

Milieux de vie pour les personnes âgées en perte d'autonomie

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et du soutien à
l'amélioration des modes d'intervention –
services sociaux et santé mentale

Milieux de vie pour les personnes âgées en perte d'autonomie

Rédaction

Anne-Josée Guimond

Annie Tessier

Elodie Traverse

Collaboration

Sarah-Maude Deschênes

Coordination scientifique

Sara Beha

Anne-Josée Guimond

Marilyne Joyal

Direction

Marie-Claude Sirois

Anne Chamberland

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteures principales (en ordre alphabétique)

Anne-Josée Guimond, Ph. D.

Annie Tessier, Ph. D.

Elodie Traverse, Kin., Ph. D.

Collaboratrice interne

Sarah-Maude Deschênes, M. Sc., Dt. P.

Coordonnatrices scientifiques

Sara Beha, M. Sc.

Anne-Josée Guimond, Ph. D.

Marilyne Joyal, Ph. D.

Adjointe à la direction

Anne Chamberland, M. S. S.

Directrice

Marie-Claude Sirois, M. Sc. Ps. éd., M. Sc. Adm

Soutien administratif

Julie Dionne

Bureau – Méthodes, données et éthique

Unité – Science de l'évaluation

Coordonnateur scientifique

Olivier Demers-Payette, Ph. D.

Professionnelles scientifiques

Caroline Cambourieu, Ph. D.

Sylvie Arbour, Ph. D.

Unité – Science de l'information

Repérage de l'information scientifique

Vicky Tessier, M.S.I., M.A. litt. comp.

Soutien documentaire

Bin Chen, techn. docum.

Équipe de l'édition

Jean Talbot

Nathalie Vanier

Sous la coordination de

Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de

Littera Plus, révision linguistique

Mark A. Wickens, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026

ISBN 978-2-555-04576-7 (PDF)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2026

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2026). Milieux de vie pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Québec, Qc : INESSS. 52 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité consultatif sont :

Geneviève Archambault, directrice SAPA Hébergement, Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées - Hébergement, Santé Québec Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Amélie Boutin, directrice par intérim, Direction du continuum résidentiel et d'hébergement, Direction générale des services à la jeunesse, à la communauté et de l'hébergement, sous-ministériat aux services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux

Anne-Marie Cliche, conseillère cadre hébergement, soins et services de longue durée, Direction du programme SAPA – hébergement, Santé Québec Laurentides, CHSLD de Blainville

Nathalie Delli Colli, professeure titulaire, vice-doyenne à l'enseignement et à la formation pratique, Faculté des lettres et des sciences humaines, Université de Sherbrooke

Carol Hudon, professeur titulaire, École de psychologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

Mélissa Paradis-Lapointe, directrice adjointe SAPA – hébergement, Santé Québec Montérégie-Est

Nathalie Pouliot, représentante de l'Association québécoise des milieux de vie pour aînés (AQMVA), directrice des affaires gouvernementales, Regroupement québécois des résidences pour aînés (RQRA), remplacée en mai 2026 par **Marc Fortin**, représentant de l'Association québécoise des milieux de vie pour aînés, président-directeur général, Regroupement québécois des résidences pour aînés

André Tessier, directeur du programme SAPA, Santé Québec Abitibi-Témiscamingue

Déclaration d'intérêts

Les membres de l'équipe de projet de l'INESSS déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts et de rôles. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce projet. Les membres du comité consultatif et les lecteurs externes ont déclaré les éléments suivants :

Nathalie Delli Colli a effectué des communications et a contribué à des publications scientifiques en lien avec la thématique de ce projet.

Carol Hudon est directeur du laboratoire vivant Camelia dont la mission est l'amélioration de la qualité des soins, des services et de l'organisation du travail dans les maisons des aînés et alternatives ainsi que dans les CHSLD. Il réalise des projets de recherche pour lesquels il reçoit du financement et fait des activités de communication

orales (médiatiques et colloques) et écrites. Les conclusions de ses travaux font la promotion des vertus du milieu de vie Maisons des aînés et alternatives.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou celles des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	V
SIGLES ET ACRONYMES	IX
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE	3
1.1 Questions décisionnelle et d'évaluation.....	3
1.2 Revue de la littérature.....	3
1.2.1 Recension de la littérature.....	3
1.3 Données issues des démarches consultatives	4
1.3.1 Comité consultatif.....	4
1.3.2 Comités permanents de l'INESSS	4
1.4 Intégration de l'ensemble des données	4
1.5 Processus de validation	5
2 RÉSULTATS	6
2.1 Caractéristiques des personnes âgées et taux d'hébergement.....	6
2.1.1 Proportion de personnes âgées dans la population.....	6
2.1.2 Perte d'autonomie	6
2.2 Description des milieux de vie.....	9
2.3 Milieux de vie sans soins	9
2.3.1 Domicile privé	10
2.3.2 Habitat partagé	11
2.3.3 Communauté de retraite naturelle avec programme intégré de services de soutien (CRN-PSS)	13
2.3.4 Village.....	16
2.3.5 Habitat participatif	17
2.3.6 Résidences privées sans soins	19
2.4 Milieux de vie avec soins ponctuels	21
2.4.1 Résidences privées avec soins	21
2.4.2 Milieu de type ressource intermédiaire et de type familial.....	24
2.5 Milieux de soins de longue durée.....	25
2.5.1 CHSLD et équivalents.....	26
2.5.2 Autres milieux de soins de longue durée	27
2.6 Milieux avec soins et services évolutifs	31
2.6.1 Description et caractéristiques.....	31
DISCUSSION.....	35
CONCLUSION	37
RÉFÉRENCES.....	38

ANNEXE I	50
Description des principales caractéristiques, forces et limites des milieux de vie recensés	50

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I-1 Principales caractéristiques, forces et limites des milieux de vie	50
---	----

RÉSUMÉ

Introduction

Au Québec, une hausse majeure de la proportion de la population âgée est attendue d'ici 2031. La croissance de la population âgée est généralement associée à des besoins grandissants en termes de milieux de vie adaptés. La majorité des personnes âgées souhaitent vieillir dans le milieu de vie de leur choix. Toutefois, plusieurs travaux indiquent que l'offre actuelle de milieux de vie pour les personnes âgées répond difficilement à l'entièreté de leurs besoins. Notamment, des enjeux d'accessibilité des logements sont identifiés, en particulier pour les personnes en perte d'autonomie modérée à sévère.

La volonté de répondre aux besoins en portant une attention à la continuité des soins et services, à l'équité d'accès, à la qualité de vie et à la gestion efficiente des ressources publiques incite à revoir l'offre de milieux de vie destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Méthodologie

Cet état des connaissances a été élaboré en intégrant l'information provenant d'une revue de la littérature scientifique et grise ainsi que de la consultation de parties prenantes afin de répondre aux questions d'évaluation suivantes :

- 1) Quels sont les milieux de vie qui accueillent les personnes âgées en perte d'autonomie, tant au Québec que dans les autres provinces canadiennes et à l'international ?
- 2) Pour chaque milieu de vie, quels sont les principales caractéristiques, les avantages, les limites et les enjeux associés à leur mise en œuvre selon les profils d'autonomie des personnes âgées, en tenant compte des dimensions populationnelle, clinique, organisationnelle, socioculturelle et économique ?

Résultats et constats

Caractéristiques des personnes âgées et taux d'hébergement

La proportion de personnes âgées âgées de 65 ans et plus s'élevait à 22 % de la population totale au Québec en 2025. Dans l'ensemble du Canada et dans plusieurs autres pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques), des proportions similaires sont observées, allant de 18 à 22 % de la population générale. Dans l'ensemble de la population âgée, la perte d'autonomie sévère se situe à 2 % au Québec, et autour de 3 % au Canada et dans certains pays de l'OCDE comparables. Parmi les personnes âgées hébergées en milieux de soins de longue durée, la proportion de personnes qui présentent une perte d'autonomie modérée ou sévère est plus élevée. Par exemple, 78 % des nouvelles admissions en centre

d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au Québec concernaient des pertes d'autonomie modérées à sévères en 2022-2023.

La grande majorité des personnes âgées québécoises, soit 91 %, vit dans un domicile privé, tandis que le reste vit en milieu collectif. C'est une proportion plus élevée que celle observée au Canada, notamment en raison d'un recours plus élevé aux résidences privées pour aînés au Québec.

Les proportions de personnes âgées en milieux de soins de longue durée ainsi que les taux de lits disponibles par 1 000 habitants de 65 ans et plus varient sensiblement entre le Québec, le Canada et les autres pays de l'OCDE en fonction des modèles de prestation de soins et d'organisation des milieux de vie. Au Québec, le taux de lits de soins de longue durée est de 24/1 000, tandis qu'il est de 29/1 000 au Canada en considérant uniquement les foyers de soins de longue durée qui offrent des soins infirmiers 24 heures sur 24 et qui disposent de lits financés ou subventionnés par le secteur public. Dans une analyse internationale qui considère également d'autres types de milieux de soins résidentiels (p. ex. foyers de groupe pour personnes vivant avec un handicap ou une dépendance), le taux au Canada est de 47 lits pour 1 000 personnes âgées. Certains pays affichent des taux plus élevés, notamment les Pays-Bas (73/1 000), la Suède (65/1 000) et la Belgique (65/1 000) alors que d'autres sont plus similaires, comme les États-Unis (29/1 000) ou encore la France (46/1 000). Ces écarts doivent toutefois être interprétés avec prudence, puisqu'ils reflètent notamment des différences dans les types de milieux de vie considérés, la répartition entre les secteurs public et privé, l'offre globale de soins et services destinés aux personnes âgées ainsi que les méthodes de collecte de données.

Description des milieux de vie

Les données de la littérature ont permis de répertorier plusieurs milieux de vie pour personnes âgées, regroupés sous quatre types de milieux qui se trouvent sur un continuum résidentiel: 1) milieux de vie sans soins, 2) milieux de vie avec soins ponctuels, 3) milieux de soins de longue durée et 4) milieux de vie avec soins et services évolutifs. L'état des connaissances présente une synthèse des caractéristiques, des considérations de mise en œuvre et des forces et limites pour chaque milieu.

L'intégration des données issues de la littérature scientifique et grise ainsi que des consultations a permis de dégager les constats suivants :

- **Peu de milieux recensés offrent une continuité de soins et de services qui permettrait aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer dans le même milieu de vie selon l'évolution de leurs besoins.**

En effet, la plupart des milieux recensés sont adaptés aux besoins liés à des niveaux spécifiques de perte d'autonomie (p. ex. de légère à modérée, de modérée à sévère), ce qui est susceptible d'entraîner une transition lorsque les besoins évoluent.

- **Les milieux avec soins et services évolutifs apparaissent les plus propices pour répondre aux besoins tout en limitant les transitions et en favorisant une continuité organisationnelle et relationnelle.**

Ces milieux offrent l'ensemble des soins et services sur un même site; ils permettent de répondre aux besoins des personnes âgées autonomes et à ceux des personnes qui présentent une perte d'autonomie allant de légère à sévère, et de réduire le nombre des déménagements ou de les limiter à un même site géographique.

- **Comme option alternative aux milieux de vie avec soins et services évolutifs, l'intégration des soins et services ainsi que la proximité territoriale entre les milieux pourraient permettre de réduire les transitions et de favoriser la continuité des soins et services ainsi que le maintien des personnes âgées au sein d'une même communauté.**

Des partenariats de résidences privées pour aînés (RPA) de différents niveaux, ou encore le regroupement de plusieurs milieux offrant différents niveaux de soins tels qu'une RPA avec une résidence intermédiaire (RI) au sein d'un même bâtiment ou d'une même zone géographique, seraient susceptibles de favoriser davantage la continuité des soins et services et de se rapprocher du concept des milieux de vie avec soins et services évolutifs.

- **Une offre de milieux de vie diversifiée semble importante pour répondre aux besoins et aux préférences des personnes âgées.**

Dans la perspective d'une offre résidentielle diversifiée, plusieurs milieux de vie pourraient contribuer à répondre aux besoins des personnes âgées tant sur le plan de l'autonomie que sur celui de la qualité de vie.

Les milieux de vie sans soins offrent des options pour les personnes âgées autonomes ou en perte d'autonomie légère à modérée. Les milieux de vie avec soins ponctuels représentent une option résidentielle intéressante pour les personnes âgées en perte d'autonomie modérée à sévère. Les milieux de soins de longue durée, quant à eux, demeurent essentiels pour les personnes âgées en grande perte d'autonomie. Certains de ces milieux de soins de longue durée constituent des milieux novateurs empreints d'un changement de culture.

En outre, la majorité des personnes âgées souhaitent rester à leur domicile le plus longtemps possible ou vivre dans des milieux dont l'atmosphère s'en rapproche. Plusieurs milieux recensés correspondent à cette préférence – p. ex. communautés de retraite naturelle (CRN), village, habitat participatif, RPA de petite taille, ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF), milieux de soins de longue durée à petite échelle.

- **L'ensemble des milieux présente des défis qui peuvent limiter leur mise en œuvre, leur pérennité et leur accessibilité.**

La coordination, notamment avec les services de soutien à domicile et les autres partenaires de la communauté, peut-être complexe. À l'intérieur d'un même type de milieu, l'offre de soins et services peut varier. Cette hétérogénéité est particulièrement relevée dans les milieux offrant des niveaux de soins élevés et elle est susceptible d'influer sur la continuité des parcours. Le manque de personnel influe également sur la continuité des soins et services et l'accessibilité. Enfin, des enjeux liés aux coûts, à la fois pour l'utilisateur et pour le réseau, ainsi qu'au financement peuvent limiter la pérennité des milieux et l'accès, en particulier pour les personnes issues de milieux socio-économiques défavorisés.

- **Les données soulignent la pertinence du soutien à domicile, du soutien informel offert par les personnes proches aidantes ou obtenu par de l'entraide au sein de la communauté ainsi que de différentes technologies dans la plupart des milieux recensés.**

Ces modalités de soutien pourraient constituer des pistes de solutions à explorer pour améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées dans les différents milieux de vie.

Conclusion

Ces travaux ont documenté une diversité de milieux de vie pour les personnes âgées en perte d'autonomie, et ils rappellent que la réponse aux besoins dépasse ce seul cadre et s'inscrit dans une réalité complexe liée à l'offre, à la coordination et à la continuité des soins et des services. La réponse aux besoins des personnes âgées repose aussi sur des enjeux multidimensionnels impliquant divers acteurs, et ce, dans un contexte plus large de politiques publiques liées au vieillissement. Les constats issus de la littérature doivent être interprétés avec nuances au vu de la diversité, notamment entre les autorités. Ces travaux alimentent ainsi la réflexion sur une offre de milieux de vie adaptée aux besoins des personnes âgées au Québec.

SUMMARY

Living environments for seniors experiencing a loss of independence

Introduction

A considerable increase in the proportion of Québec's senior population is expected by 2031. Senior population growth is generally associated with increasing needs in terms of suitable living environments. Most seniors want to age in the living environment of their choice. However, several studies indicate that the current options of living environments for seniors do not meet all their needs. In particular, housing accessibility issues have been identified, especially for those with a moderate to severe loss of independence.

The desire to meet these needs while ensuring continuity of care and services, equitable access, quality of life, and the efficient management of public resources call for a review of the current options of living environments for seniors experiencing a loss of independence.

Methodology

This state-of-knowledge report was prepared by incorporating data from a review of scientific and gray literature and from stakeholder consultations to address the following questions:

- 1) What types of living environments are available for seniors experiencing a loss of independence, both in Québec and in the other Canadian provinces, as well as abroad?
- 2) For each living environment, what are the main characteristics, the benefits, the drawbacks, and the challenges associated with their implementation, based on seniors' independence profiles, taking populational, clinical, organizational, sociocultural and economic factors into account?

Results and findings

Characteristics of seniors and housing rates

In 2025, the proportion of seniors aged 65 and over stood at 22% of Québec's total population. Across Canada and in several other OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) countries, similar proportions, ranging from 18% to 22% of the general population, are observed. In Québec, 2% of the entire senior population have a severe loss of independence. In Canada and in certain comparable OECD countries, the figure is around 3%. Among seniors residing in long-term care facilities, the proportion of those with a moderate or severe loss of independence is higher. For example, 78% of the new admissions to residential and long-term care centres (CHSLDs) in Québec in 2022–2023 involved a moderate to severe loss of independence.

The vast majority of Québec seniors – 91% – live in private homes, while the rest live in community settings. This proportion is higher than that observed for all of Canada, mainly because of greater use of private senior residences in Québec.

The proportion of seniors in long-term care centres and the number of available beds per 1000 residents aged 65 and over vary fairly between Québec, Canada and the other the OECD countries, depending on the care delivery models and on how living environments are organized. In Québec, the long-term care bed rate is 24 per 1000, while for all of Canada, it is 29 per 1000 when considering only long-term care homes that offer 24-hour nursing care and have beds funded or subsidized by the public sector. In an international analysis that considers other types of residential care settings as well (e.g., group homes for people living with a disability or an addiction), the rate in Canada is 47 beds per 1000 seniors. Some countries have higher rates, such as the Netherlands (73 per 1000), Sweden (65 per 1000) and Belgium (65 per 1000), while others are more comparable, such as the United States (29 per 1000) and France (46 per 1000). However, these differences should be interpreted with caution, as they reflect, among other things, differences in the types of living environments considered, the breakdown between the public and private sectors, the overall offer of care and services for seniors, and the data collection methods.

Description of living environments

Several types of living environments for seniors were identified in the literature. They are grouped into four categories situated on a residential continuum: 1) non-care living environments, 2) living environments with occasional care, 3) long-term care facilities, and 4) living environments with evolving care and services. This state-of-knowledge report provides a synthesis of the characteristics, implementation considerations, as well as strengths and limitations for each type of environment.

Integrating the data from the scientific and gray literature, and from the consultations led to the following findings:

- **Few of the settings identified provide continuity of care and services that would enable seniors experiencing a loss of independence to remain in the same living environment as their needs change.**

In fact, most of the environments identified are tailored to the needs associated with specific levels of loss of independence (e.g., mild to moderate or moderate to severe), which is likely to result in a transition when those needs change.

- **Settings offering evolving care and services appear to be best suited to meet needs while minimizing transitions and promoting organizational and relational continuity.**

These settings offer a full range of care and services at a single location. They make it possible to meet the needs of both independent seniors and those with a mild to severe loss of independence, and to reduce the number of moves or limit them to a single geographic location.

- **As an alternative to living environments with evolving care and services, the integration of care and services and the geographical proximity between different living environments could help reduce transitions and promote continuity of care and services and enable seniors to remain in the same community.**

Partnerships between private seniors' residences (RPAs) at different levels or the grouping of multiple settings offering different levels of care, such as an RPA and an intermediate resource in the same building or geographic area, could further promote continuity of care and services and bring us closer to the concept of living environments with evolving care and services.

- **A diverse range of living environments appears to be key to meeting seniors' needs and preferences.**

With the goal of providing a diverse range of housing options, various living environments could help meet seniors' needs in terms of both independence and quality of life.

Non-care living environments offer options for seniors who are independent or who experience a mild to moderate loss of independence. Living environments with occasional care constitute an attractive residential option for seniors with a moderate to severe loss of independence. Long-term care facilities, meanwhile, are essential for seniors with a severe loss of independence. Some of these long-term care facilities are innovative settings characterized by a cultural change.

In addition, most seniors want to stay in their own homes for as long as possible or live in settings with a similar atmosphere. Several of the living environments identified align with this preference, e.g., natural occurring retirement communities (NORCs), villages, cooperative housing, small private seniors' residences, intermediate and family-type resources (RI-RTFs), and small-scale long-term care settings.

- **All of these environments present challenges that may limit their implementation, sustainability and accessibility.**

Coordination, particularly with home support services and other community partners, can be complex. Even within the same type of setting, the range of care and services offered can vary. This heterogeneity is particularly evident in settings providing high levels of care and is likely to affect the continuity of trajectories. Staff shortages also affect the continuity of care and services, as well as accessibility. Lastly, issues related to costs, for both the user and the health care system, and to funding can limit the sustainability of the living environments and access to them, particularly for people from disadvantaged socioeconomic backgrounds.

- **The data highlight the importance of home care, informal support provided by family caregivers or obtained through community, and of different technologies in most of the living environments identified.**

These forms of support could serve as potential solutions to explore in order to better meet the needs of seniors in different living environments.

Conclusion

This report has documented a variety of living environments for seniors experiencing a loss of independence, and it reminds us that meeting their needs goes beyond this single framework and is part of a complex reality of the insurance of the provision, coordination and continuity of care and services. Meeting seniors' needs also depends on multidimensional issues involving various stakeholders, this within the broader context of public policies related to aging. The findings from the literature should be interpreted with nuance, given the diversity that exists, particularly among government agencies. This report therefore contributes to the discussion on providing living environments tailored to the needs of Québec seniors.

SIGLES ET ACRONYMES

AQMVA	Alliance québécoise des milieux de vie pour aînés
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
BMDE	Bureau — Méthodes, données et éthique
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
DREES	Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques
CRN-PSS	Communautés de retraite naturelles – Programme de services de soutien
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
EHPAD	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
HLM	Habitations à loyer modique
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
LSSSS	<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>
MDA	Maison des aînés
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OSBL	Organisme sans but lucratif
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI	Ressource intermédiaire
RPA	Résidence privée pour aînés
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RTF	Ressource de type familial
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
TNC	Troubles neurocognitifs
TNCM	Troubles neurocognitifs majeurs

INTRODUCTION

Problématique

En 2025, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 22 % de la population du Québec, soit un peu plus de 1,9 million d'individus (Institut de la statistique du Québec). Selon les projections, la proportion des personnes âgées s'établira respectivement à 24 % en 2031 et à 26 % en 2051 (Vitrine sur le vieillissement de la population et des personnes âgées). Ainsi, la majeure partie de la hausse se produirait d'ici 2031 (Vitrine sur le vieillissement de la population et des personnes âgées). La croissance qui devrait être la plus forte d'ici 2071 est celle des 85 ans et plus (178 %), suivie de celle des 75-84 ans (81 %), puis de celle des 65-74 ans (12 %). Cette croissance sera associée à des besoins grandissants en termes de milieux de vie adaptés.

Un milieu de vie désigne un environnement physique, social et organisationnel dans lequel une personne âgée réside, que ce soit à son domicile privé ou dans toute autre habitation (INESSS, Gouvernement du Québec, 2018, 2023b; 2018). Au Québec, les principaux milieux de vie dans lesquels résident des personnes âgées en perte d'autonomie sont le domicile privé, la résidence privée pour aînés (RPA), la ressource intermédiaire et la ressource de type familial (RI-RTF), le centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les Maisons des aînés (MDA).

La majorité des personnes âgées souhaitent vieillir dans le milieu de vie de leur choix. Elles veulent demeurer dans un environnement familial et adapté où elles se sentent en sécurité et peuvent maintenir des liens avec leur famille, leurs amis et leurs voisins, ou toute autre personne importante pour elles (Gouvernement du Québec, 2024). Une enquête récente (Clavet *et al.*, 2023) révèle que les personnes âgées québécoises privilégieraient fortement le recours au soutien à domicile (SAD) plutôt qu'un milieu de vie en RI-RTF ou en CHSLD lorsque leurs besoins de soutien sont faibles ou modérés. D'ailleurs, le plan d'action ministériel *La fierté de vieillir* vise à créer des environnements sains et accueillants dans la communauté pour permettre aux personnes âgées de vieillir à domicile (Gouvernement du Québec, 2024).

Plusieurs travaux ont été réalisés afin de brosser un portrait des besoins actuels et futurs en termes de milieux de vie et de services pour les personnes âgées en perte d'autonomie (Clavet *et al.*, 2023; CSBE, 2021; CSBE, 2024a; CSBE, 2024b; Gouvernement du Québec, 2023c; Sponem *et al.*, 2021). Actuellement, l'offre ne permet pas de répondre à l'entièreté des besoins (Clavet *et al.*, 2023), et des personnes âgées sont en attente d'une place en milieu de soins de longue durée (p. ex. CHSLD, MDA) au Québec¹. De plus, le nombre de personnes âgées ayant des besoins, ainsi que leur niveau de besoin, seraient en croissance (Clavet *et al.*, 2023). En effet, une modélisation prévoit une augmentation des besoins en services à domicile (SAD). Il est projeté qu'entre 2023 et 2040 le nombre de personnes avec des incapacités liées aux activités

¹ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001637/>

de la vie domestique (AVD) augmenterait de 59 %, alors que l'augmentation du nombre de personnes vivant avec des incapacités sévères serait de 83 % (Clavet *et al.*, 2023). L'augmentation de l'espérance de vie chez les personnes d'âge élevé pourrait éventuellement expliquer ce phénomène. Selon les projections faites dans la perspective du maintien des modes de fonctionnement actuels, l'ampleur des besoins non satisfaits ne cessera d'augmenter malgré la croissance importante de l'offre de milieux de vie en RI-RTF SAPA (soutien à domicile des personnes âgées), en CHSLD ou en MDA et des coûts qui y sont associés (Clavet *et al.*, 2023). Des pistes relatives à certains milieux déjà présents au Québec ont été avancées dans ces travaux pour tenter de mieux répondre aux besoins actuels et futurs des personnes âgées en perte d'autonomie. Par exemple, la création de nouvelles ententes avec le secteur privé (CHSLD privés et RPA), une utilisation ciblée des CHSLD pour les personnes en grande perte d'autonomie (profil Iso-SMAF - système de mesure de l'autonomie fonctionnelle - ≥ 10) ou encore la bonification du SAD ont été suggérées (Clavet *et al.*, 2023; Gouvernement du Québec, 2023c).

Par ailleurs, environ 9 % des personnes âgées québécoises vivraient dans des conditions de logement précaires, particulièrement les personnes âgées en milieu rural, en raison de facteurs économiques (Garon *et al.*, 2018). De plus, la solitude et l'isolement social vécus par certaines personnes âgées sont susceptibles de compromettre leur santé et leur bien-être (OMS, 2025). D'ailleurs, briser la solitude fait partie des motivations évoquées par les personnes qui passent du domicile privé à un logement collectif (Corneliusson *et al.*, 2019). Parmi les personnes âgées québécoises qui ne vivent pas dans un établissement institutionnel (p. ex. CHSLD), 28 % vivent seules et environ 14 % rapportent se sentir toujours ou souvent seules (Vitrine sur le vieillissement de la population et des personnes âgées).

Contexte de la demande

La volonté de répondre au besoin croissant de milieux de vie adaptés, qui favorisent la continuité des soins et services, l'équité d'accès, la qualité de vie et la gestion responsable des finances publiques, amène à repenser l'offre de milieux de vie pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

C'est dans ce contexte que l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) est mandaté pour offrir un éclairage sur les forces et les limites des différents milieux de vie destinés aux personnes âgées.

1 MÉTHODOLOGIE

Les méthodes de collecte des données et d'analyse sont présentées brièvement ici, et de façon détaillée à l'annexe A (voir le document *Annexes complémentaires*). Cet état des connaissances a été élaboré en triangulant l'information provenant d'une revue de la littérature scientifique et grise ainsi que de la consultation de parties prenantes.

1.1 Questions décisionnelle et d'évaluation

La question décisionnelle qui a guidé les travaux est la suivante : Quelle offre de milieux de vie répondrait le mieux aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie au Québec, tout en favorisant une continuité des soins et services, une équité d'accès et une qualité de vie adéquate?

Voici les questions d'évaluation plus spécifiques :

- 1) Quels sont les milieux de vie pouvant accueillir les personnes âgées en perte d'autonomie, tant au Québec que dans les autres provinces canadiennes et à l'international?
- 2) Pour chaque milieu de vie, quels sont les principales caractéristiques, les avantages, les limites et les enjeux associés à leur mise en œuvre selon les profils d'autonomie des personnes âgées, en tenant compte des dimensions populationnelle, clinique, organisationnelle, socioculturelle et économique?

1.2 Revue de la littérature

1.2.1 Recension de la littérature

La stratégie de repérage a été élaborée en collaboration avec une conseillère en information scientifique (bibliothécaire). Les bases de données bibliographiques MEDLINE, EBM Reviews (Cochrane Database of Systematic Reviews), PsycInfo et CINAHL Complete ont été interrogées en juin 2025 en tenant compte des concepts suivants : les aînés, les types de milieux de vie et 1) soit l'évaluation économique (avec le filtre économique de l'Agence des médicaments du Canada – AMC – modifié), soit 2) les perspectives patient ou proche aidant.

Les résultats ont été limités aux documents publiés à partir de 2016. Élaborée d'abord dans MEDLINE, la stratégie a fait l'objet d'une révision par un autre conseiller en information scientifique et elle a été par la suite adaptée dans chacune des bases de données consultées.

D'autres sources spécialisées, dont des sources de la littérature grise, ont été consultées : sites Web d'agences en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux, thèses et mémoires, et sources en services sociaux, organismes gouvernementaux de pays dont le réseau de la santé et les

pratiques cliniques ont des similitudes avec ceux du Québec – p. ex. États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, France, Angleterre, Écosse.

Par ailleurs, en raison de la nature descriptive des questions d'évaluation posées, aucune évaluation de la qualité méthodologique des documents de la littérature scientifique et grise répertoriés n'a été faite. De fait, la qualité méthodologique des documents ne reflète pas nécessairement la qualité de l'information disponible sur les milieux de vie.

La stratégie élaborée pour chacune des bases de données bibliographiques, la liste des autres sources consultées, les procédures de sélection et d'extraction ainsi que de gestion des références se trouvent aux annexes B et C du document *Annexes complémentaires*.

1.3 Données issues des démarches consultatives

1.3.1 Comité consultatif

Un comité consultatif a été constitué afin d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et pratique ainsi que l'acceptabilité professionnelle et sociale du produit de connaissances. Les membres ont été invités à partager de l'information contextuelle et expérientielle, de l'expertise ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux. Les membres ont été sollicités en fonction de leurs connaissances et expertises, selon les besoins du projet. Le comité incluait sept membres, dont deux gestionnaires en soutien à l'autonomie des personnes âgées, l'une travaillant dans un centre urbain et l'autre dans une région rurale, une représentante de l'Alliance québécoise des milieux de vie pour aînés (AQMVA), une conseillère en hébergement, soins et services de longue durée d'un CHSLD et deux chercheurs. De plus, la directrice par intérim de la direction du continuum résidentiel et d'hébergement du MSSS a assisté aux rencontres à titre d'observatrice. Une attention particulière a été portée à la représentativité géographique des membres, puisque des enjeux d'accessibilité des milieux de vie sont présents selon les régions.

1.3.2 Comités permanents de l'INESSS

Le Comité délibératif permanent - Services sociaux et santé mentale a été rencontré en début de projet afin que ses membres partagent leurs perspectives sur le plan de réalisation et les enjeux envisagés.

1.4 Intégration de l'ensemble des données

L'intégration des données issues de la littérature scientifique et des démarches de consultation a permis l'élaboration d'une synthèse narrative analytique visant à dégager les principaux constats ainsi que les similitudes et les divergences entre les différentes options de milieux de vie destinées aux personnes âgées. Cette intégration visait à présenter une compréhension globale et structurée des milieux de vie existants au

Québec, dans les autres provinces canadiennes et à l'international ainsi que de leurs principales caractéristiques. Il est à noter que la comparaison entre les données issues de différents pays demeure limitée par des différences entre les pays en matière de systèmes de soins et de services, de types de milieux de vie, de gouvernance, de normes culturelles, de disponibilité des données – notamment pour le secteur privé – ainsi que par des écarts méthodologiques dans la littérature recensée, y compris sur l'utilisation d'années de référence, de sources statistiques et d'échelles différentes de mesure de l'autonomie des personnes âgées.

Par ailleurs, la triangulation des données a mis en lumière les avantages, les limites et les enjeux liés à la mise en œuvre de ces milieux de vie, en tenant compte des dimensions populationnelles, cliniques, organisationnelles, socioculturelles et économiques.

1.5 Processus de validation

La validation scientifique a été assurée par les personnes de l'équipe projet à chaque étape de l'élaboration de l'état des connaissances. Les différents guides méthodologiques de l'INESSS ont été suivis pour assurer la qualité scientifique de l'état de connaissance. Le Bureau — Méthodes, données et éthique (BMDE) de l'INESSS a également été invité à attester de la rigueur méthodologique.

2 RÉSULTATS

2.1 Caractéristiques des personnes âgées et taux d'hébergement

2.1.1 Proportion de personnes âgées² dans la population

Comme mentionné précédemment, en 2025, la proportion de personnes âgées s'élevait à 22 % de la population totale au Québec (Institut de la statistique du Québec).

Au Canada, elle représentait 19 % de la population (Statistique Canada). Des proportions comparables ont été observées dans les autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques; par exemple, les personnes âgées représentaient 18 % de la population aux États-Unis et en Australie, 20 % en Belgique et aux Pays-Bas, 21 % en Suède et en France, et 22 % en Allemagne (United Nations Statistics Division).

2.1.2 Perte d'autonomie

En ce qui concerne la perte d'autonomie dans la population âgée en général, 2 % des personnes âgées québécoises et 3 % des personnes âgées canadiennes présentaient une incapacité grave ou totale dans les AVD ou les AVQ (activités de la vie quotidienne) en 2019-2020 (Statistique Canada). En Belgique, aux États-Unis et en France, 3 % des personnes âgées ont rapporté des limitations sévères dans les activités de la vie domestique ou quotidienne en 2021 (OCDE, 2025a). Cette proportion était de 2 % en Suède et de 1 % aux Pays-Bas (OCDE, 2025a).

Des données portant sur la perte d'autonomie plus spécifiquement parmi les personnes âgées hébergées en milieux de soins de longue durée ont également été relevées. Au Québec, des données gouvernementales ont montré que 78 % des personnes nouvellement admises en CHSLD avaient un profil Iso-SMAF 10-14 en 2022-2023 (Gouvernement du Québec, 2023c). En Belgique, 80 % des personnes âgées hébergées en milieux de soins de longue durée en 2021 avaient un niveau de dépendance modéré ou sévère³, et environ 30 % présentaient le niveau de dépendance le plus sévère (Belgian healthcare knowledge center (KCE), 2024). En France, les proportions de personnes âgées présentant les niveaux de perte d'autonomie les plus sévères⁴ varient selon le type de milieu de soins de longue durée et se situaient, en 2023, autour de 55 % dans les milieux d'hébergement pour personnes âgées

² À moins d'indication contraire, dans la présente section, le terme « personne âgée » fait référence aux personnes de 65 ans et plus.

³ En Belgique, le niveau de dépendance est mesuré par l'échelle de Katz, qui évalue l'autonomie d'une personne dans six activités de base de la vie quotidienne. Le score total détermine la catégorie de dépendance (0, A, B, C ou Cd) et oriente vers le type de soins approprié. Les niveaux B, C ou Cd indiquent un niveau de dépendance modéré ou sévère, et le niveau Cd représente le niveau de dépendance le plus sévère (Belgian healthcare knowledge center (KCE), 2024; Domiris).

⁴ En France, le niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée est mesuré avec la grille Aggir. À l'issue de l'évaluation, la personne est classée dans 1 des 6 Gir possibles. Les Gir 1 et 2 représentent les niveaux de perte d'autonomie les plus sévères (Service Public).

dépendantes (EHPAD)⁵ et à 78 % dans les unités de soins de longue durée en 2023 (DREES, 2025); voir le document *Annexes complémentaires*, Annexe D, Tableau D-1, pour plus d'information.

Types de milieux de vie

La très grande majorité des personnes âgées québécoises, soit 91 %, vit dans un domicile privé⁶ (Statistique Canada). Parmi celles-ci, 58 % vivent dans une maison, 41 % occupent un appartement locatif ou un appartement en copropriété (*condominium*) et 1 à 2 % vivent dans un autre type de construction résidentielle (p. ex. logement mobile) (Vitrine sur le vieillissement de la population et des personnes âgées, s.d. -e). Les femmes seraient généralement moins susceptibles que les hommes de vivre dans un domicile privé (Vitrine sur le vieillissement de la population et des personnes âgées).

Le reste de la population âgée au Québec, soit 9 %, vit en milieu collectif⁷ (Statistique Canada). Au Canada, cette proportion s'établit à 6 % (Statistique Canada). Il semble que l'écart entre le Québec et l'ensemble du Canada soit en partie explicable par le recours plus élevé aux RPA au Québec; en effet, 4 % des personnes âgées québécoises y sont hébergées, comparativement à 2 % en moyenne pour l'ensemble du Canada (Statistique Canada). En ce qui concerne les CHSLD, le Québec se situe dans la moyenne canadienne, avec environ 2 % des personnes âgées hébergées (Statistique Canada). Ailleurs dans le monde, la proportion de personnes âgées hébergées dans les milieux de soins de longue durée tend à varier selon les pays. Au cours des dernières années aux États-Unis, 2 % des personnes âgées étaient hébergées dans ce type de milieu (London *et al.*, 2024); cette proportion était de 3 % aux Pays-Bas (Statistics Netherlands), 4 % en Australie (Australian Institute of Health and Welfare), en France (DREES, 2025) et en Suède (OCDE, 2025b), 5 % en Allemagne (Stiel *et al.*, 2023) et 6 % en Belgique (Belgian healthcare knowledge center (KCE), 2024).

⁵ Les proportions de personnes âgées de 65 ans et plus présentant des Gir 1-2 étaient de 56 % dans les EHPAD publics et de 58 % dans les EHPAD privés à but lucratif.

⁶ Dans le présent rapport, le terme « domicile privé » est employé pour désigner les maisons, appartements locatifs, appartements en copropriété (*condominiums*) et autres types de constructions résidentielles qui ne s'adressent pas spécifiquement à une clientèle âgée. Il n'inclut pas les logements collectifs tels que les RPA. Dans la littérature scientifique et grise, les termes « logement privé » et « ménage privé » sont également employés pour désigner ce milieu (Gouvernement du Canada, 2021; Vitrine sur le vieillissement de la population et des personnes âgées).

⁷ Le logement collectif est défini comme un logement de nature commerciale, institutionnelle ou communautaire dans lequel une personne, ou un groupe de personnes, réside ou pourrait résider (Gouvernement du Canada, 2021). Des soins ou des services ou encore des installations communes telles qu'une cuisine ou une salle de bains partagées par les occupants doivent y être offerts (Gouvernement du Canada 2021). Les logements collectifs comprennent, par exemple, les établissements de soins infirmiers et les résidences pour personnes âgées (Gouvernement du Canada, 2021).

Taux de lits de soins de longue durée

Cette section vise à décrire, pour le Québec, le Canada et d'autres pays de l'OCDE, les taux de lits disponibles par 1 000 habitants de 65 ans et plus dans des milieux de vie de type CHSLD (ou équivalents)⁸.

Selon des données issues du recensement canadien de 2021, chez les personnes de 65 ans et plus, les taux de lits de soins de longue durée disponibles dans les milieux de soins de longue durée⁹ étaient de 24/1 000 au Québec et 29/1 000 au Canada (Institut canadien d'information en santé, 2021). Une forte variation a été observée entre les provinces et les territoires avec des taux passant de 18/1 000 au Nunavut à 56/1 000 au Yukon.

Dans un rapport récent, l'OCDE a publié le nombre de lits disponibles par 1 000 habitants de 65 ans et plus en milieux de soins de longue durée chez les personnes âgées pour l'année 2023 (ou l'année la plus proche disponible) (OCDE, 2025a). De manière comparable au rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé mentionné ci-haut, l'OCDE a calculé les taux à partir des mêmes données du recensement canadien de 2021. Toutefois, elle a également considéré d'autres types de milieux de soins résidentiels (p. ex. foyers de groupe pour personnes vivant avec un handicap ou une dépendance), ce qui entraîne un taux plus élevé de 47 lits pour 1 000 personnes âgées au Canada¹⁰. Dans les autres pays, les taux observés étaient notamment de 29/1 000 aux États-Unis, 46/1 000 en France, 47/1 000 en Australie, 54/1 000 en Allemagne, 64/1 000 en Belgique, 65/1 000 en Suède et 73/1 000 aux Pays-Bas (OCDE, 2025a).

Les comparaisons entre les provinces canadiennes et entre les pays doivent toutefois être interprétées avec prudence. Les systèmes de soins et services, les types de milieu de vie ainsi que leur gouvernance et leur répartition entre les secteurs public et privé diffèrent d'un pays à l'autre, tout comme les normes culturelles qui peuvent influencer sur le recours aux soins de longue durée (OCDE, 2017). Les dernières données disponibles d'un pays peuvent aussi ne pas refléter des réformes politiques récentes, telles que le virage vers le maintien à domicile (OCDE, 2024). Par ailleurs, certains renseignements, comme ceux concernant les soins reçus au privé à long terme, sont difficiles à colliger, ce qui peut biaiser les taux observés (OCDE, 2017). Enfin, des différences méthodologiques (p. ex. année de référence, sources de données, méthodes employées,

⁸ Étant donné les différences entre les pays concernant les types de milieu de vie disponibles, seules les données portant sur les milieux de soins de longue durée de type CHSLD ou équivalents, qui sont présents dans tous les pays inclus, sont présentées.

⁹ Centres de soins infirmiers, établissements de soins continus, établissements de soins en hébergement.

¹⁰ En 2021, la majorité des places de soins de longue durée au Canada pour les personnes âgées de 65 ans et plus se trouvaient en établissements de soins infirmiers (172 235 places) et dans les établissements qui sont une combinaison d'un établissement de soins infirmiers et d'une résidence pour personnes âgées (64 515 places). Les établissements de soins résidentiels tels que les foyers de groupe pour personnes vivant avec un handicap ou une dépendance représentaient une minorité des places (13 010). Au Québec, les nombres de places répertoriées pour chacun de ces trois types d'établissement s'élevaient à 39 515, 29 630 et 2 985, respectivement (Statistique Canada).

échelles de mesure de la perte d'autonomie utilisées) limitent la comparaison entre les différents pays.

2.2 Description des milieux de vie

Afin de décrire les différents milieux de vie recensés destinés aux personnes âgées selon leur niveau d'autonomie, les milieux seront présentés selon un continuum de milieux de vie. Celui-ci est basé principalement sur le type de clientèle qu'il peut accueillir et en fonction des soins et services qu'il peut prodiguer à l'interne.

Les données de la littérature ont permis de recenser plusieurs milieux de vie pour personnes âgées, présentés dans cette section selon quatre types de milieux : 1) Milieux de vie sans soins, 2) Milieux de vie avec soins ponctuels, 3) Milieux de soins de longue durée et 4) Milieux de vie avec soins et services évolutifs. Pour chaque milieu inclus, une synthèse des caractéristiques, des considérations de mise en œuvre¹¹ et des forces et limites identifiées est présentée (sections 2.3 à 2.6). Une synthèse des principales forces et limites de chacun des milieux recensés est présentée à l'annexe I du présent rapport.

Au-delà des caractéristiques du milieu de vie, il importe de considérer les autres modalités de soutien disponibles, qui pourraient améliorer la réponse aux besoins de la personne âgée et éviter ou retarder les transitions. Par exemple, le soutien à domicile pourrait contribuer en complétant, notamment, l'offre de service. Le soutien informel, par des personnes proches aidantes ou par de l'entraide au sein d'une même communauté, pourrait également favoriser le maintien de la personne âgée dans son milieu (Alwin *et al.*, 2021; Belger *et al.*, 2019; Cès *et al.*, 2021; CSBE, 2023; MSSS, 2026; Roquebert et Tenand, 2024; Rusinovic *et al.*, 2019; van Lier *et al.*, 2019). De plus, différentes technologies peuvent soutenir le maintien sur place de la personne âgée, sous réserve de considérations liées à l'acceptabilité, à la littératie numérique nécessaire pour les utiliser et au respect de l'intimité et de la vie privée (Gouvernement du Canada, 2019; Graham *et al.*, 2017; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2023). Bien que les présents travaux n'aient pas porté directement sur ces modalités, et qu'elles ne seront donc pas décrites de façon détaillée dans les sections qui suivent, les données ont souligné leur potentielle pertinence dans la plupart des milieux recensés.

2.3 Milieux de vie sans soins

Les milieux sans soins ont une mission principalement résidentielle et ils n'intègrent pas de soins dans leur entente d'hébergement, contrairement à d'autres milieux qui mentionnent explicitement la prestation de soins dans leur offre de services sur place. Ils incluent le domicile privé, l'habitat partagé ainsi que quatre options de milieux de vie collectifs, soit la communauté de retraite naturelle, le village, l'habitat participatif et la RPA sans soins (et milieux équivalents). Ils ciblent principalement les personnes autonomes ou semi-autonomes.

¹¹ Lorsque de l'information pertinente était disponible.

2.3.1 Domicile privé

Le domicile privé est un milieu où les personnes âgées demeurent dans leur propre habitation ou emménagent dans un logement mieux adapté à leurs besoins (p. ex. de plain-pied ou de taille réduite comme un appartement en copropriété (*condominium*) ou un appartement en location) qui n'est pas destiné spécifiquement à leur groupe d'âge (Gouvernement du Canada, 2019). Ce milieu implique qu'en situation de perte d'autonomie les personnes âgées fassent appel à des soins et services externes afin de répondre à leurs besoins.

Le domicile privé peut prendre la forme d'une maison familiale intergénérationnelle où des membres d'une même famille vivent ensemble. Cette option est toutefois peu documentée dans la littérature au-delà des aménagements domiciliaires qui sont parfois requis (Garland, 2017).

2.3.1.1 Considérations de mise en œuvre

Différents moyens peuvent être envisagés pour favoriser le maintien des personnes âgées dans leur domicile privé. Des rénovations et des adaptations du domicile peuvent être effectuées pour en améliorer la sécurité et l'accessibilité et ainsi éviter un déménagement (Gouvernement du Canada, 2019). Au Québec, en 2019, environ le quart des personnes de 65 ans et plus avaient à leur domicile des adaptations facilitant leurs activités quotidiennes et favorisant leur maintien sur place (Vitrine sur le vieillissement de la population et des personnes âgées). Toutefois, 7 % des personnes de 65 ans et plus estimaient ne pas avoir toutes les adaptations requises (Vitrine sur le vieillissement de la population et des personnes âgées). Le manque de connaissances pour effectuer des modifications domiciliaires et de ressources pour les mettre à exécution est susceptible de limiter l'application de ces stratégies (Gouvernement du Canada, 2019). Différents mécanismes de financement des modifications domiciliaires sont proposés par les gouvernements, sous différentes formes (p. ex. crédits d'impôt, subventions) afin de favoriser le vieillissement dans la collectivité (Gouvernement du Canada, 2019; Gouvernement du Québec, 2025).

L'approche de l'aménagement universel constitue un moyen de répondre aux besoins des personnes âgées lors de la modification de leur domicile ou dans la construction de bâtiments neufs. Selon cette approche, l'espace de circulation dans les pièces et entre celles-ci devrait être suffisant pour se déplacer en fauteuil roulant ou à l'aide d'un déambulateur, et la conception devrait inclure des éléments comme des barres d'appui, une baignoire dotée d'une porte ou une douche sans obstacle, etc. (Gouvernement du Canada, 2019; UTILE, 2019). L'adaptation du domicile ou le déménagement dans un logement aménagé selon cette conception est susceptible d'accroître l'autonomie et de favoriser le vieillissement chez soi (Gouvernement du Canada, 2019). Différentes instances, comme la Société d'habitation du Québec, pourraient soutenir la mise en œuvre de cette approche au Québec à travers différents programmes.

2.3.1.2 Forces et limites

Qualité de vie

- L'option du domicile privé respecterait l'attachement de la personne aînée envers sa résidence et permettrait de maintenir ses liens avec les réseaux sociaux dans la collectivité immédiate (Gouvernement du Canada, 2019).
- Certaines personnes aînées qui demeurent dans ce type de milieu pourraient toutefois vivre de la solitude et avoir des préoccupations concernant leur sécurité, particulièrement avec l'avancée en âge (Corneliusson *et al.*, 2019; Vitrine sur le vieillissement de la population et des personnes aînées).

Accès et équité

- La capacité de payer et d'entretenir un logement serait un enjeu pour plusieurs personnes aînées, notamment celles qui vivent seules (Bauer *et al.*, 2017; Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Gouvernement du Canada, 2019).
- Selon des études québécoises qui ont comparé les coûts totaux des soins et services payés par les usagers et le gouvernement dans différents types de milieux de vie, il est plus avantageux en termes de coût total qu'une personne aînée vivant avec une perte d'autonomie légère à modérée reçoive des services du SAD plutôt que des soins dans une RI-RTF ou un CHSLD. Il serait même possible d'accroître significativement le taux de services en soutien à domicile pour plusieurs niveaux de besoins tout en conservant un coût inférieur à celui en RI-RTF ou en CHSLD (Clavet *et al.*, 2021a; Clavet *et al.*, 2021b).

2.3.2 Habitat partagé

L'habitat partagé réunit une personne aînée qui partage son domicile privé avec une autre personne, souvent un adulte plus jeune (p. ex. un étudiant) qui fournit du soutien pratique (p. ex. entretien ménager, commissions) ou social (p. ex. partage de repas ou d'activités) en échange d'un loyer réduit (Bodkin et Saxena, 2017; Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Garland, 2017; Gonzales *et al.*, 2020; Gouvernement du Canada, 2019; Henry *et al.*, 2019; Lavoie *et al.*, 2016; Magid *et al.*, 2022; Sengers et Peine, 2021).

Au Québec, ce type de milieu semble peu ou pas développé. En revanche, ailleurs au Canada et à l'international, il est davantage représenté. Généralement, une tierce partie, par exemple un organisme sans but lucratif (OSBL) ou une organisation issue d'un partenariat public-privé, coordonne le processus de jumelage, effectue un suivi tout au long de la cohabitation pour assurer que les deux parties respectent l'entente, et offre, en cas de conflit, de la médiation ou un accompagnement vers des ressources appropriées (Bodkin et Saxena, 2017; Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Fraser et Collins, 2024; Garland, 2017; Gonzales *et al.*, 2020; Henry *et al.*, 2019; Lavoie *et al.*, 2016; Magid *et al.*, 2022; Sengers et Peine, 2021).

Le soutien offert par le locataire n'inclut pas les soins d'hygiène ou de santé (Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Garland, 2017; Magid *et al.*, 2022). Pour certaines personnes âgées, il peut donc être nécessaire de faire appel à des services externes (p. ex. SAD) en complément pour combler l'entièreté de leurs besoins, notamment en ce qui concerne les soins (Centre de recherche sur le vieillissement, 2016). Ainsi, ce type de milieu de vie serait plus adapté aux personnes qui présentent une perte d'autonomie légère à modérée (Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Henry *et al.*, 2019; Lavoie *et al.*, 2016).

Sur le plan du financement, les résidents, locataires comme locataires, paient généralement une cotisation annuelle à l'organisme responsable du jumelage, le cas échéant (Centre de recherche sur le vieillissement, 2016). Du soutien financier peut aussi être offert par différents partenaires tels que les établissements d'études supérieures qui dirigent certaines demandes d'hébergement en résidences étudiantes vers l'organisme responsable du processus, des entreprises en recrutement à l'extérieur de la région qui dirigent leurs employés vers l'organisme ou encore les services de santé et services sociaux locaux (Centre de recherche sur le vieillissement, 2016).

2.3.2.1 Considérations de mise en œuvre

Le comité consultatif a relevé que, dans un contexte québécois, la coordination du processus de jumelage et le suivi par un organisme seraient intéressants pour prévenir les abus envers les aînés.

2.3.2.2 Forces et limites

Qualité de vie

- L'habitat partagé pourrait permettre de procurer de la compagnie, de l'aide domestique et un sentiment de sécurité à la personne âgée sans qu'elle ait à déménager (Adekoya, 2021; Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Garland, 2017; Henry *et al.*, 2019; Macmillan *et al.*, 2018; Magid *et al.*, 2022).
- Ce milieu favoriserait les apprentissages intergénérationnels (Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Garland, 2017; Macmillan *et al.*, 2018; Magid *et al.*, 2022).
- Il pourrait potentiellement occasionner des pertes de liens relationnels lorsque le locataire quitte (Garland, 2017) ou encore des tensions ou conflits interpersonnels – p. ex. partage de l'espace, respect des engagements (Adekoya, 2021; Bodkin et Saxena, 2017; Gonzales *et al.*, 2020).

Accès et équité

- Le partage du milieu de vie générerait des économies pour le locateur (revenu perçu et services reçus) (Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Henry *et al.*, 2019) et bonifierait l'offre de logements abordables pour les jeunes (Macmillan *et al.*, 2018).

- Des lois ou règlements existants dans certains types d'habitation (p. ex. copropriétés) ou municipalités pourraient ne pas permettre l'habitat partagé (Benzie *et al.*, 2020; Gonzales *et al.*, 2020).
- Le recours à un organisme pour soutenir le processus de jumelage et de médiation serait susceptible d'être associé à des coûts (Garland, 2017; Magid *et al.*, 2022) et à de la lourdeur administrative pour l'usager, selon les experts consultés.

Continuité des soins et services

- La présence du jeune locataire diminuerait le recours de la personne aînée en perte d'autonomie légère et modérée à certains soins et services du système de santé et de services sociaux local et pourrait ainsi permettre d'éviter certaines dépenses publiques (Macmillan *et al.*, 2018).

2.3.3 Communauté de retraite naturelle avec programme intégré de services de soutien (CRN-PSS)

Le terme « communauté de retraite naturelle » (CRN en français, ou *Naturally Occurring Retirement Communities-NORC* en anglais) a été créé aux États-Unis au début des années 1980 (Adekoya, 2021; Gouvernement du Canada, 2019, 2022; Greenfield, 2016; National council on aging, 2024). Une CRN désigne un milieu qui n'est pas spécifiquement conçu pour les personnes âgées, mais qui, au fil du temps, finit par abriter une forte proportion de résidents âgés dans une même zone géographique ou un même bâtiment (Adekoya, 2021; Gouvernement du Canada, 2019, 2022; National council on aging, 2024). Ce milieu tend à soutenir le vieillissement en santé en misant principalement sur la prévention et la promotion de bonnes habitudes de vie (Gouvernement du Canada, 2019). Un bâtiment peut être considéré comme une CRN s'il héberge au moins 50 personnes aînées et qu'au moins 25 % à 50 % de ses résidents sont âgés de 65 ans et plus. Ces balises concernant le pourcentage et l'âge minimal des résidents varient toutefois selon les sources consultées (Excellence en santé Canada, 2024; National Institute on Ageing and NORC Innovation Centre, 2022). L'intérêt particulier d'une CRN est lorsqu'elle offre un programme intégré de services de soutien sur place (CRN-PSS) (Greenfield et Mauldin, 2017; Nuri *et al.*, 2026).

Le caractère naturel des CRN-PSS rend l'identification de ce milieu plus complexe, et sa présence dans la province est peu documentée à ce jour. Ainsi, au Québec, plusieurs bâtiments pourraient être considérés comme une CRN du fait de la grande proportion de personnes aînées qui s'y sont regroupées naturellement. Les membres du comité consultatif ont d'ailleurs mentionné en connaître certains exemples dans leur environnement personnel ou professionnel.

Selon la littérature, les CRN recensées au Canada, notamment en Ontario, ainsi qu'à l'international se trouvent principalement en région urbaine et peuvent être établies dans une tour d'habitation (CRN verticale) ou dans un quartier de maisons de faible hauteur (CRN horizontale) (DePaul *et al.*, 2022; Excellence en santé Canada, 2024;

Gouvernement du Canada, 2022; National Institute on Ageing and NORC Innovation Centre, 2022; Nuri *et al.*, 2026). En Ontario, environ 10 % des personnes âgées vivant dans la communauté résideraient dans une CRN (National Institute on Ageing and NORC Innovation Centre, 2022).

Les services du PSS offerts dans les communautés de retraite naturelles sont majoritairement gérés par des OSBL et financés par un mélange de fonds publics, ou parfois privés, de subventions et de cotisations modestes (Excellence en santé Canada, 2024; Gouvernement du Canada, 2019, 2022). Le programme peut prendre différentes formes. Dans la première, les personnes âgées peuvent s'entraider pour accomplir certaines tâches ou rendre des services sur une base bénévole avec des résidents ambassadeurs (Excellence en santé Canada, 2024; Greenfield, 2016; Greenfield et Mauldin, 2017). Dans l'autre, un professionnel (p. ex. un travailleur social) coordonne l'accès aux services de santé, sociaux et communautaires et répond aux besoins croissants de certains résidents (Adekoya, 2021; DePaul *et al.*, 2022; Excellence en santé Canada, 2024; Nuri *et al.*, 2026). Le soutien offert dans les CRN-PSS inclut généralement la réalisation d'activités sociales, éducatives et de promotion de la santé, de l'aide ponctuelle du voisinage, l'orientation et la navigation vers les services professionnels ainsi qu'un accès facilité aux soins et services grâce à des partenariats avec les services de santé et les organismes communautaires ainsi que le transport (DePaul *et al.*, 2022; Excellence en santé Canada, 2024; Gouvernement du Canada, 2022; Greenfield, 2016; Greenfield et Mauldin, 2017; Nuri *et al.*, 2026). Par exemple, en Ontario, la majorité des CRN-PSS traiteraient avec au moins deux organismes (NORC Innovation Centre, 2024).

2.3.3.1 Considérations de mise en œuvre

La mise en œuvre d'une CRN-PSS pourrait être envisagée dans des infrastructures existantes, puisque certains bâtiments pourraient déjà disposer d'un environnement physique adapté (National Institute on Ageing and NORC Innovation Centre, 2022). Cela nécessiterait une identification ciblée des sites potentiels, fondée sur la densité de personnes âgées et les caractéristiques du milieu, comprenant la proximité des services, du transport collectif et des ressources communautaires (DePaul *et al.*, 2022). Les critères de densité employés pourraient être définis en fonction des besoins des communautés locales, ce qui permettrait une mise en œuvre à la fois dans les zones urbaines, périurbaines et rurales (National Institute on Ageing and NORC Innovation Centre, 2022). De plus, une attention devrait être portée aux règlements municipaux, notamment en matière de zonage, car ils peuvent limiter l'intégration d'usages mixtes ou d'espaces communs (Adekoya, 2021). L'engagement des propriétaires du bâtiment (p. ex. pour la mise à disposition d'espaces communs ou la sécurité) serait nécessaire au fonctionnement du milieu (DePaul *et al.*, 2022; Excellence en santé Canada, 2024).

Par ailleurs, selon un projet pilote, il serait plus productif pour le personnel que les services soient fournis localement, par une équipe dédiée afin d'augmenter la satisfaction du personnel et de diminuer les temps de déplacement ainsi que la durée des visites (NORC Innovation Centre, 2024). Par ailleurs, la taille du milieu devrait être suffisante

pour lui permettre de négocier efficacement des ententes avec les fournisseurs (Gouvernement du Canada, 2022).

2.3.3.2 Forces et limites

Qualité de vie

- Le fort sentiment d'appartenance favoriserait le sentiment d'autonomie, le bien-être physique et mental des personnes âgées, notamment parce que les activités proposées peuvent être réalisées sur place, leur permettent de rester actifs et les encouragent à sortir de leur logement et à créer des liens et des relations de soutien formelles et informelles avec leur entourage (Greenfield, 2016; Greenfield et Mauldin, 2017; National Institute on Ageing and NORC Innovation Centre, 2022; Nuri *et al.*, 2026).
- Ce milieu offrirait diverses occasions d'engagement et de bénévolat aux résidents (Gouvernement du Canada, 2022).

Accès et équité

- Ce milieu accueillerait des populations diversifiées sur le plan de l'origine ethnique ou ayant des niveaux de revenu et d'éducation de faibles à moyens (National Institute on Ageing and NORC Innovation Centre, 2022). Cependant, certaines personnes isolées ou vulnérables vivraient tout de même de l'insécurité financière (Excellence en santé Canada, 2024).
- Des économies d'échelle seraient possibles grâce à la densité de personnes âgées et à la mutualisation de certains services (Gouvernement du Canada, 2022).
- Lorsque les communautés de retraite naturelles font appel au bénévolat de leurs résidents, leur soutien ne serait pas toujours perçu comme pertinent et certains résidents préféreraient l'apport de personnel professionnel (Greenfield, 2016; Greenfield et Frantz, 2016).

Continuité des soins et services

- La mise en œuvre du programme intégré de services de soutien sur place (PSS) ne nécessiterait que très peu de ressources, notamment en termes d'espace et de salle commune. Cependant, des variations semblent être observées et l'offre de services dépendrait de la disponibilité des ressources locales (National Institute on Ageing and NORC Innovation Centre, 2022; Nuri *et al.*, 2026).
- Ce milieu présenterait une gouvernance complexe (par exemple pour la coordination des services ou la sécurité) et des enjeux économiques, puisque son financement reposerait principalement sur des subventions et du financement non récurrent (Adekoya, 2021; Excellence en santé Canada, 2024; Greenfield et Frantz, 2016; Nuri *et al.*, 2026).

- La coordination des services par un professionnel serait un élément facilitateur clé pour le fonctionnement du programme intégré et elle serait déterminante pour encourager les personnes âgées à sortir et participer aux activités (National Institute on Ageing and NORC Innovation Centre, 2022; Nuri *et al.*, 2026). Cependant, elle serait particulièrement difficile lorsque plusieurs organismes offrant des services sont engagés dans la démarche (NORC Innovation Centre, 2024).

2.3.4 Village

Les villages pour aînés sont des milieux associatifs planifiés, souvent au sein d'un quartier ou d'une communauté, destinés à des personnes âgées autonomes ou semi-autonomes (Graham 2016; Graham 2017). Ils sont dirigés par leurs membres qui participent à la gouvernance, assument certains services et contribuent à l'organisation d'activités (Adekoya, 2021; Benzie *et al.*, 2020; Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Graham *et al.*, 2016; Graham *et al.*, 2017; Henry *et al.*, 2019; National council on aging, 2024). Typiquement, les membres paient des frais d'adhésion modestes qui soutiennent principalement le fonctionnement administratif (Adekoya, 2021; Graham *et al.*, 2016). L'organisation peut compter majoritairement sur ses membres bénévoles ainsi que sur du personnel rémunéré et, dans certains contextes, des partenariats avec des fournisseurs de services communautaires (Adekoya, 2021; Benzie *et al.*, 2020; Graham *et al.*, 2016; Graham *et al.*, 2017). Les villages ne nécessitent pas la construction d'infrastructures spécifiques et ils existent en zones urbaine, rurale ou périurbaine (Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Henry *et al.*, 2019).

Les villages pour personnes âgées sont répandus surtout aux États-Unis, où ils ont vu le jour (Graham *et al.*, 2016; Graham *et al.*, 2017; Henry *et al.*, 2019). La particularité des villages est qu'ils sont étroitement ancrés dans leur communauté, puisqu'ils se développent à l'intérieur de cadres physiques et sociaux particuliers, reflètent le contexte social propre à ce milieu et s'appuient sur les réseaux de relations qui y existent (Graham *et al.*, 2016; Graham *et al.*, 2017). Les services offerts sont gratuits ou à prix réduit et peuvent varier d'un village à l'autre (Adekoya, 2021; Graham *et al.*, 2017; Henry *et al.*, 2019). Les plus fréquents incluent le transport, l'entretien ménager léger et l'aide pour les courses (Adekoya, 2021; Benzie *et al.*, 2020; Graham *et al.*, 2016; Graham *et al.*, 2017; Henry *et al.*, 2019; National council on aging, 2024).

2.3.4.1 Forces et limites

Qualité de vie

- Ce milieu réduirait l'isolement, favoriserait les liens sociaux et, dans certains villages, le sentiment d'appartenance (Benzie *et al.*, 2020; Graham *et al.*, 2016; Graham *et al.*, 2017; Henry *et al.*, 2019; National council on aging, 2024). Toutefois la proximité sociale importante entraînerait parfois des tensions entre les résidents en raison du nombre de résidents et des différences de personnalités.

- Les membres qui agissent activement comme bénévoles au sein du village seraient plus susceptibles de rapporter des avantages liés à l'engagement social que ceux qui ne participent pas bénévolement (Graham *et al.*, 2017).
- Les services offerts dans le village seraient susceptibles d'augmenter la capacité perçue à vieillir chez soi, notamment en facilitant l'accès à l'aide nécessaire ou la capacité à s'occuper de son logement (Graham *et al.*, 2016; Graham *et al.*, 2017). En particulier, l'utilisation de certains services, comme le transport, serait fortement associée à une meilleure mobilité perçue (Graham *et al.*, 2017).

Accès et équité

- Ces milieux cibleraient généralement une population homogène caucasienne, de statut socio-économique de moyen à élevé et ayant peu de limites fonctionnelles (Graham *et al.*, 2016; Graham *et al.*, 2017). Bien que le coût d'adhésion pour l'accès aux services soit généralement considéré comme abordable (Adekoya, 2021; Henry *et al.*, 2019) et qu'il y ait des possibilités de subventions pour les personnes à plus faible revenu (Adekoya, 2021; Benzie *et al.*, 2020), ce coût demeurerait contraignant pour certaines personnes (Henry *et al.*, 2019).
- La viabilité financière de ces milieux serait incertaine (Adekoya, 2021), notamment parce que chaque organisation doit développer sa propre initiative locale (Adekoya, 2021; Benzie *et al.*, 2020; National council on aging, 2024) et parce qu'ils dépendent des cotisations, des dons et du bénévolat (Adekoya, 2021).

2.3.5 Habitat participatif

L'habitat participatif, ou *co-housing* en anglais, est né au Danemark au cours des années 1970, puis il a été introduit au Canada au cours des années 1990 (Adekoya, 2021; Baldwin *et al.*, 2019; Puplampu, 2020; Puplampu *et al.*, 2019). Ce milieu renvoie à une communauté intentionnelle où les personnes vivent dans des habitations individuelles distinctes (propriété individuelle ou collective, location ou copropriété), organisées autour d'une maison commune où se trouvent les espaces et équipements communs tels qu'une cuisine et une salle polyvalente (Adekoya, 2021; Baldwin *et al.*, 2019; Benzie *et al.*, 2020; Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Garland, 2017; Jolanki, 2025; Lavoie *et al.*, 2016; Leenhardt, 2017; Mandelman, 2021; National council on aging, 2024; Puplampu, 2020; Puplampu *et al.*, 2019; Weeks *et al.*, 2020). Des règles de fonctionnement formelles et informelles existent au sein du milieu pour exercer un certain contrôle social (Baldwin *et al.*, 2019; Rusinovic *et al.*, 2019).

Ce type de milieu semble peu être mis en œuvre au Québec et au Canada (Adekoya, 2021; Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Lavoie *et al.*, 2016; Puplampu, 2020; Puplampu *et al.*, 2019; Weeks *et al.*, 2020). À l'international, ce milieu est davantage présent, notamment au Royaume-Uni, en Europe ou aux États-Unis (Garland, 2017; Leenhardt, 2017; Mandelman, 2021; Rusinovic *et al.*, 2019). Ce milieu de vie prône une conception participative basée sur la culture du partage et de l'entraide : les premiers

résidents participent à la conception de l'habitat qui est développé et gouverné collectivement – démocratie participative, décisions par consensus (Adekoya, 2021; Baldwin *et al.*, 2019; Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Garland, 2017; Mandelman, 2021; National council on aging, 2024; Puplampu, 2020; Puplampu *et al.*, 2019). Les résidents partagent des repas, se réunissent pour résoudre des problèmes, mutualisent des tâches du quotidien (courses, petits travaux) et autogèrent la communauté (Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Garland, 2017; Mandelman, 2021; National council on aging, 2024; Puplampu, 2020; Puplampu *et al.*, 2019; Rusinovic *et al.*, 2019).

L'habitat participatif peut regrouper uniquement des personnes âgées autonomes et semi-autonomes ou prendre une forme intergénérationnelle dans laquelle des résidents de divers groupes d'âge ou de groupes sociaux spécifiques (p. ex. LGBT) vivent ensemble (Adekoya, 2021; Benzie *et al.*, 2020; Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Garland, 2017; Puplampu, 2020). Certains habitats limitent volontairement la taille du groupe pour renforcer les valeurs communes et le lien communautaire (Baldwin *et al.*, 2019; Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Puplampu, 2020).

2.3.5.1 Considérations de mise en œuvre

Plusieurs obstacles gouvernementaux et municipaux au développement d'habitats participatifs sont identifiés dans la littérature canadienne : zonage inadapté, délais d'autorisation souvent supérieurs à deux ans, soutien provincial/municipal limité et difficulté à trouver un site compatible – localisation, topographie, coûts de remédiation (Baldwin *et al.*, 2019; Weeks *et al.*, 2020).

2.3.5.2 Forces et limites

Qualité de vie

- L'habitat participatif réduirait l'isolement et favoriserait les liens sociaux, le sentiment d'appartenance à la communauté ainsi qu'un sentiment de sécurité élevé (Adekoya, 2021; Baldwin *et al.*, 2019; Benzie *et al.*, 2020; Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Mandelman, 2021; Puplampu, 2020; Puplampu *et al.*, 2019; Rusinovic *et al.*, 2019).
- Il offrirait les avantages de la familiarité et de l'intimité du domicile privé, combinés à ceux de la petite communauté (Adekoya, 2021; Garland, 2017; Puplampu *et al.*, 2019).
- L'entraide, l'interdépendance et la responsabilité collective renforceraient l'autonomie, diminueraient la nécessité de recourir aux soins et services professionnels et allègeraient la charge des proches aidants (Benzie *et al.*, 2020; Jolanki, 2025; Rusinovic *et al.*, 2019). Toutefois, la mobilisation des résidents semblerait parfois difficile à maintenir (Weeks *et al.*, 2020).

- L'autodétermination et la participation active des résidents à la gouvernance et aux tâches communes (p. ex. comités, cotisations, engagement individuel) seraient encouragées (Mandelman, 2021; National council on aging, 2024).
- La participation requiert du temps et de l'énergie, et il arriverait que les participants ressentent une contrainte à s'engager au détriment de leur vie privée (Adekoya, 2021; Puplampu, 2020; Rusinovic *et al.*, 2019). Certains résidents préféreraient des interactions informelles (Weeks *et al.*, 2020).
- La proximité sociale importante entraînerait parfois des tensions entre les résidents en raison du nombre de résidents et des différences de personnalités (Benzie *et al.*, 2020; Jolanki, 2025; Puplampu, 2020; Puplampu *et al.*, 2019; Rusinovic *et al.*, 2019).

Accès et équité

- Ce milieu accueillerait généralement une population caucasienne, de statut socio-économique de moyen à élevé (Mandelman, 2021; Puplampu, 2020; Puplampu *et al.*, 2019).
- Ce milieu permettrait la mutualisation des coûts ainsi que des économies pour les personnes qui y vivent, en lien, par exemple, avec le partage d'équipements et de tâches ou l'embauche collective de soutien (Centre de recherche sur le vieillissement, 2016).
- En plus des coûts d'adhésion élevés, l'accès au financement initial (p. ex. l'achat du terrain), tout comme la disponibilité d'appuis externes, pourraient être limités, ce qui risque de fragiliser financièrement ces projets (Adekoya, 2021; Baldwin *et al.*, 2019; Benzie *et al.*, 2020; Rusinovic *et al.*, 2019; Weeks *et al.*, 2020).

2.3.6 Résidences privées sans soins

Les résidences privées pour personnes âgées sont des milieux de vie collectifs, généralement locatifs, qui offrent une unité de logement privée (chambre ou appartement) et des locaux communs (p. ex. salle à manger, salon) dans le même bâtiment, ainsi que des services tels que les repas, l'entretien, la sécurité ou des activités sociales et de loisirs (Gouvernement du Canada, 2019). Les résidences privées peuvent être regroupées en deux catégories, soit celles qui offrent uniquement des services et celles qui offrent des services ainsi que des soins infirmiers réguliers. La présente section se concentre sur les résidences sans soins; celles qui offrent des soins sont décrites à la [section 2.4.1](#).

Les résidences sans soins sont particulièrement adaptées aux personnes autonomes ou en légère perte d'autonomie (Adekoya, 2021; Bourassa Forcier *et al.*, 2024; Goyer, 2019; Plourde, 2021). Au Québec, ce type de milieu correspond aux résidences privées pour âgés (RPA) des catégories 1 et 2. Les RPA de catégorie 1 incluent des services de base (repas, sécurité, loisirs ou aide domestique); celles de catégorie 2 incluent également la distribution de médicaments (CSBE, 2021; Goyer, 2019). Des RPA de petite taille

(± 10 logements) et de taille moyenne (± 50 logements) seraient implantées partout au Québec, alors que les RPA de plus grande taille (± 100 logements) seraient surtout concentrées dans les grands centres urbains (Lavoie *et al.*, 2016).

À l'international, des milieux similaires existent sous différents noms (p. ex. *assisted living facilities*, maisons de retraite) et selon divers modèles (Adekoya, 2021; Akincigil et Greenfield, 2020; Bourassa Forcier *et al.*, 2024; Leenhardt, 2017). Par exemple, en Ontario, les maisons de retraite ne sont pas catégorisées en fonction des soins et services offerts comme au Québec.

Au Québec, les RPA sont des entreprises privées, en grande majorité à but lucratif (Demers, 2024; Plourde, 2021). Une minorité de RPA est à but non lucratif et prend la forme d'OSBL, de coopératives d'habitation ou d'habitations à loyer modique. Celles-ci ciblent davantage les personnes autonomes et offrent une gamme de services plus restreinte (Bourassa Forcier *et al.*, 2024; Demers, 2024). Ailleurs au Canada et à l'international, les résidences privées pour personnes âgées recevraient diverses formes de financement (Bourassa Forcier *et al.*, 2024; Leenhardt, 2017).

2.3.6.1 Considérations de mise en œuvre

La conclusion d'ententes collaboratives entre les résidences privées sans soins et d'autres milieux offrant des soins et services pourrait aider à combler les besoins et faciliter ou même retarder une transition (Bourassa Forcier *et al.*, 2024).

Au Québec, entre 2008 et 2023, le nombre total de RPA était en baisse (Demers, 2024), principalement en raison de nouvelles obligations (Lavoie *et al.*, 2016). On observe un déclin des RPA de petite taille (50 unités ou moins), tandis que les RPA de grande taille (200 unités et plus) seraient en légère croissance (Bourassa Forcier *et al.*, 2024; Demers, 2024). Cette tendance soulève des enjeux d'accessibilité, notamment pour les personnes âgées à faible revenu, puisque les coûts liés au logement et aux services sont généralement plus élevés dans les grandes résidences (Bourassa Forcier *et al.*, 2024; Demers, 2024), et pour celles qui vivent dans des territoires à faible densité démographique (Lavoie *et al.*, 2016).

2.3.6.2 Forces et limites

Qualité de vie

- Les résidences privées sans soins favoriseraient la socialisation et l'allègement de la charge liée aux tâches domestiques (Adekoya, 2021; Bourassa Forcier *et al.*, 2024).
- L'environnement des RPA au Québec est décrit comme stimulant et favorisant un sentiment de sécurité, de liberté et d'appropriation de l'espace de vie – p. ex. déplacements libres, possibilité de sortir avec ou sans accompagnement ou d'apporter des biens (Audet *et al.*, 2025; Bourassa Forcier *et al.*, 2024; Goyer, 2019). Celles de petite taille offriraient également davantage d'intimité et un sentiment familial plus grand (Bourassa Forcier *et al.*, 2024).

- Dans certaines circonstances telles qu'une éclosion virale, la liberté de déplacement pourrait être grandement limitée, selon le comité consultatif.

Accès et équité

- Les coûts pour l'usager augmenteraient avec l'ajout de services disponibles au sein de la résidence, que la personne aînée y ait recours ou non (Lavoie *et al.*, 2016). De plus, les coûts du bail et des services varieraient d'une résidence à l'autre (Akincigil et Greenfield, 2020; Lavoie *et al.*, 2016).
- L'offre d'aide à la médication dans les résidences privées aiderait à diminuer les coûts associés à l'utilisation de soins et services de santé à l'extérieur de la résidence, par exemple les hospitalisations et les soins ambulatoires, notamment pour les usagers qui présentent plusieurs limitations dans les AVQ ou les AVD (Akincigil et Greenfield, 2020).
- L'aspect financier associé à ce type de milieu de vie serait une source d'inquiétude pour les personnes aînées, surtout pour celles qui ont des revenus moyens ou faibles (Lavoie *et al.*, 2016).
- Bien que les RPA doivent respecter des critères et des normes pour être certifiées par les établissements territoriaux Santé Québec, une variation semble tout de même présente en ce qui concerne les services offerts, la capacité d'accueil, l'aménagement physique de l'environnement ainsi que la présence de mécanismes formels pour évaluer la qualité des services dispensés et la satisfaction des résidents (Bourassa Forcier *et al.*, 2024; Goyer, 2019).

2.4 Milieux de vie avec soins ponctuels

2.4.1 Résidences privées avec soins

Les résidences privées avec soins présentent les mêmes caractéristiques que les résidences privées sans soins décrites à la section 2.3.6, mais elles offrent, en plus des logements privés et des services de soutien, des services d'assistance personnelle (c.-à-d. aide aux AVD/AVQ telle que l'hygiène, l'habillage et l'alimentation) ainsi que certains soins, notamment infirmiers (Mandelman, 2021; Manis *et al.*, 2022; Silver *et al.*, 2018). Elles sont destinées principalement aux personnes qui présentent une perte d'autonomie modérée à sévère sans toutefois atteindre le niveau de soins offerts en milieu de soins de longue durée (Doupe *et al.*, 2016; Poss *et al.*, 2017; Silver *et al.*, 2018). Elles visent à promouvoir la sécurité et l'accessibilité pour les personnes qui ont besoin d'assistance personnelle afin de favoriser leur vieillissement sur place (Adekoya, 2021; Doupe *et al.*, 2016; Mandelman, 2021; Poss *et al.*, 2017; Silver *et al.*, 2018).

Au Québec, ce milieu correspond aux RPA des catégories 3 et 4¹². Ces catégories constituent la majorité des RPA disponibles au Québec (p. ex. 77 % en 2023) (Bourassa

¹² Voir la [section 2.3.6](#) pour une description des RPA des catégories 1 et 2.

Forcier *et al.*, 2024). Les RPA de catégorie 3 sont destinées aux personnes âgées semi-autonomes, alors que les RPA de catégorie 4 sont particulièrement adaptées aux personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle, physique ou cognitive de modérée à sévère (Bourassa Forcier *et al.*, 2024; Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; CSBE, 2021; Goyer, 2019).

Ailleurs au Canada ou dans le monde, ce milieu existe sous différentes appellations, p. ex. *assisted living*, *supportive housing* (Adekoya, 2021; Akincigil et Greenfield, 2020; Doupe *et al.*, 2016; Manis *et al.*, 2022; Poss *et al.*, 2017; Silver *et al.*, 2018; Strzelecka *et al.*, 2019). De plus, les activités, les services et les soins seraient parfois offerts à l'extérieur du bâtiment (Perry, 2020). Par exemple, en France et en Allemagne, ce milieu est destiné à des personnes qui ont un fort besoin d'aide et de soins; des professionnels accompagnent les usagers dans la gestion de leur lieu de vie, généralement 24 heures sur 24, et des soins sont fournis par des partenaires extérieurs (Leenhardt, 2017).

Dans les autres provinces canadiennes et à l'international, le financement des résidences privées avec soins serait généralement privé ou privé subventionné (Adekoya, 2021; Doupe *et al.*, 2016; Khatutsky *et al.*, 2016; Manis *et al.*, 2022; Roblin *et al.*, 2019). Ainsi, la majorité, voire la totalité des coûts serait à la charge des usagers (Gouvernement du Canada, 2019). Les coûts associés au logement, aux services d'assistance personnelle et aux activités récréatives offertes dans le milieu seraient généralement élevés (Manis *et al.*, 2022; Perry, 2020). Par exemple, au Manitoba, les coûts pour l'utilisateur seraient plus élevés en résidence privée avec soins qu'en milieu de soins de longue durée; cependant, la contribution financière gouvernementale serait trois fois moins élevée que pour les milieux de soins de longue durée (Doupe *et al.*, 2016).

2.4.1.1 Considérations de mise en œuvre

Les résidences privées avec soins semblent avoir le potentiel de contribuer à l'offre de milieux de vie qui fournissent des soins qui peuvent s'adapter à différents niveaux de besoin (Bourassa Forcier *et al.*, 2024). Au Québec, des partenariats ou des regroupements de RPA de plusieurs catégories ou encore de RPA et RI dans un même bâtiment, tout en demeurant des entités distinctes, pourraient constituer une solution permettant d'offrir un meilleur continuum de soins et services (Bourassa Forcier *et al.*, 2024). La contiguïté physique faciliterait les transitions, puisque la personne âgée aurait à réaliser un transfert d'unité plutôt qu'un changement de milieu de vie (Bourassa Forcier *et al.*, 2024).

Par ailleurs, selon une étude québécoise, l'application en RPA d'une approche de soins personnalisés misant sur la communication et le partage de connaissances entre la RPA et le SAD pourrait contribuer à retarder les déménagements en milieux de soins de longue durée d'environ trois mois (Gagnon-Roy *et al.*, 2026). Également, une autre approche est celle des résidences privées avec soins accueillant des étudiants qui occupent une unité gratuitement en échange de services au sein de la résidence (Arentshorst *et al.*, 2019).

Également, une réduction des coûts à la charge de la personne aînée favoriserait une plus grande utilisation de ces milieux et serait susceptible d'aider, dans certains cas, à éviter ou à retarder le recours à un milieu de soins de longue durée (Gouvernement du Canada, 2019).

De plus, des environnements physiques plus adaptables favoriseraient davantage l'autonomie des résidents et l'appropriation du milieu. Or, il semble que les environnements ne soient pas standardisés dans toutes les résidences privées afin de répondre aux besoins des aînés (Goyer, 2019).

2.4.1.2 Forces et limites¹³

Qualité de vie

- Les résidences privées avec soins réduiraient la solitude et favoriseraient l'autonomie, la participation aux AVQ, la préservation des liens des résidents avec leurs proches et un sentiment de sécurité (Akincigil et Greenfield, 2020; Doupe *et al.*, 2016; Gagnon-Roy *et al.*, 2026; Silver *et al.*, 2018; Strzelecka *et al.*, 2019).

Accès et équité

- Les coûts associés au logement et aux soins et services dans ces milieux sont élevés pour l'utilisateur, ce qui entraînerait des enjeux d'accès et d'équité (Bourassa Forcier *et al.*, 2024; Lavoie *et al.*, 2016; Roblin *et al.*, 2019).
- Dans certains pays où ce type de milieu n'est pas réglementé par le gouvernement, les services, les coûts et la qualité seraient très variables (Silver *et al.*, 2018).
- Certaines sources soulignent que l'accès aux soins médicaux (p. ex. médecin de famille) serait moindre en résidence privée avec soins qu'en milieu de soins de longue durée (Doupe *et al.*, 2016).
- Les résidences privées avec soins pourraient générer des avantages financiers pour le système de santé et des services sociaux (p. ex. économies liées aux soins de santé) comparativement aux milieux de vie sans soins ou aux milieux de soins de longue durée (Akincigil et Greenfield, 2020; Doupe *et al.*, 2016; Strzelecka *et al.*, 2019). Ces avantages varieraient toutefois selon le niveau de services et le profil des résidents. Par exemple, chez les personnes aînées en perte d'autonomie modérée, les coûts totaux liés aux soins et services de santé seraient plus faibles lorsque des services bonifiés, notamment l'aide à la médication, sont offerts dans la résidence, comparativement aux résidences qui n'offrent pas ce service (Akincigil et Greenfield, 2020).

¹³ Certaines forces et limites identifiées pour les résidences privées avec soins et équivalents sont communes avec les forces et limites des résidences privées sans soins présentées à la [section 2.3.6](#) et ne sont pas répétées ici.

- Ce type de milieu présenterait une grande complexité sur le plan de l'organisation des soins et services et du financement, particulièrement lorsque les soins et la gestion des logements sont assurés par différentes organisations (Strzelecka *et al.*, 2019).

Continuité des soins et services

- Les résidences privées avec soins pourraient favoriser le maintien dans la communauté, constituer une option alternative par rapport aux milieux de soins de longue durée ou retarder la transition vers ce type de milieu (Akincigil et Greenfield, 2020; Doupe *et al.*, 2016; Gagnon-Roy *et al.*, 2026; Silver *et al.*, 2018; Strzelecka *et al.*, 2019).

2.4.2 Milieu de type ressource intermédiaire et de type familial

Au Québec, les ressources intermédiaires (RI) sont des milieux de vie exploités par des organismes privés ou communautaires et financés en partie par le réseau public tout en étant sous la responsabilité clinique d'un établissement public (CSBE, 2021; Plourde, 2021). Les usagers contribuent au financement (Sponem *et al.*, 2021). Elles peuvent prendre différentes formes, soit des résidences de groupe, des maisons de chambres, des appartements supervisés, des maisons d'accueil ou d'autres types d'organisations résidentielles (CSBE, 2021; Sponem *et al.*, 2021). Les ressources de type familial (RTF), quant à elles, prennent la forme de résidences d'accueil¹⁴ dans lesquelles une ou deux personnes accueillent à leur résidence principale un maximum de neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et de leur offrir un environnement de vie se rapprochant le plus possible de celui d'un milieu de vie naturel (CSBE, 2021).

Les RI sont particulièrement adaptées pour les personnes qui vivent avec une perte d'autonomie légère à modérée (Plourde, 2021; Sponem *et al.*, 2021), alors que les RTF sont des petits milieux familiaux qui ciblent surtout les personnes vivant avec une perte d'autonomie modérée (Plourde, 2021).

Le comité consultatif a indiqué qu'il existait des milieux équivalents au RI-RTF à l'international. Cependant, très peu de données sur ces milieux sont disponibles dans la littérature; ils ne seront donc pas décrits dans ces travaux. Par exemple, à l'international, un milieu d'habitations communautaires d'inspiration scandinave s'apparentant aux RTF est celui des Petites Maisons. Il s'agit d'un milieu de vie familial qui accueille généralement entre 8 et 12 personnes présentant une perte d'autonomie modérée à sévère. On y offre des soins personnalisés et les résidents sont invités à participer aux tâches quotidiennes. Un ou deux employés par quart de travail assument toutes les fonctions. Ces milieux seraient particulièrement adaptés aux régions rurales (Garon *et al.*, 2018). Au Québec, il existe certains milieux de vie qui s'apparentent aux RI-RTF et

¹⁴ Il existe également des RTF qui prennent la forme de famille d'accueil pour les personnes mineures (Plourde, 2021).

qui prennent la forme d'organismes sans but lucratif en habitation et de coopératives d'habitation, mais ils seraient peu nombreux (Garon *et al.*, 2018).

2.4.2.1 Considérations de mise en œuvre

Le comité consultatif a souligné que la prise en charge des personnes qui présentent des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence peut poser des défis. De plus, certaines mesures pourraient être envisagées afin que les RI qui accueillent des personnes avec un profil spécifique tel que les troubles mentaux ou la déficience intellectuelle soient mieux équipées pour offrir des soins et services adaptés au vieillissement de ces résidents dans l'optique de maintenir la personne vieillissante dans la même résidence.

2.4.2.2 Forces et limites

Qualité de vie

- Les personnes âgées vivant avec une perte d'autonomie sévère (profils Iso-SMAF de 11 ou plus) n'exprimeraient pas de préférence claire pour le domicile par rapport aux RI-RTF ou aux CHSLD (CSBE, 2024a).

Accès et équité

- Pour les personnes qui ont des profils Iso-SMAF de 9 à 11, il serait avantageux économiquement que les soins soient reçus en RI-RTF plutôt qu'à domicile si on considère les coûts totaux payés par les usagers et par le gouvernement (Clavet *et al.*, 2021a).
- La qualité de certains services (p. ex. nourriture, lieux physiques, relations avec le personnel et niveau de liberté dans le milieu) pourrait être perçue comme moins favorable par les usagers en RI que par ceux d'autres milieux comme les RPA (Bravo *et al.*, 2021).
- Les coûts totaux, la proportion des coûts consacrée aux soins et services ainsi que les coûts liés à la construction de nouvelles places seraient moins élevés en RI qu'en CHSLD (Sponem *et al.*, 2021).

2.5 Milieux de soins de longue durée

Les milieux de soins de longue durée offrent des soins et services professionnels à leurs résidents en tout temps, notamment une présence infirmière 24 h sur 24 h, 7 jours sur 7 (Gouvernement du Canada, 2019). Ils incluent les CHSLD québécois et leurs équivalents hors Québec – appelés foyers de soins de longue durée, maisons de retraite ou *nursing homes* dans la littérature – ainsi que d'autres options à plus petite échelle, soit les MDA, les maisons écologiques (ou *Green Houses*), les fermes thérapeutiques (ou *Green Care Farms*) et d'autres types de milieux à petite échelle – p. ex. les *Small-Scale Homelike Nursing Homes* et les *Residential Aged Care Facilities*. Ces milieux sont particulièrement adaptés aux personnes qui présentent une perte d'autonomie sévère et des besoins

cliniques complexes – p. ex. trouble neurocognitif majeur, incontinence, mobilité réduite, comportements agressifs (Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Doupe *et al.*, 2016; Gouvernement du Canada, 2019; Poss *et al.*, 2017; Tanuseputro *et al.*, 2017; Voyer et Allaire, 2020).

2.5.1 CHSLD et équivalents

Les CHSLD et leurs équivalents sont des milieux de vie institutionnels dans lesquels chaque résident dispose généralement d'une chambre individuelle ou semi-privée, souvent avec salle de bains attenante, et partage des espaces communs (de Boer *et al.*, 2018; Gouvernement du Canada, 2019). Au Québec et au Canada, les places sont attribuées sur la base d'une évaluation faite par le système de santé provincial ou territorial (CSBE, 2021; Gouvernement du Canada, 2019).

Au Québec, au Canada et à l'international, différents modes de financement de ces milieux coexistent généralement, soit public, privé à but non lucratif et privé à but lucratif, avec des proportions des milieux financés par les secteurs public et privé qui varient d'un pays à l'autre (INESSS, 2022a; OCDE, 2025c). Les personnes hébergées paient généralement une contribution variable en fonction de la part de financement public reçu par le milieu (Bakx *et al.*, 2020; Cès *et al.*, 2021; CSBE, 2021; Doupe *et al.*, 2016; Gouvernement du Canada, 2019; MSSS, 2016; Roblin *et al.*, 2019).

En plus des soins et services professionnels offerts sur place, plusieurs personnes âgées résidant en CHSLD ou dans des établissements équivalents reçoivent de l'aide informelle de la part de personnes proches aidantes. Par exemple, en France, 76 % des résidents des maisons de retraite bénéficieraient de cette forme d'aide (Roquebert et Tenand, 2024). Toutefois, le volume horaire d'aide informelle reçu par les personnes âgées vivant dans ce type de milieu serait moins élevé que celui reçu par celles qui demeurent dans un domicile privé (Roquebert et Tenand, 2024).

2.5.1.1 Considérations de mise en œuvre

Il est suggéré que les milieux de soins de longue durée soient considérés principalement pour répondre aux besoins des usagers qui présentent les niveaux les plus élevés de perte d'autonomie (Ministère de la santé et des services sociaux, 2023). Cela requiert de s'assurer que l'ensemble des interventions ainsi que l'organisation des services permettant le maintien dans le milieu de vie ont été mis en place afin d'éviter un hébergement prématuré en milieu de soins longue durée (MSSS, 2023). À l'international, plusieurs pays de l'OCDE appliquent d'ailleurs des politiques de maintien à domicile des personnes âgées afin d'attribuer les lits de soins de longue durée uniquement aux personnes âgées en grande perte d'autonomie (OCDE, 2024). À cet égard, le comité consultatif a également relevé qu'il conviendrait de s'assurer que l'évaluation du niveau d'autonomie et des besoins des personnes âgées soit faite à un moment qui permettra d'apprécier le potentiel de récupération fonctionnelle afin d'éviter, notamment, qu'une personne déménage en CHSLD pour une perte d'autonomie susceptible de s'atténuer avec le temps, par exemple dans le cas d'un problème de santé réversible. Ainsi, les

places disponibles seraient davantage attribuées à la clientèle cible, à savoir les personnes âgées en perte d'autonomie sévère. De plus, l'optimisation de la gestion des lits pourrait également réduire les enjeux de mixité de population rencontrés dans certains milieux, qui, selon le comité consultatif, compromettent l'expérience des soins de longue durée des usagers et de leurs proches aidants. En ce sens, certaines initiatives de créer des micro-milieus pour regrouper les résidents en petits groupes homogènes semblent aider à réduire les enjeux relatifs à la mixité des populations. De plus, selon le comité consultatif, ce type d'initiatives nécessiterait peu de changements organisationnels.

Par ailleurs, certaines stratégies, comme des soins hospitaliers mobiles, seraient également susceptibles d'améliorer la qualité des soins, de réduire le nombre des hospitalisations et de visites à l'urgence et de diminuer les dépenses des hôpitaux, mais leur impact peut être limité par des inégalités d'accès (Penneau, 2023).

2.5.1.2 Forces et limites

Qualité de vie

- Ces milieux ne correspondraient pas aux préférences de certaines personnes âgées, notamment en raison d'expériences antérieures (p. ex. avec leurs propres parents) (Weeks *et al.*, 2020). Selon le comité consultatif, des partenariats avec la communauté pour créer des activités agréables (p. ex. visite d'élèves, spectacle par une compagnie artistique) pourraient aider à rehausser l'image des milieux de soins de longue durée et diminuer certaines perceptions négatives envers ces milieux.

Accès et équité

- Les coûts de fonctionnement et de construction seraient élevés (Clavet *et al.*, 2021b; Clavet *et al.*, 2023). Pour les personnes en perte d'autonomie sévère (profil Iso-SMAF 11 ou plus), il pourrait être plus avantageux économiquement que les soins soient reçus en CHSLD plutôt qu'à domicile, en considérant les coûts totaux payés par les usagers et par le gouvernement (Clavet *et al.*, 2021a).
- Au Québec, les listes d'attente dans ces milieux amèneraient certaines personnes âgées à se tourner vers des résidences privées avec soins, souvent plus coûteuses (Roblin *et al.*, 2019).

2.5.2 Autres milieux de soins de longue durée

D'autres types de milieux de vie assurant des soins de longue durée à petite échelle ont été répertoriés au Québec, dans les autres provinces canadiennes et à l'international. Ils incluent les MDA, les maisons écologiques (ou *Green Houses*), les fermes thérapeutiques (ou *Green Care Farms*) ainsi que d'autres types de milieux à petite échelle – p. ex. les *Small-Scale Homelike Nursing Home* et les *Residential Aged Care Facilities*. Ils accueillent peu de résidents par unité, souvent entre 8 et 26, et constituent

des milieux novateurs développés pour transformer les soins de longue durée et la culture organisationnelle qui les entoure (Afendulis *et al.*, 2016; Bowers *et al.*, 2016a; Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Dyer *et al.*, 2018; Gouvernement du Québec, 2021; Wackers *et al.*, 2025). Ils sont conçus de façon à créer une atmosphère qui se rapproche davantage de celle d'une maison familiale que d'un environnement institutionnel et à offrir un cadre domestique convivial ainsi qu'une culture centrée sur la personne (Bowers *et al.*, 2016a; Bowers *et al.*, 2016b; Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Cohen *et al.*, 2016; de Boer *et al.*, 2018; de Boer *et al.*, 2017a; de Boer *et al.*, 2019; Duan *et al.*, 2022; Dyer *et al.*, 2018; Grabowski *et al.*, 2016; Hermer *et al.*, 2017; Lavoie *et al.*, 2016; Wackers *et al.*, 2025; Yoon *et al.*, 2016). Les résidents possèdent une chambre individuelle et partagent des espaces communs comme le salon et la cuisine (de Boer *et al.*, 2019). Les bâtiments peuvent être des constructions neuves ou d'anciennes installations rénovées pour refléter ces caractéristiques (Hermer *et al.*, 2017). Ils peuvent être situés sur le terrain d'un milieu institutionnel ou encore sur une terre agricole (Bowers *et al.*, 2016a; Cohen *et al.*, 2016; de Boer *et al.*, 2018).

Certains milieux à petite échelle possèdent une structure organisationnelle flexible, alors que d'autres reposent sur une organisation très définie. De plus, certains modèles se prêteraient mieux à des environnements spécifiques. Par exemple, les fermes thérapeutiques ne sont pas structurées par une organisation centralisée. De par leur nature, elles seraient davantage adaptées pour les milieux ruraux (Lavoie *et al.*, 2016). Inversement, les maisons écologiques sont des milieux très structurés par une organisation nationale imposant des standards et des lignes directrices détaillées ainsi qu'une formation pour le personnel (Cohen *et al.*, 2016). Ces milieux sont souvent implantés dans des quartiers résidentiels ou communautaires.

Les milieux de soins de longue durée à plus petite échelle seraient particulièrement pertinents pour les personnes âgées en perte d'autonomie modérée à sévère (Centre de recherche sur le vieillissement, 2016) et pour répondre aux besoins de celles qui vivent avec des troubles neurocognitifs légers à modérés (Voyer et Allaire, 2020).

Au Québec, les MDA ont été développées comme une option moins institutionnelle que les CHLSD, avec une organisation des soins et services centrée sur les besoins, les préférences et le rythme des résidents et de leurs proches (Gouvernement du Québec, 2021). Les MDA sont financées par des fonds publics et la personne hébergée paie une contribution établie par la RAMQ en tenant compte de sa capacité de payer (Gouvernement du Québec).

Les maisons écologiques, originaires des États-Unis, se distinguent par leur culture de soins axée sur du personnel polyvalent nommé « Shahbazim », qui travaille en équipe autogérée s'occupant à la fois des soins, de l'entretien ménager, de la préparation des repas et de l'animation d'activités (Bowers *et al.*, 2016b; Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Grabowski *et al.*, 2016; Lavoie *et al.*, 2016). Les activités de soins directs pratiquées par les Shahbazim sont supervisées par une infirmière, tandis que les activités de soins non directs sont supervisées par un membre du personnel administratif (Afendulis *et al.*, 2016; Bowers *et al.*, 2016b; Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Cohen *et al.*, 2016; Grabowski *et al.*, 2016; Hermer *et al.*, 2017). Le personnel est

affecté à une maison écologique spécifique pour renforcer les interactions entre personnel et résidents (Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Hermer *et al.*, 2017). Les maisons écologiques sont généralement gérées par un OSBL ou une coopérative (Lavoie *et al.*, 2016). Aux États-Unis, elles sont encadrées par une organisation nationale qui applique des standards et exige une formation spéciale de son personnel Shahbazim (Bowers *et al.*, 2016a; Bowers *et al.*, 2016b).

Les *Small-Scale Homelike Nursing Home* ont été développées aux Pays-Bas à la suite d'une réforme du système de soins de longue durée visant à réduire les coûts publics, à encourager le maintien à domicile et à réserver les milieux institutionnels aux personnes âgées qui ont besoin de soins constants (Wackers *et al.*, 2025). Elles offrent des services tout en laissant les coûts de logement à la charge des résidents, et permettent une personnalisation du cadre de vie (Wackers *et al.*, 2025). Ces milieux sont majoritairement gérés par des prestataires à but lucratif. En Australie, des milieux similaires sont les *Residential Aged Care Facilities*, qui proposent un milieu de vie domestique groupé où le personnel est affecté à des unités de soins spécifiques (Dyer *et al.*, 2018).

D'autres milieux à petite échelle sont destinés principalement aux personnes vivant avec un trouble neurocognitif. Par exemple, les fermes thérapeutiques, issues des Pays-Bas, se distinguent par l'intégration des activités agricoles et de la nature (p. ex. soins aux animaux, jardinage) dans les activités quotidiennes des résidents (de Boer *et al.*, 2017a). Une équipe infirmière se trouve sur place et s'occupe, en plus des soins, de certaines tâches comme la préparation des repas (de Boer *et al.*, 2017a). D'autres milieux offrant des soins de longue durée existent sous forme de quartiers fermés ou « Villages Alzheimer » (de l'anglais *dementia villages*), qui incluent des bâtiments d'habitation ainsi que certains services (p. ex. commerces, restaurants, théâtres) pour les personnes vivant avec un trouble neurocognitif et pour leurs proches; ces communautés peuvent également être ouvertes à la population en général (Henry *et al.*, 2019; Sengers et Peine, 2021). Ce milieu semble présent dans certains endroits au Québec.

2.5.2.1 Considérations de mise en œuvre

Plusieurs caractéristiques sont à considérer pour favoriser la désinstitutionnalisation des soins de longue durée (Bowers *et al.*, 2016a) et la qualité des milieux qui offrent ces soins (INESSS, 2018; INESSS, 2022b). Ces caractéristiques incluent notamment l'importance d'adopter une gestion participative et décentralisée, d'offrir des soins et services axés sur les personnes âgées et un environnement familial leur permettant de se sentir comme chez elles, de favoriser des relations étroites entre les résidents et la communauté, de favoriser l'autonomie et la formation continue du personnel, et de s'engager dans une amélioration continue de la qualité (Bowers *et al.*, 2016a; INESSS, 2018).

Bien que les maisons écologiques mettent de l'avant un personnel « Shahbazim » polyvalent qui s'occupe d'une diversité de soins et de tâches, certains de ces milieux ont trouvé bénéfique d'employer des travailleurs spécialisés pour effectuer certaines activités (Cohen *et al.*, 2016). La transférabilité au contexte québécois d'une organisation

du travail misant sur ce type de personnel polyvalent doit encore être étudiée de façon plus approfondie; toutefois, certains exemples québécois suggèrent que cela pourrait être faisable (Lavoie *et al.*, 2016).

Pour certains types de milieux à petite échelle, comme les maisons écologiques, des économies d'échelle semblent être réalisables concernant l'achat du matériel, la gestion de l'organisation et des ressources humaines, notamment en regroupant les maisonnées dans un même territoire, c'est-à-dire à l'échelle d'une MRC ou de quelques municipalités, éventuellement gérées par une coopérative ou un OSBL (Centre de recherche sur le vieillissement, 2016). Selon Lavoie (2016), au Québec, il serait pertinent de miser sur de telles économies d'échelle pour assurer l'accessibilité financière de ce type de milieu.

2.5.2.2 Forces et limites

Qualité de vie

- Dans l'ensemble, les milieux de vie à petite échelle possèderaient un environnement stimulant, perçu comme mieux adapté aux besoins des personnes âgées, ainsi qu'une ambiance décrite comme étant plus chaleureuse et familière que celle des milieux institutionnels comme les CHSLD (Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Cohen *et al.*, 2016; de Boer *et al.*, 2018; de Boer *et al.*, 2019; Duan *et al.*, 2022; Hermer *et al.*, 2017; Voyer et Allaire, 2020).
- La qualité de vie (de Boer *et al.*, 2017b; Duan *et al.*, 2022; Dyer *et al.*, 2018), le bien-être (de Boer *et al.*, 2018; Hermer *et al.*, 2017) et la participation des personnes âgées à des activités (de Boer *et al.*, 2017a; Hermer *et al.*, 2017) seraient favorisés.
- La prévention des manifestations des symptômes comportementaux et psychologiques des troubles neurocognitifs serait favorisée dans ces milieux (Voyer et Allaire, 2020).
- Les maisons écologiques seraient particulièrement appréciées par les résidents et leur famille, car elles offriraient des interactions et permettent aux résidents de participer, notamment à la préparation des repas (Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Cohen *et al.*, 2016; Duan *et al.*, 2022; Hermer *et al.*, 2017).
- L'environnement des fermes thérapeutiques ne serait pas toujours mis à profit de manière optimale; par exemple, certaines zones de l'espace extérieur ne seraient pas souvent utilisées (de Boer *et al.*, 2018).
- Le changement de culture, plus précisément la démedicalisation des milieux de soins de longue durée, pourrait avoir un effet positif, notamment sur la qualité de vie des résidents ou encore sur la satisfaction professionnelle du personnel (Duan *et al.*, 2022; Hermer *et al.*, 2017).

Accès et équité

- Dans l'ensemble, la mise en place des milieux de vie à petite échelle impliquerait généralement des investissements importants, en plus de modifications des politiques, des procédures organisationnelles et de la formation du personnel (Hermer *et al.*, 2017).
- Des enjeux liés à la pérennité des maisons écologiques ont été rapportés dans la littérature, ce qui pourrait être lié aux exigences strictes, notamment concernant la formation spécifique du personnel (Bowers *et al.*, 2016a). De plus, l'autogestion des équipes de travail ne fonctionnerait pas toujours de manière optimale et la satisfaction du personnel infirmier pourrait y être moins élevée comparativement aux milieux institutionnels (Brown *et al.*, 2016).
- Les *Small-Scale Homelike Nursing Homes* pourraient être associées à des inégalités d'accès potentielles, puisqu'elles sont principalement fréquentées par une clientèle plus aisée (Wackers *et al.*, 2025).
- Les *Small-Scale Homelike Nursing Homes* pourraient être associées à des coûts médicaux plus élevés, notamment liés à une organisation plus complexe en ressources humaines et matérielles (Wackers *et al.*, 2025). Toutefois, certaines analyses indiquent que ces milieux ne semblent pas différer significativement des milieux de soins de longue durée en ce qui concerne les coûts totaux liés aux soins de santé (Wackers *et al.*, 2025).

Continuité des soins et services

- Les *Residential Aged Care Facilities* pourraient contribuer à réduire les hospitalisations et les visites à l'urgence et à réaliser des économies en soins résidentiels et en coûts publics (Dyer *et al.*, 2018). Cependant, ces économies ont été réalisées en contexte australien et leur transférabilité au contexte québécois reste à confirmer.

2.6 Milieux avec soins et services évolutifs

2.6.1 Description et caractéristiques

Un milieu avec soins et services évolutifs offre tous les niveaux de soins et services, de l'aide à la vie domestique aux soins infirmiers spécialisés, sur un seul site (National council on aging, 2024). Les personnes peuvent y emménager alors qu'elles sont encore autonomes et y demeurer si leur autonomie diminue (Centre de recherche sur le vieillissement, 2016). Les appartements sont complets (chambre, cuisinette, salle de bains) (Lavoie *et al.*, 2016), ce qui permet le maintien dans le même milieu de vie même en cas d'évolution des besoins (Lavoie *et al.*, 2016; National council on aging, 2024).

Au Québec, des milieux qui s'apparentent aux milieux avec soins et services évolutifs semblent mis en place, notamment par des RPA, et regroupent des soins et services des catégories 1 à 4. Selon l'information disponible sur le Web, elles offriraient, sous le même toit ou dans des bâtiments adjacents, des soins de plusieurs niveaux. Cependant, ces milieux ne sont pas décrits dans la littérature scientifique ni grise, ce qui ne permet pas d'en faire une description détaillée ou d'en dresser les forces et limites.

À l'international, les milieux de soins avec soins et services évolutifs sont décrits principalement sous deux formes d'organisations résidentielles. Une première forme correspond au complexe résidentiel privé, aussi appelé *continuing care retirement community* aux États-Unis (National council on aging, 2024; Nielson *et al.*, 2019). Ils proposent différents types de logement et différents niveaux de soins répartis en plusieurs unités sur un même site (National council on aging, 2024). Les unités sont organisées en fonction du niveau d'autonomie des personnes âgées, et certains milieux proposent des unités de soins spécialisées pour les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs (TNM) ou les personnes âgées en fin de vie (National council on aging, 2024; Nielson *et al.*, 2019). Les résidents sont transférés dans une unité de soins plus intensive du même complexe résidentiel si leurs besoins médicaux ou de soins augmentent (National council on aging, 2024). Cette large gamme de soins est généralement associée à des prestations de type complexe hôtelier, ce qui fait des résidences évolutives une option plus onéreuse que d'autres types de résidences pour personnes âgées (National council on aging, 2024). En plus des frais mensuels, une partie du coût est parfois payée d'avance sous forme de frais d'adhésion pouvant varier de plusieurs dizaines à plusieurs centaines de milliers de dollars (National council on aging, 2024).

On trouve également une autre forme légèrement différente de la résidence évolutive, dans laquelle les résidents ne changent pas d'unité; ce sont les soins et services qui sont intégrés et ajustés en fonction de l'évolution des besoins de la personne âgée au sein du même bâtiment résidentiel (Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Garon *et al.*, 2018; Lavoie *et al.*, 2016). Ce milieu peut prendre la forme d'un OSBL (Garon *et al.*, 2018). Cette forme de milieu avec soins et services évolutifs, qu'on trouve sous le nom « maison centre » ou « maison centre service » dans les pays scandinaves (Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Lavoie *et al.*, 2016), est peu documentée dans la littérature.

2.6.1.1 Considérations de mise en œuvre

Les conclusions d'un rapport rédigé pour le Forum des ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux responsables des aînés (2019) pourraient être considérées dans la mise en œuvre des milieux de soins et services évolutifs. Les auteurs du rapport constatent qu'idéalement les projets immobiliers devraient proposer une variété de modèles de logements en tenant compte de la gamme des besoins des personnes âgées. Dans certains cas, il serait judicieux de développer des bâtiments à vocations multiples, avec des logements (p. ex. logements partagés ou avec services de soutien, résidences pour retraités) à proximité des milieux de soins de longue durée déjà existants afin que les

personnes âgées n'aient pas à déménager loin de leur communauté lorsqu'elles ont besoin de plus de soins. Cette proximité contribuerait également à atténuer en partie les obstacles sur le plan de l'accessibilité du transport (Forum des ministres fédéral provinciaux et territoriaux (FPT) responsables des âgés, 2019).

2.6.1.2 Forces et limites

Voici les forces et limites principales des deux formes de milieux évolutifs; dans le cas contraire, la forme de milieu à laquelle l'information s'applique est précisée.

Qualité de vie

- Les proches ou les couples dont les membres ont des besoins différents pourraient cohabiter dans une même ressource d'habitation grâce au large éventail de services offerts (Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Garon *et al.*, 2018; Lavoie *et al.*, 2016).

Accès et équité

- Dans les résidences évolutives dirigées par des entreprises privées, les coûts seraient élevés pour les personnes âgées (National council on aging, 2024). Elles pourraient donc être moins accessibles aux personnes issues de milieux socio-économiques défavorisés.

Continuité des soins et services

- Dans ses deux formes, le milieu évolutif favoriserait la stabilité résidentielle, puisque le continuum de services permettrait aux personnes âgées de rester dans le même complexe de bâtiments en cas de perte d'autonomie (Garon *et al.*, 2018; Lavoie *et al.*, 2016). Toutefois, dans les résidences évolutives comportant différents types de logements, la personne en perte d'autonomie pourrait devoir changer d'unité. Et certaines sources soulignent que l'unité de soins médicaux et celle pour les personnes présentant un TNC seraient souvent au maximum de leur capacité, entraînant ainsi une relocalisation de la personne hors du complexe (Nielson *et al.*, 2019).
- La continuité relationnelle offerte dans ces milieux serait sécurisante pour les personnes âgées, puisque ceux-ci peuvent développer un lien de confiance avec l'organisation et son personnel (Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Lavoie *et al.*, 2016).
- La continuité organisationnelle faciliterait le recours aux services, puisqu'une seule entreprise est responsable de l'hébergement et de l'ensemble du SAD (Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Garon *et al.*, 2018; Lavoie *et al.*, 2016). Cette continuité contribuerait à sécuriser les personnes âgées, puisqu'elles n'auraient pas à se procurer les services auprès de plusieurs fournisseurs (Centre de recherche sur le vieillissement, 2016; Garon *et al.*, 2018; Lavoie *et al.*, 2016).

- Dans certains complexes résidentiels qui correspondent à la première forme de milieu avec soins et services évolutifs décrite ci-haut, s'il n'y a pas de soutien formel à l'intégration sociale des résidents, certains d'entre eux seraient susceptibles de vivre des difficultés d'intégration ou de l'exclusion sociale, notamment ceux qui présentent un déclin cognitif ou physique (Nielson *et al.*, 2019).

DISCUSSION

Le présent état des connaissances visait à recenser des milieux de vie au Québec, ailleurs au Canada et à l'international pour répondre aux besoins et aux préférences des personnes âgées en perte d'autonomie, en vue d'éclairer la prise de décision à l'égard de l'offre de milieux de vie. Ces milieux ont été décrits en portant une attention aux enjeux de mise en œuvre ainsi qu'à leurs forces et limites au regard de la continuité des soins et des services, de l'accès et de l'équité ainsi que de la qualité de vie des personnes âgées.

L'intégration des données issues de la littérature scientifique et grise, ainsi que des consultations, a permis de dégager les constats suivants :

- **Peu de milieux recensés offrent une continuité de soins et de services qui permettrait aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer dans le même milieu de vie selon l'évolution de leurs besoins.**

En effet, la plupart des milieux recensés sont adaptés aux besoins liés à des niveaux spécifiques de perte d'autonomie (p. ex. de légère à modérée, de modérée à sévère), ce qui est susceptible d'entraîner une transition lorsque les besoins évoluent.

- **Les milieux avec soins et services évolutifs apparaissent les plus propices pour répondre aux besoins tout en limitant les transitions et en favorisant une continuité organisationnelle et relationnelle.**

Ces milieux offrent l'ensemble des soins et services sur un même site. Ils permettent de répondre aux besoins des personnes âgées autonomes et à ceux des personnes qui présentent une perte d'autonomie allant de légère à sévère, et de réduire les déménagements ou de les limiter à un même site géographique.

- **Comme option alternative aux milieux de vie avec soins et services évolutifs, l'intégration des soins et services ainsi que la proximité territoriale entre les milieux pourraient permettre de réduire les transitions et de favoriser la continuité des soins et services ainsi que le maintien des personnes âgées au sein d'une même communauté.**

Des partenariats de RPA de différents niveaux, ou encore le regroupement de plusieurs milieux offrant différents niveaux de soins tels qu'une RPA avec une RI au sein d'un même bâtiment ou d'une même zone géographique, seraient susceptibles de favoriser davantage la continuité des soins et services et de se rapprocher du concept des milieux de vie avec soins et services évolutifs.

- **Une offre de milieux de vie diversifiée semble importante pour répondre aux besoins et aux préférences des personnes âgées.**

Dans la perspective d'une offre résidentielle diversifiée, plusieurs milieux de vie pourraient contribuer à répondre aux besoins des personnes âgées, tant sur le plan de l'autonomie que sur celui de la qualité de vie.

Les milieux de vie sans soins offrent des options pour les personnes âgées autonomes ou en perte d'autonomie légère à modérée. Les milieux de vie avec soins ponctuels représentent une option résidentielle intéressante pour les personnes âgées en perte d'autonomie modérée à sévère. Les milieux de soins de longue durée, quant à eux, demeurent essentiels pour les personnes âgées en grande perte d'autonomie. Certains de ces milieux de vie de soins de longue durée constituent des milieux novateurs empreints d'un changement de culture.

En outre, la majorité des personnes âgées souhaitent rester à leur domicile le plus longtemps possible ou vivre dans des milieux dont l'atmosphère s'en rapproche. Plusieurs milieux recensés correspondent à cette préférence – p. ex. CRN-PSS, village, habitat participatif, RPA de petite taille, RI-RTF, milieux de soins de longue durée à petite échelle.

- **L'ensemble des milieux présente des défis qui pourraient limiter leur mise en œuvre, leur pérennité et leur accessibilité.**

La coordination, notamment avec les services de soutien à domicile et les autres partenaires de la communauté, peut être complexe. À l'intérieur d'un même type de milieu, l'offre de soins et services peut varier. Cette hétérogénéité est particulièrement relevée dans les milieux qui offrent des niveaux de soins élevés et elle est susceptible d'influer sur la continuité des parcours. Le manque de personnel influe également sur la continuité des soins et services et l'accessibilité. Enfin, des enjeux liés aux coûts, à la fois pour l'usager et pour le réseau, ainsi qu'au financement peuvent limiter la pérennité des milieux et l'accès, en particulier pour les personnes issues de milieux socio-économiques défavorisés.

- **Les données soulignent la pertinence du soutien à domicile, du soutien informel offert par les personnes proches aidantes ou obtenu par de l'entraide au sein de la communauté ainsi que de différentes technologies dans la plupart des milieux recensés.**

Ces modalités de soutien pourraient constituer des pistes de solution à explorer pour améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées dans les différents milieux de vie.

CONCLUSION

Les présents travaux ont permis de documenter une diversité de milieux de vie destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie. Il importe de rappeler que la réponse aux besoins de ces personnes dépasse la seule question du milieu de vie et s'inscrit dans une réalité complexe impliquant l'offre de soins et de services disponible sur le territoire ainsi que la coordination et la continuité des parcours. La réponse aux besoins repose également sur des enjeux multidimensionnels qui mobilise des acteurs de divers secteurs et s'inscrit dans un contexte plus large de politiques publiques liées au vieillissement de la population.

Par ailleurs, certaines réponses émanant des données issues de la littérature canadienne ou internationale doivent être interprétées avec nuance en raison des différences entre les autorités selon différentes considérations, notamment économiques.

Enfin, ces travaux permettront d'alimenter la réflexion concernant l'offre de milieu de vie adaptée aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie au Québec.

RÉFÉRENCES

- Adekoya, A. (2021). *Housing and care models to support older adults to remain in their communities*.
- Afendulis, C. C., Caudry, D. J., O'Malley, A. J., Kemper, P. et Grabowski, D. C. (2016). Green House Adoption and Nursing Home Quality. *Health Services Research*, 51 Suppl 1, 454-474. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1475-6773.12436>
- Akincigil, A. et Greenfield, E. A. (2020). Housing Plus Services, IADL Impairment, and Healthcare Expenditures: Evidence From the Medicare Current Beneficiaries Survey. *Gerontologist*, 60(1), 22-31.
<https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/60/1/22/5372989?redirectedFrom=fulltext>
- Alwin, J., Karlson, B. W., Husberg, M., Carlsson, P. et Ekerstad, N. (2021). Societal costs of informal care of community-dwelling frail elderly people. *Scandinavian Journal of Public Health*, 49(4), 433-440.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1403494819844354>
- Arentshorst, M. E., Kloet, R. R. et Peine, A. (2019). Intergenerational Housing: The Case of Humanitas Netherlands. *Journal of Housing For the Elderly*, 33(3), 244-256.
<https://doi.org/10.1080/02763893.2018.1561592>
- Audet, F., Paré, N. et Vachon, I. (2025). *Humanitae un milieu de vie empreint de dignité*.
<https://www.humanitae.ca/a-propos/>
- Australian Institute of Health and Welfare. (2024, 2 juillet). *Older Australians*.
<https://www.aihw.gov.au/getmedia/73a6a317-b508-4ecc-834a-cb0a54378b9d/older-australians.pdf?v=20260123090719&inline=true>
- Bakx, P., Wouterse, B., van Doorslaer, E. et Wong, A. (2020). Better off at home? Effects of nursing home eligibility on costs, hospitalizations and survival. *Journal of Health Economics*, 73, 102354.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629619307635?via%3Dihub>
- Baldwin, C., Dendle, K. et McKinlay, A. (2019). Initiating Senior Co-Housing: People, Place, and Long-Term Security. *Journal of Housing For the Elderly*, 33(4), 358-381, article n° Etude de cas co-housing en Australie.
<https://doi.org/10.1080/02763893.2019.1583152>
- Bauer, A., Knapp, M., Wistow, G., Perkins, M., King, D. et Lemmi, V. (2017). Costs and economic consequences of a help-at-home scheme for older people in England. *Health & Social Care in the Community*, 25(2), 780-789.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.12372>

- Belger, M., Haro, J. M., Reed, C., Happich, M., Argimon, J. M., Bruno, G., Dodel, R., Jones, R. W., Vellas, B. et Wimo, A. (2019). Determinants of time to institutionalisation and related healthcare and societal costs in a community-based cohort of patients with Alzheimer's disease dementia. *European Journal of Health Economics*, 20(3), 343-355.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-018-1001-3>
- Belgian healthcare knowledge center (KCE). (2024). *Performance of the Belgian health system: Report 2024*. <https://kce.fgov.be/en/performance-of-the-belgian-health-system-report-2024>
- Benzie, A., Cacciola, C., Chu, D., Barcellos, N., Grant, R., Niehaus, S. et Nsair, S. (2020). *Alternatives to long-term care & housing: Environmental scan*.
<https://www.waterloo.ca/media/k5hpxltb/alternatives-to-long-term-care-report.pdf>
- Bodkin, H. et Saxena, P. (2017). Exploring Home Sharing for Elders. *Journal of Housing For the Elderly*, 31(1), 47-56. <https://doi.org/10.1080/02763893.2016.1268558>
- Bourassa Forcier, M., Dumont, D. et Prévosto, H. (2024). *Les résidences privées pour aînés (RPA) au Québec : enjeux et opportunités*.
- Bowers, B., Nolet, K. et Jacobson, N. (2016a). Sustaining Culture Change: Experiences in the Green House Model. *Health Services Research*, 51 Suppl 1, 398-417, article n° axé santé mentale. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1475-6773.12428>
- Bowers, B., Roberts, T., Nolet, K. et Ryther, B. (2016b). Inside the Green House "Black Box": Opportunities for High-Quality Clinical Decision Making. *Health Services Research*, 51 Suppl 1, 378-397.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4939731/>
- Bravo, G., Demers, L., Brodeur, D. et Trottier, L. (2021). RPA et RI : Comment se comparent la qualité de vie et la qualité des services de leurs résidents et usagers ?
- Brown, P. B., Hudak, S. L., Horn, S. D., Cohen, L. W., Reed, D. A. et Zimmerman, S. (2016). Workforce Characteristics, Perceptions, Stress, and Satisfaction among Staff in Green House and Other Nursing Homes. *Health Services Research*, 51 Suppl 1, 418-432. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.12431>
- Centre de recherche sur le vieillissement. (2016). Cahier d'information et de sensibilisation : Habitation pour aînés.
- Cès, S., Lambert, A.-S., de Almeida Mello, J., Declercq, A., Speybroeck, N., Annemans, L. et Macq, J. (2021). The direct cost of disability of community-dwelling older persons in Belgium. *Ageing & Society*, 41(10), 2214-2241.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X20000045>
- Clavet, N.-J., Décarie, Y., Hébert, R., Michaud, P.-C. et Navaux, J. (2021a). *Le financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées à la croisée des chemins*. https://creei.ca/wp-content/uploads/2021/02/cahier_21_01_financement_soutien_autonomie_personnes_agees_croisee_chemins.pdf

- Clavet, N.-J., Hébert, R., Michaud, P.-C. et Navaux, J. (2021b). *Les impacts financiers d'un virage vers le soutien à domicile au Québec*. https://creei.ca/wp-content/uploads/2021/05/cahier_21_04_impacts_financiers_virage_soutien_domicile_quebec.pdf
- Clavet, N.-J., Hébert, R., Navaux, J. et Raïche, M. (2023). *Horizon 2040 : Projection des impacts du soutien à l'autonomie au Québec*. <https://cjp.hec.ca/wp-content/uploads/2023/11/rapport-principal-CSBE.pdf>
- Cohen, L. W., Zimmerman, S., Reed, D., Brown, P., Bowers, B. J., Nolet, K., Hudak, S. et Horn, S. (2016). The Green House Model of Nursing Home Care in Design and Implementation. *Health Services Research*, 51 Suppl 1, 352-377, article n° Q1. <https://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.12418>
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2021). *Portrait : les milieux de vie pour aînés au Québec*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2021/RapportPreliminaireMandat/RapportsAssocies/CSBE-Portrait_milieudeVie_aines.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2023). *Bien vieillir chez soi - Rapport compagnon : mécanismes de financement des services de soutien à domicile de sept pays*.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2024a). *Bien vieillir chez soi- Tome 4: Une transformation qui s'impose*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2024/Rapport_final_SAD/CSBE-Rapport_Soutien_Domicile_Tome4.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2024b). *Quel avenir pour le soutien à domicile ? Du soutien à domicile vers le maintien de l'autonomie: pour un écosystème visant le mieux-être des personnes*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2024/Rapports_Forum/CSBE-Rapport_Forum_Ethique.pdf
- Corneliusson, L., Skoldunger, A., Sjogren, K., Lovheim, H., Wimo, A., Winblad, B., Sandman, P. O. et Edvardsson, D. (2019). Residing in sheltered housing versus ageing in place - Population characteristics, health status and social participation. *Health & Social Care in the Community*, 27(4), e313-e322. <https://dx.doi.org/10.1111/hsc.12734>
- de Boer, B., Beerens, H. C., Katterbach, M. A., Viduka, M., Willemse, B. M. et Verbeek, H. (2018). The physical environment of nursing homes for people with dementia : traditional nursing homes, small-scale living facilities, and green care farms. *healthcare*, 6(137).
- de Boer, B., Hamers, J. P. H., Zwakhalen, S. M. G., Tan, F. E. S., Beerens, H. C. et Verbeek, H. (2017a). Green care farms as innovative nursing homes, promoting activities and social interaction for people with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(1), 40-46.

- de Boer, B., Hamers, J. P. H., Zwakhalen, S. M. G., Tan, F. E. S. et Verbeek, H. (2017b). Quality of care and quality of life of people with dementia living at green care farms : a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 17(155).
- de Boer, B., Verbeek, H., Zwakhalen, S. M. G. et Hamers, J. P. H. (2019). Experiences of family caregivers in green care farms and other nursing home environments for people with dementia : a qualitative study. *BMC Geriatrics*.
- Demers, L. (2024). *Les petites RPA sont-elles en voie de disparition? Une analyse de l'évolution du secteur des résidences privées pour aînés au Québec (version mise à jour et enrichie). Rapport de recherche*. É. n. d. a. p. (ENAP).
https://espace.enaq.ca/id/eprint/499/1/Demers_Evolution_secteur_RPA_20240425.pdf
- DePaul, V. G., Parniak, S., Nguyen, P., Hand, C., Letts, L., McGrath, C., Richardson, J., Rudman, D., Bayoumi, I., Cooper, H., Tranmer, J. et Donnelly, C. (2022). Identification and engagement of naturally occurring retirement communities to support healthy aging in Canada: A set of methods for replication. *BMC Geriatr*, 22(1), 355. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03045-z>
- Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. (2025). *Les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées : données issues de l'enquête EHPA 2023*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/jeux-de-donnees/jeux-de-donnees/les-residents-en-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees>
- Domiris. (s.d.). *Échelle de Katz : calculatrice et évaluation de l'autonomie*.
<https://domiris.be/informations-sur-les-soins-a-domicile/echelle-de-katz-calculatrice/>
- Doupe, M., Finlayson, G., HKhan, S., Yogendran, M., Schultz, J., McDougall, C. et Kulbaba, C. (2016). *Supportive housing for seniors : reform implications for manitoba's older adult continuum of care*.
- Duan, Y., Mueller, C. A., Yu, F., Talley, K. M. et Shippee, T. P. (2022). The relationships of nursing home culture change practices with resident quality of life and family satisfaction : toward a more nuanced understanding.
- Dyer, S. M., Liu, E., Gnanamanickam, E. S., Milte, R., Easton, T., Harrison, S. L., Bradley, C. E., Ratcliffe, J. et Crotty, M. (2018). Clustered domestic residential aged care in Australia: fewer hospitalisations and better quality of life. *Medical Journal of Australia*, 208(10), 433-438.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.5694/mja17.00861>
- Excellence en santé Canada. (2024). *Pratiques prometteuses du programme Favoriser le vieillir chez soi : communautés de retraite naturelles (CRN)*.
<https://www.healthcareexcellence.ca/fr/notre-action/tous-les-programmes/favoriser-le-vieillir-chez-soi/>

- Forum des ministres fédéral provinciaux et territoriaux (FPT) responsables des aînés. (2019). *Rapport sur les besoins en logement des aînés*.
<https://www.canada.ca/content/dam/canada/employment-social-development/corporate/seniors/forum/report-seniors-housing-needs/report-seniors-housing-needs-FR.pdf>
- Fraser, C. et Collins, P. (2024). Rooming with Seniors: Investigating Demand for Intergenerational Home-Sharing Arrangements Amongst Students at a Canadian University. *Journal of Intergenerational Relationships*, 22(1), 143-166, article n° Canadien - Colocation étudiant - personnes âgées.
<https://doi.org/10.1080/15350770.2022.2161688>
- Gagnon-Roy, M., Rahimaly, S., D'amours, M., Delli-Colli, N., Mailhot-Bisson, D., Abdulrazak, B., Forcier, M. B., Viscogliosi, C., Queenton, J. et Provencher, V. (2026). Aging-in-Place (Vieillir Chez Soi, VCS) in a Seniors' Residence: Co-Development, Implementation, and Evaluation of a Care Approach to Delay Transitions in Long-Term Care. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 45(1), 131-141.
- Garland, E. (2017). *Learning from intergenerational housing projects in the USA*, cité par Mahmood, A., Seetharaman, K., Jenkins, H. T., & Chaudhury, H. (2022). *Contextualizing Innovative Housing Models and Services Within the Age-Friendly Communities Framework*. *Gerontologist*, 62(1), 66-74.
doi:10.1093/geront/gnab115.
- Garon, S., Lavoie, C., Boivin, M. et Veil, A. (2018). Favoriser le développement de l'habitation communautaire pour les aînés en milieu rural québécois. *Nouvelles pratiques sociales*, 30(1). <https://doi.org/10.7202/1054260ar>
- Gonzales, E., Whetung, C., Kruchten, R. et Butts, D. (2020). Theoretical orientations to intergenerational home sharing: Implications for direct social work practice on addressing student debt and aging-in-community. *Clinical Social Work Journal*, 48(2), 179-188. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00726-y>
- Gouvernement du Canada. (2019). *Rapport sur les besoins en logement des aînés*.
- Gouvernement du Canada. (2021). *Logement collectif*.
https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var_f.pl?Function=Unit&Id=116563
- Gouvernement du Canada. (2022). *Permettre aux aînés de vieillir dans la collectivité*.
- Gouvernement du Québec. (2018). *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-834-12W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2021). *Maisons des aînés et alternatives - Document d'orientation*. G. d. Québec.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-863-03W.pdf>

- Gouvernement du Québec. (2023a). *À propos des maisons des aînés et des maisons alternatives*. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/maisons-aines-et-maisons-alternatives/a-propos-maisons-aines-maisons-alternatives>
- Gouvernement du Québec. (2023b). *Guide de soutien à l'intention des établissements dans le cadre des visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD – Période 2023–2025*. https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/ciss_laurentides/Espace_exploitants/Guide_soutien_VQMV_2023-2025.pdf
- Gouvernement du Québec. (2023c). *Projection du besoin de places d'hébergement en CHSLD et en RI-RTF SAPA, 2023 à 2033*.
- Gouvernement du Québec. (2024). *Plan d'action gouvernemental 2024-2029 La fierté de vieillir*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-830-02W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2025). *Programmes et services pour les aînés*, . https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/services_quebec/Guide_Aines_FR_2025.pdf
- Goyer, G. (2019). S'approprier son chez-soi dans une résidence privée pour aînés au Québec : le point de vue des résidents. <https://umontreal.scholaris.ca/server/api/core/bitstreams/13407a9c-00f6-4838-824c-e63287a792ba/content>
- Grabowski, D. C., Afendulis, C. C., Caudry, D. J., O'Malley, A. J. et Kemper, P. (2016). The Impact of Green House Adoption on Medicare Spending and Utilization. *Health Services Research, 51 Suppl 1*, 433-453. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.12438>
- Graham, C., Scharlach, A. E. et Kurtovich, E. (2016). Do villages promote aging in place ? Results of a longitudinal study. *Journal of applied gerontology*. <https://doi.org/10.1177/0733464816672046>
- Graham, C. L., Scharlach, A. E. et Stark, B. (2017). Impact of the Village Model: Results of a National Survey. *J Gerontol Soc Work, 60*(5), 335-354. <https://doi.org/10.1080/01634372.2017.1330299>
- Greenfield, E. A. (2016). Support from Neighbors and Aging in Place: Can NORC Programs Make a Difference? *Gerontologist, 56*(4), 651-659. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu162>
- Greenfield, E. A. et Frantz, M. E. (2016). Sustainability Processes among Naturally Occurring Retirement Community Supportive Service Programs. *Journal of Community Practice, 24*(1), 38-55. <https://doi.org/10.1080/10705422.2015.1126545>
- Greenfield, E. A. et Mauldin, R. L. (2017). Participation in community activities through naturally occurring retirement community (NORC) supportive service programs. *Ageing and society, 37*(10), 1987-2011. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0144686X16000702>
- Henry, A., Heinen, A. et Witoszkin, A. (2019). *Innovative seniors housing*.

- Hermer, L., Bryant, N. S., Pucciarello, M., Mlynarczyk, C. et Zhong, B. (2017). Does Comprehensive Culture Change Adoption via the Household Model Enhance Nursing Home Residents' Psychosocial Well-being? *Innov Aging*, 1(2), igx033. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx033>
- Institut canadien d'information en santé. (2021). *Combien y a-t-il de lits de soins de longue durée au Canada?* <https://www.cihi.ca/fr/combien-y-a-t-il-de-lits-de-soins-de-longue-duree-au-canada>
- Institut de la statistique du Québec. (2025, 24 septembre). *Estimations de la population selon l'âge et le genre, Québec, 1er juillet 1971 à 2025.* https://statistique.quebec.ca/fr/document/population-et-structure-par-age-et-sexe-le-quebec/tableau/estimations-de-la-population-selon-lage-et-le-sexe-quebec#tri_pop=30
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2018). *Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie.* https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Qualite_milieu_de_vie.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2022a). *Organisation des soins et services médicaux en milieu d'hébergement et de soins de longue durée.* https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Organisation_soins_CHSLD_EC.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2022b). *Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie.* https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/2022_Guide_Reflexion_Qualite-milieu-de-vie_V03-AC.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2023). *Innovations en soutien à domicile : à la croisée des technologies et de l'humain.* https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/Bulletins_veille/Bulletin_6_VF.pdf
- Jolanki, O. (2025). Searching for a Good Place to Live and Grow Old—A Collaborative Senior Community in Finland. *Journal of Aging and Environment*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/26892618.2025.2522279>
- Khatutsky, G., Ormond, C., Wiener, J., Greene, A., Johnson, R., Jessup, E., Vreeland, E., Sengupta, M., Caffrey, C. et Harris-Kojentin, L. (2016). *Residential Care Communities and Their Residents in 2010: A National Portrait.* <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/39062>
- Lavoie, C., Paris, M., Garon, S. et Morin, P. (2016). Multiplier les modèles d'habitation innovants pour une meilleure santé des aînés et des communautés. *Intervention*, 143, 61-75.
- Leenhardt, H. (2017). Les formes alternatives d'habitat pour les personnes âgées, une comparaison Allemagne-France. *Gérontologie et société*, 39(152).

- London, J. P., Caffrey, C., Melekin, A., Singh, P., Lu, Z. et Sengupta, M. (2024). Overview of post-acute and long-term care providers and services users in the United States, 2020. *National Health Statistics Reports*, (208), 10.15620/cdc/158328.
- Macmillan, T., Ronca, M., Bidey, T. et Rembiszewski, P. (2018). *Evaluation of the Homeshare pilots*.
- Magid, K. H., Galenbeck, E., Hazelwood, J., Shanbhag, P., Joucovsky, A. L., Levy, C. R. et Lum, H. D. (2022). Sharing Space to Age in Community: A Mixed-Methods Study of Homeshare Organizations. *Journal of Aging & Social Policy*, 34(5), 809-837. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/08959420.2022.2029266>
- Mandelman, M. D. (2021). Senior cohousing: The social architecture of cohousing, community design & well being. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 82(12-B), No Pagination Specified.
- Manis, D. R., Bronskill, S. E., Rochon, P. A., Sinha, S. K., Boscart, V., Tanuseputro, P., Poss, J. W., Rahim, A., Tarride, J. E., Abelson, J. et Costa, A. P. (2022). Defining the Assisted Living Sector in Canada: An Environmental Scan. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(11), 1871-1877.e1871. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2022.07.018>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2016). *Guide d'information – Demande de permis pour l'exploitation d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée privé* G. d. Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-834-02W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2023). *Mécanisme d'accès à l'hébergement en centres d'hébergement et de soins de longue durée, en ressources intermédiaires et en ressources de type familial pour aînés*.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2026). *Politique nationale de soutien à domicile Mieux chez soi*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-704-07W.pdf>
- National council on aging. (2024). Senior housing options.
- National Institute on Ageing and NORC Innovation Centre. (2022). *It's Time to Unleash the Power of Naturally Occurring Retirement Communities in Canada*. <https://norcinnovationcentre.ca/wp-content/uploads/NORC-Report-FINAL.pdf>
- Nielson, L., Wiles, J. et Anderson, A. (2019). Social exclusion and community in an urban retirement village. *J Aging Stud*, 49, 25-30. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2019.03.003>
- NORC Innovation Centre. (2024). *A Home Care Model for Naturally Occurring Retirement Communities in Ontario*. <https://norcinnovationcentre.ca/wp-content/uploads/A-Home-Care-Model-for-NORCs-in-Ontario.pdf>

- Nuri, R. P., Laliberte Rudman, D., Letts, L., Hand, C., McGrath, C., Richardson, J., Robinson, A., Webber, A., Nguyen, A., Malvern, R., DePaul, V. et Donnelly, C. (2026). Deepening Understanding of Oasis, a NORC-Based Program: Perspectives from Housing Partners. *Can J Aging*, 1-11.
<https://doi.org/10.1017/S0714980825100408>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. O. Publishing.
https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2017/11/health-at-a-glance-2017_g1g800d8/health_glance-2017-en.pdf
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024). *Is care affordable for older people?* O. Publishing. <https://doi.org/10.1787/450ea778-en>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025a). *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*. O. Publishing.
https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e/8f9e3f98-en.pdf
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025b). *Long-term care resources and utilisation - recipients*. [https://data-explorer.oecd.org/vis?fs\[0\]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CLong-term%20care%23HEA_LTC%23&fs\[1\]=Measure%2C0%7CLong-term%20care%20recipients%23LTCR%23&fs\[2\]=Reference%20area%2C0%7CSweden%23SWE%23&pg=0&fc=Reference%20area&snb=2&vw=ov&df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_HEALTH_LTCR%40DF_HEALTH_LTCR_RECIPIENT&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&df\[vs\]=1.0&dq=SWE.LTCR.PT_POP_Y_GE65.Y_GE65_T.....A&lom=LASTNPERIODS&lo=5&to\[TIME_PERIOD\]=false](https://data-explorer.oecd.org/vis?fs[0]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CLong-term%20care%23HEA_LTC%23&fs[1]=Measure%2C0%7CLong-term%20care%20recipients%23LTCR%23&fs[2]=Reference%20area%2C0%7CSweden%23SWE%23&pg=0&fc=Reference%20area&snb=2&vw=ov&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HEALTH_LTCR%40DF_HEALTH_LTCR_RECIPIENT&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=SWE.LTCR.PT_POP_Y_GE65.Y_GE65_T.....A&lom=LASTNPERIODS&lo=5&to[TIME_PERIOD]=false)
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025c). *Panorama de la santé 2025 : Les indicateurs de l'OCDE*. É. OCDE.
<https://doi.org/10.1787/2f564c6c-fr>
- Organisation mondiale de la santé. (2025). *From loneliness to social connection - charting a path to healthier societies: report of the WHO Commission on Social Connection*.
- Penneau, A. (2023). Do mobile hospital teams in residential aged care facilities increase health care efficiency: an evaluation of French residential care policy. *European Journal of Health Economics*, 24(6), 923-937.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1007/s10198-022-01522-1>
- Perry, K.-M. E. (2020). *The Place of Assisted Living in BC's Seniors Care System Assessing the promise, reality and challenges*. H. E. U. a. t. B. H. Coalition.
https://www.policyalternatives.ca/wp-content/uploads/attachments/BC%20Assisted%20Living_%20Report%20Final_200616.pdf
- Plourde, A. (2021). *Les résidences privées pour aînées au Québec. Portrait d'une industrie milliardaire*.

- Poss, J. W., Sinn, C. J., Grinchenko, G., Blums, J., Peirce, T. et Hirdes, J. (2017). Location, Location, Location: Characteristics and Services of Long-Stay Home Care Recipients in Retirement Homes Compared to Others in Private Homes and Long-Term Care Homes. *Healthcare Policy = Politiques de sante*, 12(3), 80-93. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5344365/>
- Puplampu, V. (2020). Forming and living in a seniors' cohousing : the impact on older adults' healthy aging in place. *Journal of Aging and Environment*, 34(3), 252-269. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/02763893.2019.1656134>
- Puplampu, V., Matthews, E., Puplampu, G., Gross, M., Pathak, S. et Peters, S. (2019). The Impact of Cohousing on Older Adults' Quality of Life. *Canadian Journal on Aging*, 39(3), 406-420. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1017/S0714980819000448>
- Roblin, B., Deber, R., Kuluski, K. et Silver, M. P. (2019). Ontario's Retirement Homes and Long-Term Care Homes: A Comparison of Care Services and Funding Regimes. *Canadian Journal on Aging*, 38(2), 155-167. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1017/S0714980818000569>
- Roquebert, Q. et Tenand, M. (2024). Informal care at old age at home and in nursing homes: determinants and economic value. *European Journal of Health Economics*, 25(3), 497-511. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1007/s10198-023-01601-x>
- Rusinovic, K., Bochove, M. V. et Sande, J. V. (2019). Senior Co-Housing in the Netherlands: Benefits and Drawbacks for Its Residents. *International Journal of Environmental Research & Public Health [Electronic Resource]*, 16(19), 08. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.3390/ijerph16193776>
- Sengers, F. et Peine, A. (2021). Innovation Pathways for Age-Friendly Homes in Europe. *Int J Environ Res Public Health*, 18(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph18031139>
- Service Public. (s.d.). *Apa : que sont les Gir 1, Gir 2, Gir 3 et Gir 4 de la grille Aggir ?* <https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/vosdroits/F1229>
- Silver, B. C., Grabowski, D. C., Gozalo, P. L., Dosa, D. et Thomas, K. S. (2018). Increasing Prevalence of Assisted Living as a Substitute for Private-Pay Long-Term Nursing Care. *Health Services Research*, 53(6), 4906-4920. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.13021>
- Sponem, S., Lambert, C., Allain, É., Fortin, A.-H., Pellegrino, C. et Fayolle, V. (2021). *Le coût des services d'hébergement des personnes âgées au Québec*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2021/CSBE-Rapport_Cout_hebergement_aines_Pole_sante_HEC.pdf
- Statistics Netherlands. (2020, 25 mars). *Number of residents of nursing homes 2019*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/13/aantal-bewoners-van-verzorgings-en-verpleeghuizen-2019>

- Statistique Canada. (2022, 19 avril). *Tableau 13-10-0850-01 Caractéristiques de santé des aînés de 65 ans et plus, Enquête canadienne sur la santé des aînés, estimations pour une période de deux ans.*
- Statistique Canada. (2025, 24 septembre). *Tableau 17-10-0005-01 Estimations de la population au 1er juillet, par âge et genre.*
- Statistique Canada. (2022, 27 avril). *Tableau 98-10-0045-01 Type de logement collectif, âge et genre pour la population dans les logements collectifs : Canada, provinces et territoires* <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=9810004501>
- Statistique Canada. (2022, 27 avril). *Tableau 98-10-0046-01 Type de logement, âge et genre : Canada, provinces et territoires, régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement y compris les parties.*
- Stiel, S., Brütt, A. L., Stahmeyer, J. T., Bockelmann, A. W., Schleef, T., Völkel, A. et Hoffmann, F. (2023). Implementation, barriers, and recommendations for further development of advance care planning for the last phase of life in nursing homes in Germany (Gut-Leben): protocol for a mixed-methods study. *BMC palliative care*, 22(1), 27. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12904-023-01147-y.pdf>
- Strzelecka, D., Southampton City Council, Copeman, I., Hastings, R., Beech, L. et Housing LIN. (2019). *Identifying the health care system benefits of housing with care.*
- Tanuseputro, P., Hsu, A., Kuluski, K., Chalifoux, M., Donskov, M., Beach, S. et Walker, P. (2017). Level of Need, Divertibility, and Outcomes of Newly Admitted Nursing Home Residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(7), 616-623. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.008>
- United Nations Statistics Division. (2025, 11 août). *Population by age, sex and urban/rural residence.* <https://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a22>
- UTILE. (2019). *Logement intergénérationnel: sortir de l'exception au Québec.* https://cdn.prod.website-files.com/671f03f16a9ff0cd1e15782e/685e25a72cb67520f9cc10f8_6362d681b8c8a082154dbb5d_Logement%20interge%CC%81ne%CC%81rationnel%20-%20Rapport%20final.pdf
- van Lier, L. I., van der Roest, H. G., Oosten, B. S. H., Garms-Homolová, V., Onder, G., Finne-Soveri, H., V Jónsson, P., Ljunggren, G., Henrard, J.-C., Topinkova, E., Sørbye, L. W., Bernabei, R., van Hout, H. P. J. et Bosmans, J. E. (2019). Predictors of Societal Costs of Older Care-Dependent Adults Living in the Community in 11 European Countries. *Health Services Insights*, 12, N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1177/1178632918820947>
- Vitrine sur le vieillissement de la population et des personnes aînées. (s.d.-a). *Adaptation de domicile.* <https://statistique.quebec.ca/vitrine/vieillissement/themes/sante-bien-etre/adaptation-domicile>

- Vitrine sur le vieillissement de la population et des personnes âgées. (s.d.-b). *Effectifs et proportions de différents groupes d'âge*. <https://statistique.quebec.ca/vitrine/vieillissement/themes/population/effectifs-proportions-groupes-age>
- Vitrine sur le vieillissement de la population et des personnes âgées. (s.d.-c). *Sentiment de solitude*. <https://statistique.quebec.ca/vitrine/vieillissement/themes/sante-bien-etre/frequence-sentiment-solitude>
- Vitrine sur le vieillissement de la population et des personnes âgées. (s.d.-d). *Situation dans les ménages*. <https://statistique.quebec.ca/vitrine/vieillissement/themes/population/situation-menages>
- Vitrine sur le vieillissement de la population et des personnes âgées. (s.d.-e). *Type de construction résidentielle*. <https://statistique.quebec.ca/vitrine/vieillissement/themes/conditions-vie-materielles/type-construction-residentielle>
- Voyer, P. et Allaire, E. (2020). Comment transformer un CHSLD en un centre Alzheimer ?
- Wackers, E. M. E., Kruse, F. M., Berden, H., van Dulmen, S. A., Stadhouders, N. W. et Jeurissen, P. P. T. (2025). Total healthcare costs of deinstitutionalized long-term care provision in the Netherlands: an instrumental variable analysis. *BMC Health Services Research*, 25(1), 529. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1186/s12913-025-12693-x>
- Weeks, L. E., Bigonnesse, C., McInnis-Perry, G. et Dupuis-Blanchard, S. (2020). Barriers Faced in the Establishment of Cohousing Communities for Older Adults in Eastern Canada. *Journal of Housing For the Elderly*, 34(1), 70-85. <https://doi.org/10.1080/02763893.2019.1627267>
- Yoon, J. Y., Brown, R. L., Bowers, B. J., Sharkey, S. S. et Horn, S. D. (2016). The effects of the Green House nursing home model on ADL function trajectory: A retrospective longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 238-247. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.010>

ANNEXE I

Description des principales caractéristiques, forces et limites des milieux de vie recensés

Les principales caractéristiques, forces et limites propres à chaque type de milieu de vie ou celles spécifiques à un milieu de vie, issues des données de littérature présentées dans le présent rapport, sont synthétisées dans le tableau suivant :

Légende du tableau :

- Personne autonome
- Personne semi-autonome
- Personne en grande perte d'autonomie
- ☑ Force
- ⊗ Limite

Tableau I-1 Principales caractéristiques, forces et limites des milieux de vie

Type de milieu de vie	Population la plus adaptée	Caractéristiques Forces et limites communes	Milieux de vie	Forces et limites spécifiques
Milieux de vie sans soins	● ●	Caractéristiques : - Absence de soins médicaux intégrés dans l'entente d'hébergement Forces : ☑ Maintien dans un milieu de vie non médicalisé ☑ Favorise l'autonomie, les liens sociaux et le maintien dans la collectivité ☑ Choix préféré des personnes âgées autonomes et semi-autonomes	Domicile privé	☑ Préservation des habitudes et de l'attachement résidentiel ☑ Liberté de choix des services ☑ Pour les personnes âgées ayant un besoin de soutien léger à modéré, coûts généralement plus faibles pour le réseau qu'une place en hébergement ⊗ Isolement et sentiment d'insécurité possible ⊗ Entretien du domicile parfois difficile et présence d'aide informelle variable ⊗ Particulièrement dépendant aux services externes
			Habitat partagé	☑ Soutien informel ☑ Bénéfices économiques pour la personne âgée et son locataire ☑ Coûts en soins de santé potentiellement réduits pour le réseau ⊗ Risques de conflits interpersonnels ⊗ Cadre réglementaire variables selon les localités ⊗ Coordination souvent nécessaire

Type de milieux de vie	Population la plus adaptée	Caractéristiques Forces et limites communes	Milieux de vie	Forces et limites spécifiques
		Limites : ☒ Accessibilité aux soins et services externes variables ☒ Services non adaptés à des besoins plus complexes d'assistance ou de soins pouvant nécessiter un déménagement	Communauté de retraite naturelle	✓ Coordination locale favorisant l'accès aux services de la communauté ✓ Potentiel d'économies d'échelle liées à la densité de personnes âgées ✓ Favorise l'inclusion sociale et le sentiment d'appartenance ☒ Offre de services variables en fonction des ressources disponibles dans la communauté de retraite naturelle ☒ Gouvernance complexe et dépendance aux subventions ☒ Difficulté à rejoindre certaines populations et engagement des résidents nécessaire
			Village	✓ Favorise le sentiment d'appartenance ✓ Répond aux besoins des usagers à coûts généralement jugés abordables ✓ Mobilisation des résidents ☒ Équité d'accès pouvant être limitée, bénéfices variables selon le niveau d'engagement et le niveau d'autonomie ☒ Dépendance financière (cotisations, dons, bénévolat) ☒ Fatigue organisationnelle et tensions sociales possible
			Habitat participatif	✓ Gouvernance collective autonome et participation des résidents ✓ Favorise le sentiment d'appartenance ✓ Entraide qui réduit le recours aux services externes ☒ Investissement personnel (temps, énergie, implication) parfois élevé ☒ Coûts initiaux élevés et accès au financement limité pour la personne âgée ☒ Tensions sociales possibles et mobilisation difficile à maintenir
			Résidences privées sans soins	✓ Favorise un sentiment de sécurité ✓ Favorise le maintien des liens familiaux ✓ Allège les tâches domestiques ☒ Coûts élevés pour la personne âgée ☒ Variabilité possible, selon les localités et la taille des milieux, dans les services offerts, la capacité d'accueil et l'aménagement physique de l'environnement ☒ Liberté de déplacement pouvant être restreinte dans certains contextes (p. ex. éclosions)
Milieux avec soins infirmiers ponctuels	●	Caractéristiques : • Soins infirmiers et assistance pour les AVQ sur place Forces :	Résidences privées avec soins	✓ Maintien dans la communauté et alternative possible aux milieux de soins de longue durée ✓ Favorise la participation sociale, l'autonomie et le sentiment de sécurité ✓ Potentiel d'efficacité pour le système de santé ☒ Organisation du financement pouvant être complexe ☒ Coûts élevés pour les personnes âgées

Type de milieux de vie	Population la plus adaptée	Caractéristiques Forces et limites communes	Milieux de vie	Forces et limites spécifiques
		✓ Organisation structurée de certains soins et services ✓ Personnel sur place et encadrement formel Limites : ⊗ Variabilité des services, des coûts et de l'accès aux soins	Ressources intermédiaires ou de type familiale (RI/RTF)	✓ Environnement familial avec une proximité relationnelle ✓ Avantages économiques pour certains profils de résidents ✓ Coûts totaux et de construction inférieurs aux CHSLD pour le système public ⊗ Expérience et qualité perçue par les résidents variables ⊗ Bénéfices économiques dépendants du profil des résidents
Milieux de soins de longue durée (24/24)	●	Caractéristiques : • Soins médicaux et surveillance 24/24 Forces : ✓ Prise en charge des besoins complexes Limites : ⊗ Coûts élevés pour le réseau ⊗ Capacité d'accueil limitée	CHSLD et équivalents	✓ Parfois moins coûteux qu'un maintien à domicile pour le système public ✓ Adapté aux besoins les plus élevés en matière de soins et de services ✓ Partenariats communautaires possibles pour améliorer la qualité de vie des résidents ⊗ Perceptions parfois négatives par les personnes âgées ⊗ Mixité des populations pouvant affecter l'expérience des résidents et leurs proches
			Autres milieux de soins de longue durée	✓ Approche centrée sur la personne ✓ Apprécie des résidents et de leur famille ✓ Environnement physique adapté et stimulant, organisé en petites unités ⊗ Investissements financiers et besoins en ressources pouvant être élevés ⊗ Ajustements organisationnels, politiques ou de formation du personnel ⊗ Durabilité du milieu incertaine et inégalités d'accès pour certains milieux
Milieux avec soins et services évolutifs	● ● ●	s. o.	Résidences évolutives / Maison centre service	Caractéristiques : • Offre de soins graduée selon les besoins Forces : ✓ Transitions réduites ✓ Favorise la continuité organisationnelle et relationnelle ✓ Maintien dans la même communauté malgré l'évolution des besoins Limites : ⊗ Coûts d'entrée élevés limitant l'accès ⊗ Risques de relocalisation et de rupture de continuité dans certains contextes ⊗ Capacité d'accueil limitée pour certains besoins (p. ex. soins spécialisés, TNC)

**Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux**

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

