la santé mentale, du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et du ministère des Services sociaux et communautaires (MSSC) de l'Ontario. L'étude a été effectuée par le D^r Stephen Hwang, chercheur au Centre for Research on Inner City Health (CRICH) de l'Hôpital St. Michael à Toronto, et par son équipe de recherche au CRICH.

Le comité consultatif du projet se composait de représentantes et représentants du MSSC et du MSSLD de l'Ontario, de gestionnaires des services municipaux regroupés (GSMR) et de conseils d'administration de district des services sociaux (CADSS), de l'Association des établissements résidentiels de soins spéciaux de l'Ontario (OHSNA), de Habitat Services, et de l'association des locataires. Pendant toute la durée du projet, les membres du comité consultatif se sont réunis périodiquement pour avoir des échanges de vues et pour fournir de la rétroaction à l'équipe de recherche concernant le matériel d'enquête, les méthodes et processus du sondage, les résultats attendus et le transfert de connaissances.

Méthodes d'échantillonnage

La province de l'Ontario compte 25 secteurs gérés par des GSMR qui hébergent près de 4 700 locataires dans des foyers subventionnés. Nous avons effectué une enquête sur des personnes vivant dans 8 secteurs gérés par des GSMR (Windsor, Comté d'Essex, Waterloo, Hamilton, Région de York, Ottawa-Carleton, Prescott-Russell, et Cornwall), qui représentent environ 4 000 lits du programme (soit près de 85 % de l'ensemble des lits de la province). Les 17 secteurs restants gérés par des GSMR ne représentent qu'environ 700 lits du Programme de financement des foyers (soit à peu près 15 % de

tous les lits de la province). Pour cette étude descriptive, nous avons sélectionné un échantillon de 250 participantes et participants afin de fournir des estimations généralement exactes avec une marge d'erreur de plus ou moins 6 %.

Le nombre de personnes recrutées dans chaque secteur géré par un GSMR était proportionnel au nombre de lits des foyers du secteur en question. Par exemple, celui de Windsor comptait 355 lits, soit 9 % du total des 4 024 lits des huit secteurs de l'étude. Ainsi, environ 9 % des personnes participantes à l'étude ont été recrutées dans le secteur de Windsor. Les foyers ont été sélectionnés au hasard au sein de chaque secteur géré par les GSMR, et les participantes et participants éventuels l'ont également été dans chacun des foyers sélectionnés.

Avant de commencer la recherche, le MSSC a fourni des renseignements sur l'étude à toutes les municipalités et à tous les exploitants de foyers de la province. Une fois terminée la sélection au hasard des foyers par l'équipe de recherche, chaque GSMR a alors envoyé des lettres d'avis aux foyers qui avaient été choisis pour participer à l'étude. L'équipe de recherche a ensuite téléphoné aux exploitants de ces établissements pour obtenir la permission de recruter des participantes et participants dans leur établissement. L'équipe a fait au moins quatre tentatives pour communiquer avec chaque exploitant. En cas de refus, on sélectionnait un autre établissement du même secteur.

La plupart des établissements ont un mélange de locataires bénéficiaires de subventions privées et du Programme de financement des foyers, mais seuls ces derniers pouvaient être sélectionnés. L'équipe de recherche et le personnel des foyers travaillaient alors de concert pour repérer les personnes admissibles et désireuses de participer à l'étude. Les membres bilingues de l'équipe de recherche se sont adressés aux personnes dont la langue préférée était le français, et les ont interrogées. Les locataires dont les aptitudes mentales étaient gravement affaiblies ou qui n'étaient pas en mesure de donner un consentement éclairé étaient réputés non admissibles, selon ce que déterminait l'équipe de recherche ou bien le personnel ou l'exploitant du foyer. Si la ou le pensionnaire choisi n'était pas là au moment du recrutement (p. ex. à cause d'un rendez-vous chez le médecin ou d'une participation à un programme de jour) on sélectionnait au hasard une ou un autre pensionnaire. Pendant toute la durée du processus de sélection, nous avons pris des mesures pour assurer le respect de la confidentialité des renseignements concernant tous les locataires de chaque établissement.

Matériel d'enquête

Le matériel d'enquête a été conçu pour être administré à l'aide d'un crayon et d'une feuille de papier; l'équipe de recherche l'a élaboré en anglais en consultation avec le comité consultatif du projet. Les items étaient choisis en se fondant sur la vaste expérience de l'équipe qui avait effectué des sondages similaires de sans-abri et de personnes ayant des logements précaires. Chaque fois que c'était possible, les items provenaient de matériel d'enquête précédemment validé. Le matériel d'enquête a fait l'objet d'un essai pilote auquel ont participé 12 personnes de Habitat Services à Toronto¹; le matériel a été révisé pour

¹ Il n'y a pas de foyers à Toronto. Les essais pilotes ont eu lieu dans deux établissements de Habitat Services à Toronto, car ils offraient à l'équipe de recherche la possibilité de faire passer des entrevues à un

améliorer la facilité d'administration, et pour faciliter les choses aux personnes participantes. Le comité consultatif du projet et la Fondation ontarienne de la santé mentale en ont approuvé les modifications mineures.

Le matériel d'enquête et le formulaire de consentement ont été traduits en français par un service de traduction professionnel. La contre-traduction a été effectuée par deux assistants de recherche bilingues du CRICH qui n'avaient pas de lien avec le service de traduction.

Éthique morale et analyse des données

Toutes les personnes participantes à l'étude ont donné par écrit un consentement éclairé pour participer à l'étude et ont reçu 20 dollars pour remplir le sondage. Le conseil d'éthique en recherche de l'Hôpital St. Michael a examiné et approuvé cette étude. La saisie informatique et l'analyse des entrevues et des données provinciales ont été effectuées à l'aide du logiciel d'analyse statistique SPSS 16.0.

RÉSULTATS

Caractéristiques démographiques

Entre janvier et mai 2008, un total de 258 personnes participantes provenant de 54 foyers se sont inscrites à l'étude (taux de réponse de 71 %). Ces personnes avaient les caractéristiques suivantes :

- 59 % étaient de sexe masculin,
- 77 % avaient moins de 65 ans,
- 90 % étaient de race blanche,
- 50 % étaient des personnes vivant seules ou qui n'avaient jamais été mariées,
- 54 % n'avaient pas obtenu de diplôme d'études secondaires,
- 96 % n'occupaient pas d'emploi rémunéré au moment considéré,
- 90 % parlaient l'anglais comme première langue,
- 98 % étaient de citoyenneté canadienne,
- 88 % étaient locataires de l'Ontario depuis 20 ans ou plus.

Les locataires de moins de 65 ans étaient en général des hommes (65 %), alors que les locataires de 65 ans et plus étaient en général des femmes (63 %).

États pathologiques physiques et déficience intellectuelle

La majorité des personnes participantes (89 %) ont déclaré avoir au moins un état pathologique physique. Voici les plus couramment signalés : arthrite, rhumatisme ou problèmes d'articulation, difficulté à marcher, hypertension, diabète, asthme, bronchite chronique ou emphysème, épilepsie ou crises, anémie, crise cardiaque, maladie de la peau et attaque. Vingt et un pour cent des personnes participantes ont indiqué qu'elles avaient une déficience intellectuelle et 30 % ont dit avoir des troubles d'apprentissage ou d'autres déficiences.

groupe comparable aux pensionnaires des foyers. Habitat Services fournit un hébergement en pensions de famille et en milieux de soins privés à des locataires ayant de graves problèmes de santé mentale.

Problèmes diagnostiqués de santé mentale et d'abus d'alcool ou de drogues

Les locataires des foyers avaient une très forte prévalence de problèmes de santé mentale : 73 % des personnes participantes ont indiqué avoir fait l'objet d'au moins un diagnostic de problème de santé mentale (à l'exclusion de l'abus d'alcool ou de drogues ou de la dépendance à ces substances psychoactives), et 52 % ont indiqué que l'on avait diagnostiqué qu'elles avaient au moins un des problèmes de santé mentale graves suivant : schizophrénie, psychose autre que la schizophrénie, trouble affectif bipolaire (psychose maniacodépressive) et trouble maniaque. La majorité des personnes participantes à l'étude (64 %) n'ont indiqué aucune consommation d'alcool ou de drogues au cours des trois dernières années. En se fondant sur l'instrument intitulé Global Appraisal of Individual Needs (GAIN) (évaluation globale des besoins du sujet), 8 % des personnes participantes ont été classés comme ayant un degré modéré de dépendance envers l'alcool ou les autres drogues au cours de la dernière année, et 5 % comme ayant un degré élevé de dépendance. Un total de 23 % des personnes participantes avaient consommé de l'alcool ou d'autres drogues ou des deux au cours des trois dernières années, mais étaient classés comme ayant un degré de dépendance envers l'alcool ou les autres drogues nul ou faible.

Qualité de vie

Comparé à la population canadienne, les locataires des foyers avaient de beaucoup plus fortes chances d'indiquer qu'ils avaient des problèmes pour se déplacer, pour accomplir des activités usuelles et prendre soin d'eux-mêmes, qu'ils ressentaient de la douleur ou de l'inconfort et étaient sujets à l'anxiété ou à la dépression. Leur auto-évaluation de leur qualité de vie pour ce qui concernait la santé était aussi plus mauvaise que celle de la population canadienne (inférieure de 11 points).

Soins de santé

La plupart des personnes participantes (87 %) ont indiqué qu'elles avaient un fournisseur de soins de santé, qui était dans la plupart des cas un médecin de famille. Il était plus courant que la personne aille voir son médecin de famille à son cabinet (64 %) que le médecin se rende au foyer pour voir la personne (38 %). Un total de 40 % des personnes participantes avaient un psychiatre qu'elles voyaient régulièrement. Le degré de satisfaction générale concernant la façon dont les services de soins de santé avaient été prodigués pendant les 12 derniers mois était élevé, et 81 % des personnes participantes indiquaient qu'elles étaient très satisfaites ou relativement satisfaites. Un total de 41 % des personnes participantes ont indiqué qu'on les accompagnait lors des visites pour soins de santé. Il s'agissait le plus fréquemment d'un membre du personnel ou de l'exploitant du foyer (37 %) ou bien d'un membre de la famille, d'une amie ou d'un ami (35 %). La vaste majorité (97 %) des personnes participantes prenaient des médicaments prescrits, et 79 % d'entre elles indiquaient qu'elles recevaient de l'aide pour prendre leurs médicaments. La personne qui les aidait pour ce faire était le plus souvent un membre du personnel ou l'exploitant du foyer (64 %) ou bien une infirmière ou un infirmier qui travaillait au foyer (32 %).

Services de soutien et vie communautaire

Un total de 43 % des personnes participantes ont indiqué qu'elles avaient une préposée ou un préposé aux services de soutien² qui les aidait à avoir accès aux services, et le même pourcentage mentionnait l'utilisation d'un certain type de services ou de soutiens communautaires au cours des 12 derniers mois ou pendant la durée de leur séjour dans le foyer (si c'était moins de 12 mois). Voici les services ou soutiens les plus couramment utilisés : programmes de santé mentale, centres d'accueil, offices religieux, services visant le traitement de la toxicomanie, activités offertes sur les lieux et hors du foyer, par exemple : arts et artisanat, films, bingo, sorties sociales, activités récréatives comme le jeu de quilles, l'exercice et la danse. Un tiers de tous les types de services ou de soutiens communautaires utilisés par les personnes participantes à l'étude étaient offerts au foyer. Les activités constituaient les services ou les soutiens les plus courants fournis au foyer (p. ex., se rendre à un centre commercial ou à un centre communautaire), offices religieux, suivi intensif dans le milieu, programmes de santé mentale et services sociaux de la ville. Le degré de participation des personnes aux activités communautaires au cours des 12 derniers mois ou pendant la durée de leur séjour dans le foyer (si c'était moins de 12 mois) était généralement faible. Voici les seules activités auxquelles plus de la moitié des personnes participantes indiquaient prendre part parfois, souvent ou très souvent : aller en promenade (77 %), aller au restaurant, dans un bar ou un café-restaurant (62 %) ou bien aller dans un centre commercial ou dans une grande zone commerciale (59 %). L'évaluation des obstacles pour s'intéresser ou participer à des activités communautaires ne faisait pas partie de cette étude.

Soutiens sociaux et choix personnel

Le soutien était perçu comme relativement élevé, et 80 % des personnes participantes ont indiqué avoir au moins une personne avec laquelle elles se sentaient à l'aise et pouvaient parler de problèmes personnels. Voici les personnes que ces participantes et participants citaient le plus couramment : amis (75 %), famille (72 %) et personnel ou exploitant du foyer (68 %). La majorité des personnes participantes pensaient qu'on leur proposait des choix pendant leur séjour au foyer. Plus de 75 % d'entre elles pensaient qu'elles avaient des choix en matière de finances (façon de dépenser leur argent) et d'heures auxquelles se coucher, elles se sentaient en mesure de faire une plainte à un membre du personnel à propos du foyer et d'être en désaccord avec le personnel du foyer.

Logement

Les personnes participantes avaient tendance à être des locataires de longue durée dans les foyers, la durée moyenne de la location dans le foyer où elles se trouvaient au moment considéré était de 5,1 ans. Les locataires avaient très probablement emménagé dans leur résidence actuelle en ayant quitté leur propre maison ou la maison familiale (28 %), un appartement (28 %) ou un autre foyer (17 %). Les trois types les plus courants de résidences où avaient vécu les personnes non âgées et les personnes âgées avant

² Nous n'avions pas donné aux locataires une définition de l'expression « préposée ou préposé aux services de soutien », ils et elles ont donc pu inclure dans cette notion du personnel du foyer qui leur fournissait de l'aide pour accéder aux services.

d’emménager dans leur foyer actuel étaient leur propre maison ou la maison familiale, un appartement ou un autre foyer. Voici les motifs les plus couramment cités pour emménager dans leur foyer actuel : problèmes de santé mentale, changement de situation de famille, désir de déménager dans une meilleure résidence, santé physique, besoin d’assistance pour la vie quotidienne ou administration de médicaments, et le fait que leur ancienne résidence n’était plus disponible. Un total de 35 % des personnes participantes avaient été des sans-abri pendant leur vie. Toutefois, il ne s’agissait habituellement pas d’une situation récente, et en moyenne elles avaient été sans-abri pour la dernière fois il y avait environ 10 ans.

Les personnes participantes ont indiqué qu’elles considéraient que la qualité de leur hébergement était d’un niveau relativement élevé dans leur foyer actuel. Le score moyen de qualité était de 33,8, six représentant le pire score possible et 42 le meilleur possible. Un total de 87 % des locataires a dit aimer au moins certains aspects de la vie dans le foyer, et 48 % en détestaient au moins certains aspects. Quand nous les avons interrogées sur leurs préférences, 63 % des personnes participantes ont déclaré qu’elles préféreraient rester dans leur foyer actuel, tandis que 33 % auraient préféré déménager ailleurs. Parmi celles qui ont dit préférer déménager ailleurs ou qui n’étaient pas sûres, 56 % ont dit prévoir déménager dans les six prochains mois. Un appartement, une maison à soi ou une maison familiale et un autre foyer constituaient les trois types les plus courants de logement que désiraient ces locataires.

Comparaison des problèmes de santé physique et mentale, et des déficiences intellectuelles et des troubles d’apprentissage par âge

Les personnes de moins de 65 ans (personnes non âgées) étaient très différentes de celles qui avaient 65 ans et plus (personnes âgées). Les premières étaient plus susceptibles d’avoir une déficience intellectuelle, des troubles d’apprentissage ou d’autres déficiences, un traumatisme crânien, des problèmes de santé mentale (à l’exclusion de l’abus d’alcool ou d’autres drogues ou de la dépendance envers des substances psychoactives), des problèmes de santé mentale graves, de l’abus d’alcool ou d’autres drogues ou de la dépendance envers des substances psychoactives signalées par elles, et d’avoir consommé de l’alcool ou des drogues au cours des trois dernières années.

Santé, utilisation des services ou des soutiens communautaires, et participation des intéressés aux activités communautaires : comparaisons des sous-groupes

Les entrevues indiquaient que les foyers servaient des personnes ayant diverses caractéristiques et divers besoins en matière de service. Nous avons effectué d’autres analyses pour examiner les différences par groupe d’âge (personnes non âgées par opposition aux personnes âgées), par taille d’établissements (établissements plus petits par opposition aux plus grands), par durée de location dans le foyer occupé au moment considéré (locataires de courte durée par opposition à locataires de longue durée), par problèmes de santé mentale graves (présence par opposition à absence), par déficience intellectuelle (présence par opposition à absence) et par troubles du développement, troubles d’apprentissage ou autres déficiences. Les constatations tirées des comparaisons des sous-groupes figurent dans le **Tableau 1**. Pour chacune des analyses des sous-groupes, le tableau présente ceux qui avaient les résultats les plus positifs dans

les domaines évalués. Par exemple, les personnes non âgées avaient un meilleur état de santé physique que les personnes âgées, et les locataires ayant des déficiences intellectuelles étaient mieux intégrés dans la collectivité que les locataires qui n'en avaient pas.

Couplage des informations avec la base de données provinciale

Une proportion importante des locataires des foyers recevaient une aide financière du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) ou du programme Ontario au travail. Nous avons obtenu un identificateur de ces programmes pour 191 (74 %) des personnes participantes. Le couplage des informations avec les bases de données du ministère des Services sociaux et communautaires et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée a réussi pour 178 personnes (69 % de la totalité des personnes participantes et 93 % de celles pour lesquelles nous avons obtenu un numéro). La plupart de ces personnes participantes recevaient des prestations du POSPH (94 %), une très petite proportion en recevait du programme Ontario au travail (3 %), et 3 % avaient reçu des prestations de l'un de ces deux programmes, mais n'en recevaient plus. Le nombre moyen de déménagements entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 mai 2008 était de 2,6. Pendant ce laps de temps, 30 % des locataires n'avaient pas déménagé, 35 % avaient déménagé d'une à quatre fois, et 20 % avaient déménagé cinq fois ou plus.

Voici les diagnostics primaires et secondaires les plus courants de la CIM-9 pour les 178 personnes participantes dont les données de l'aide sociale étaient accessibles : schizophrénie (41 %), retard du développement ou déficience mentale (15 %), troubles de la personnalité (12 %), troubles névrotiques (12 %), psychoses affectives (8 %) et épilepsie (4 %). Nous avons comparé la présence de certains états pathologiques signalés par les intéressés avec les dossiers de détermination de l'invalidité du POSPH pour déterminer la concordance entre ces deux sources de données. Pour les 178 personnes participantes pour lesquelles nous avons pu effectuer le couplage des informations, le dossier de détermination de l'invalidité confirmait le diagnostic de schizophrénie ou de psychose pour 67 % des personnes qui l'avaient signalé. Par comparaison, les chiffres correspondants n'étaient que de 22 % pour les personnes qui avaient signalé un diagnostic de déficience intellectuelle, de 20 % pour un diagnostic de troubles bipolaires ou de trouble maniaque, et de 25 % pour tout autre diagnostic de santé mentale.

Ces chiffres relativement bas pour la corrélation des déficiences intellectuelles, des troubles bipolaires ou des troubles maniaques ou bien des autres diagnostics de santé mentale signalés par les intéressés avec les diagnostics du POSPH, peuvent provenir d'un certain nombre de facteurs. Premièrement, une personne peut signaler avec exactitude qu'elle a un état pathologique précis (p. ex. une déficience intellectuelle), mais elle peut s'être qualifiée pour obtenir des prestations d'invalidité sur la base d'un état pathologique différent (p. ex. l'épilepsie). Deuxièmement, le dossier de détermination de l'invalidité ne contient que les diagnostics primaires et secondaires de la personne; par conséquent, dans le cas d'une personne qui a trois états pathologiques ou plus, le dossier d'invalidité ne pourra pas confirmer à tout le moins certains de ces diagnostics. Troisièmement, les personnes peuvent mentionner un état pathologique qui est dans une catégorie différente de celle du diagnostic assigné par le processus de détermination de

l'admissibilité (p. ex., une personne peut signaler par elle-même un trouble bipolaire, mais on peut lui avoir assigné un code du CIM-9 pour dépression majeure). Quatrièmement, il se peut, pour les motifs susmentionnés, que l'on indique que la personne n'a « aucune déficience » comme code de diagnostic primaire du CIM-9. Enfin, les personnes peuvent signaler par elles-mêmes des états pathologiques (p. ex. dépression) qui n'ont pas été officiellement confirmés par un fournisseur de soins de santé. Dans l'ensemble, ces constatations soulignent le fait qu'une entrevue diagnostique structurée ou un examen minutieux des dossiers médicaux, et non pas une corrélation avec le dossier de détermination de l'admissibilité, constituerait une méthode préférable pour confirmer des diagnostics de déficiences intellectuelles ou de santé mentale signalés par l'intéressé.

DISCUSSION

Points forts et limites de l'étude

Cette étude comporte un certain nombre de points forts très importants. Elle fournit des renseignements fiables et détaillés sur les locataires des foyers; ils ont été obtenus lors d'entrevues en tête à tête avec des personnes d'un échantillon représentatif de locataires et par couplage d'information avec des bases de données sur les déficiences. Le degré de collaboration des exploitants de foyers était très élevé, et 71 % des locataires admissibles ont convenu de participer à l'étude. Nous avons utilisé des méthodes de recherche rigoureuses pour veiller à avoir les normes les plus élevées possible en matière de qualité des données et d'analyse.

Il conviendrait de garder à l'esprit certaines limites de la présente étude. En particulier, elle n'échantillonne pas les locataires de 17 secteurs gérés par des GSMR qui représentent 15 % des lits de foyers de l'Ontario, et il se peut que l'on ne puisse pas généraliser les résultats de la présente étude à ces collectivités publiques. De plus, 13 % des personnes auxquelles nous nous étions adressés pour une participation éventuelle à cette étude ont été jugées non admissibles, essentiellement parce qu'elles n'étaient pas aptes à converser de façon adéquate. Ces personnes peuvent donc représenter un sous-groupe de locataires de foyers ayant des degrés de déficience et de maladie plus élevés que les personnes recrutées pour l'étude. Il se peut donc que nos constatations sous-estiment les degrés de déficience ou de maladie de l'ensemble des locataires des foyers.

Tableau 1 : Comparaisons des sous-groupes

	Meilleur état de santé physique ³	Meilleur état de santé mentale ⁴	Meilleure intégration communautaire ⁵	Plus grande utilisation des services et des soutiens communautaires ⁶	Plus susceptibles d'avoir un(e) préposé(e) aux services de soutien pour les aider à accéder aux services	Plus jeunes ⁷
Personnes âgées c. personnes non âgées	Personnes non âgées	Personnes âgées	Personnes non âgées	Personnes non âgées	Personnes non âgées	
Établissements plus petits c. établissements plus grands	PD	PD	Locataires en établissements plus petits	Locataires en établissements plus petits	Locataires en établissements plus grands	Locataires en établissements plus petits
Locataires de longue durée c. locataires de courte durée	PD	Locataires de longue durée	Locataires de longue durée	Locataires de courte durée	Locataires de longue durée	Locataires de courte durée
Locataires ayant de graves problèmes de santé mentale c. locataires sans graves problèmes de santé mentale	PD	Locataires sans graves problèmes de santé mentale	Locataires ayant de graves problèmes de santé mentale	Locataires ayant de graves problèmes de santé mentale	Locataires ayant de graves problèmes de santé mentale	Locataires sans graves problèmes de santé mentale
Locataires ayant des déficiences intellectuelles c. locataires sans déficiences intellectuelles	PD	Locataires sans déficiences intellectuelles	Locataires ayant des déficiences intellectuelles	Locataires ayant des déficiences intellectuelles	Locataires ayant des déficiences intellectuelles	Locataires ayant des déficiences intellectuelles
Locataires ayant des déficiences intellectuelles, des troubles d'apprentissage ou d'autres déficiences c. locataires sans déficiences intellectuelles, troubles d'apprentissage ou autres déficiences	PD	Locataires sans déficiences intellectuelles, troubles d'apprentissage ou autres déficiences	Locataires ayant des déficiences intellectuelles, des troubles d'apprentissage ou d'autres déficiences	Locataires ayant des déficiences intellectuelles, des troubles d'apprentissage ou d'autres déficiences	Locataires ayant des déficiences intellectuelles, des troubles d'apprentissage ou d'autres déficiences	Locataires ayant des déficiences intellectuelles, des troubles d'apprentissage ou d'autres déficiences

Nota : PD = pas de différence

c. = contre (ou par opposition à)

³ Mesuré à l'aide du score moyen de la sous-échelle d'évaluation de la catégorie « santé physique » du questionnaire SF-12 sur l'état de santé.

⁴ Mesuré à l'aide du score moyen de la sous-échelle d'évaluation de la catégorie « santé mentale » du questionnaire SF-12 sur l'état de santé.

⁵ Au cours des 12 derniers mois ou pendant la durée de leur séjour dans leur foyer actuel (si c'est moins de 12 mois). L'intégration communautaire mesurée à l'aide du score moyen des activités communautaires avait tendance à être faible chez tous les groupes, bien que certains sous-groupes eussent une meilleure intégration communautaire quand on les comparait à leurs homologues.

⁶ Au cours des 12 derniers mois ou pendant la durée de leur séjour dans leur foyer actuel (si c'est moins de 12 mois).

⁷ Mesuré à l'aide de l'âge moyen des locataires.

Implications et conclusions

En résumé, la présente étude fournit des renseignements fiables et précieux sur les caractéristiques des locataires de foyers en Ontario. Depuis la création du Programme de financement des foyers il y a plus de trois décennies, ce programme a nettement évolué en passant des logements pour personnes âgées fragiles à des logements pour un groupe diversifié d'adultes vulnérables, dont des personnes âgées, et des personnes ayant des problèmes de santé mentale, des maladies physiques et des déficiences intellectuelles. Le personnel des foyers aide les locataires d'un certain nombre de façons, et notamment pour ce qui suit : prendre les médicaments qui leur sont prescrites, les accompagner pour recevoir des soins de santé, et leur fournir du soutien social. Néanmoins, ces personnes ont tendance à utiliser relativement peu de services communautaires et à avoir un faible degré de participation aux activités communautaires. Les locataires des foyers perçoivent généralement la qualité de leur hébergement comme étant assez bonne, et 63 % ont dit préférer demeurer dans leur résidence actuelle. Bien que formuler des politiques ou des recommandations spécifiques dépasse le cadre du présent rapport, nous espérons que les renseignements qu'il contient seront utiles pour contribuer à l'élaboration de politiques et à la planification de programmes à l'avenir.