



## L'éditorial des membres

### Un éventail d'options en matière d'habitation

Au cours des 20 dernières années, le gouvernement fédéral et les provinces ont privilégié l'expansion des hôpitaux et des établissements de soins prolongés. Ce n'est que récemment qu'ils ont commencé à

explorer des formules centrées sur un mode de vie autonome pour les aîné-e-s.

Les établissements de soins, surtout les hôpitaux, dispensent la plupart de leurs services gratuitement.

Toutefois, le soutien à domicile ne fait pas toujours partie de la gamme des services offerts; de plus, certaines personnes n'ont pas les moyens de payer les services non fournis par la province. Pourtant, les femmes travaillant de plus en plus à l'extérieur du foyer — autrefois, elles dispensaient des soins à domicile à titre d'aidantes naturelles ou offraient des services bénévoles — il est encore tentant aujourd'hui de s'appuyer sur les établissements.

Le maintien de l'autonomie et du bien-être des aîné-e-s dans la collectivité dépend pour beaucoup de leurs conditions de logement. Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) estime que les politiques canadiennes

en matière d'habitation doivent tenir compte des besoins changeants de la population vieillissante. Ce n'est pas seulement la question de l'hébergement ou celle des soins médicaux qui commande des innovations radicales, mais aussi celle de la

qualité de vie, dans toutes ses dimensions. L'habitation d'une personne âgée doit être satisfaisante sur les plans de la sécurité, du coût, de l'accessibilité et de l'adaptabilité. Elle

doit lui offrir une liberté maximale et les meilleures chances de conserver son mode de vie. Les aîné-e-s eux-mêmes doivent participer à la mise au point des concepts et des options.

Les changements physiques qui surviennent chez une personne qui vieillit, et les maladies et handicaps qui touchent certains aîné-e-s, ont de multiples conséquences sur le plan de



# Expression



l'habitation. Une bonne compréhension du processus du vieillissement est essentielle à la planification des services, des programmes et des milieux de vie. Les nouvelles conceptions et approches en matière d'habitation peuvent accroître considérablement la mobilité et l'autonomie. Grâce aux nouvelles technologies, bien des services autrefois dispensés uniquement à l'hôpital peuvent désormais l'être à la maison.

Que faut-il entendre exactement par 'qualité de vie'? Au niveau le plus élémentaire, il s'agit de la satisfaction des besoins **physiologiques**: santé, nutrition, hygiène, mobilité, hébergement et sécurité physique. Mais le logement doit également assurer la satisfaction des besoins **psychologiques**: autonomie, liberté de choix, exercice des compétences, réalisation personnelle, protection de la vie privée et sentiment de sécurité. Enfin, il faut penser aux besoins **sociaux** de la personne: visites des parents et amis (espace suffisant), loisirs, activités récréatives et

intellectuelles.

C'est seulement aujourd'hui que commence à se dégager une large gamme d'options en matière d'habitation pour les aîné-e-s. La maison intelligente est un logement conçu à partir de l'idée d'adaptabilité — permettant, par exemple, d'enlever le mur démontable qui sépare la chambre d'enfant et l'étude pour aménager une chambre à l'intention d'un parent. Grâce aux progrès de la technologie, ces maisons peuvent aussi 'savoir' quand allumer et éteindre les lumières, comment maintenir une température de confort maximal et comment prévoir les problèmes électromécaniques.<sup>1</sup> Il existe également d'autres options, comme les pavillons-jardins, qui peuvent être installés sur le terrain d'une maison individuelle.

Les aîné-e-s autonomes ont toute une gamme d'options à leur disposition, depuis les visites d'aides familiales jusqu'aux livraisons de la Popote roulante, en passant par les soins personnels, médicaux et non médicaux. Sur le plan du logement, ils peuvent choisir entre diverses formules novatrices: demi-pension ou petite résidence d'hiver et cohabitation pour les saisons plus chaudes.

Les aîné-e-s **semi-autonomes** peuvent maintenir leur mode de vie en optant pour la cohabitation, avec ou sans soins personnels, ou le foyer collectif est entretenu par une aide-ménagère. Les

résidences satellites ou les foyers collectifs offrent aux aîné-e-s l'occasion de vivre dans des maisons surveillées et sélectionnées avec soin, tout en leur permettant de vivre avec une famille ou avec d'autres aîné-e-s. Une autre option appelée 'foyer commun' désigne un mode d'habitation selon lequel deux personnes ou plus ne possédant aucun lien de parenté entre elles mettent leurs ressources financières et personnelles en commun et partagent un lieu d'habitation où chacun a un coin à soi et partage le salon et la cuisine. Les établissements de soins multiniveaux et les villages retraite offrent également à leurs résident-e-s tout un éventail de soins d'importance variable.

Lorsqu'un aîné-e ne peut plus vivre de façon autonome et qu'il a besoin de soins infirmiers intensifs, la **résidence- services** — par exemple, en établissements de soins, multiniveaux ou autres peut être la solution.

La liberté de choix est l'une des plus grandes nécessités de la vie. Sans cette liberté, une personne est limitée sur tous les plans — autonomie, estime de soi, créativité, réalisation personnelle et maintien des rôles sociaux. Il n'y a pas longtemps que nous avons découvert combien la conception architecturale de l'habitat pouvait contribuer à maintenir et à accroître cette liberté.

*Doug Rapelje  
Membre du CCNTA,  
Ontario*

## Les principes directeurs

Quand la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) a annoncé la tenue d'une conférence sur les options en matière d'habitation pour les aîné-e-s du Canada, les réseaux d'aîné-e-s du pays ont décidé de se faire entendre. Le projet HABITAT, né en 1988 de la collaboration de plusieurs organisations nationales d'aîné-e-s, a reçu l'appui financier du Programme d'autonomie des aînés. Dix principes directeurs ont été établis pour l'habitation de l'aîné de demain: participation, autonomie, coût abordable, information exacte, gamme d'options, adaptabilité, qualité de vie, bonnes relations de travail entre les divers niveaux d'administration publique, notamment en ce qui concerne le financement, les règlements municipaux et de zonage, et les options habitation-services planifiés en concertation, dans une perspective holistique.

### La gamme d'options

L'un des plus grands défis qui se présente est de définir les options relatives à l'habitation de groupe, compte tenu d'un certain nombre d'éléments: dimensions du logement, degré de vie privée, commodités et services communs, coût, aide financière, personnel et participation des résident-e-s aux prises de décision. Les principales options offertes sont: le village- retraite ou la communauté- retraite, le foyer, le logement protégé, le modèle 'Abbeyfield', l'établissement de soins traditionnels, la résidence-services et l'établissement de

soins multiniveaux.

Comme l'explique le magazine *Canadian Nursing Home*,<sup>2</sup> parler de l'habitation et des aîné e-s, c'est évoquer une 'communauté sans murs' — dont les aîné-e-s autonomes occupent le centre et qui s'étend aux foyers collectifs, aux foyers d'accueil, aux hôpitaux de jour, aux mécanismes de soutien de jour, aux résidences-services et aux établissements de soins. Pour qu'une habitation soit de qualité, un certain nombre d'éléments essentiels doivent être réunis: accessibilité, participation du public, utilisation de la technologie, sécurité, promotion de la santé et coopération à de multiples niveaux.

Les établissements de soins prolongés voient augmenter constamment la quantité des soins aux résident-e-s. Le phénomène est attribuable non seulement à la détérioration progressive de la santé des résident-e-s, mais au fait qu'on y admet de plus en plus d'aîné-e-s dont l'état de santé est précaire. Plus ils sont frêles, plus il faut d'espace. Bien des établissements de soins prolongés n'ont pas été conçus pour accueillir des aîné-e-s qui ont perdu toute autonomie; or, il est difficile et coûteux de réaménager un bâtiment qui n'est pas assez spacieux.

### Les foyers

La vie en foyer au coeur de la collectivité permet aux aîné-e-s de rester autonomes, car il leur offre la possibilité de socialiser et d'entretenir des liens d'amitié et d'avoir accès à certains services supplémentaires, comme les repas et l'entretien ménager.

Ce mode de vie s'enracine dans une tradition bien établie, celle des hôtels-résidence et des pensions.

Les aîné-e-s qui choisissent cette option veulent vivre seuls tout en jouissant d'une vie sociale stimulante. S'ils ressentent le besoin de protéger leur vie privée, ils ferment leur porte; s'ils veulent de la compagnie, ils descendent au salon. Le maintien des relations avec la famille et les amis contribue à accroître l'autonomie.

Les foyers ne s'adressent pas à la même clientèle que les habitations unifamiliales traditionnelles. Chaque résident-e doit être résolu à s'entendre avec les autres et à rester autonome. Il ne s'agit pas d'une étape sur un chemin à sens unique qui irait de l'autonomie à la dépendance - en fait, le nombre d'aîné-e-s qui quittent volontairement un établissement de soins infirmiers pour aller vivre en foyer est étonnamment élevé et ne cesse de grandir. Cette formule de logement est particulièrement populaire chez les hommes et chez les personnes des deux sexes qui ne se sont jamais mariées.<sup>3</sup>

Nous avons assisté au cours des dix dernières années à l'établissement de collectivités d'adultes. Un nombre croissant d'aînés choisissent l'option attrayante qu'offrent les 'collectivités d'adultes' ou les 'villages-retraites'. Ceux-ci se composent de petites collectivités ayant des rues, des petites maisons conçues dans le but d'être achetées et entretenues par un centre de récréation/bien-être et d'espaces commerciaux et professionnels pour l'usage de la collectivité. Il existe

# Expression

d'autres modèles tels que des unités de type individuel ou des condominiums qui peuvent être achetés, loués ou loués à vie.

## Le modèle Abbeyfield

À l'origine de la première société Abbeyfield, qui a vu le jour en Angleterre, il y a l'initiative de deux personnes qui, constatant la solitude de certains aîné-e-s, ont trouvé une solution toute simple: offrir à ces aîné-e-s une grande maison. Aujourd'hui, toutes les sociétés Abbeyfield souscrivent aux mêmes objectifs et à la même formule. Il s'agit de permettre à l'aînée de vivre chez lui tout en jouissant de la sécurité et des rapports de camaraderie que procure la vie en petit groupe, dans un foyer où se concentrent la générosité et l'amitié au sein de la collectivité.

Des sociétés Abbeyfield se sont établies en Irlande, en Afrique du Sud, aux Pays-Bas, en Australie et au Canada. La Société Abbeyfield nationale du Canada a son siège à Toronto. La première maison Abbeyfield du Canada, construite en 1987 à Sidney (Colombie-Britannique), est une résidence pour neuf personnes. Les logements sont tous au rez-de-chaussée; à l'étage supérieur, se trouvent l'appartement de l'aide-ménagère, la chambre d'hôte et des pièces d'entreposage additionnelles pour les résident-e-s. L'aide ménagère assure l'entretien de la maison et sert deux repas chaque jour dans la salle à manger. Chaque résident-e a sa chambre-salon et sa salle de bain. Chacun a libre accès à deux grands salons, à la salle à manger et à la cuisine. Après leur arrivée, les

résident-e-s se sont déclarés «extrêmement chanceux de vivre dans une maison confortable, entourés d'amis chaleureux.»<sup>4</sup>

## La résidence-services

Lorsqu'une personne ne peut plus vivre seule mais qu'elle ne requiert pas de soins à l'hôpital, la résidence-services peut être la solution. La formule proposée par des groupes bénévoles ou des organismes à but lucratif est offerte dans des résidences transformées ou conçues à cette fin. Elle s'adresse aux aîné-e-s qui ne requièrent pas de soins médicaux professionnels 24 heures sur 24 comme dans les foyers de soins infirmiers. Un montant forfaitaire, qui varie considérablement d'une résidence à une autre mais qui reste relativement modeste, donne droit à la pension et à l'aide nécessaire pour préparer les repas, se nourrir, faire sa toilette, s'habiller, marcher, prendre ses médicaments, se déplacer, faire des achats et le lavage.

La résidence-services met l'accent sur une atmosphère chaleureuse et on veille à ce que tous les pensionnaires jouissent d'une véritable vie privée, dans un logement qu'ils peuvent meubler avec leurs propres possessions.

## Traiter avec la démence

Les aîné-e-s atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence ont besoin d'un environnement calme et sans danger. Comme ces personnes peuvent halluciner, se perdre dans l'établissement et errer dans les rues de la localité, il faut tenir compte de l'emplacement, la signalisation, de même que la sécurité et le confort offerts par chaque pièce, depuis la

salle de bain jusqu'à l'atelier d'artisanat. Lors de la conception et de l'aménagement, il faut se demander: tel article pourrait se briser? Quelqu'un pourrait-il tomber ici? Peut-on se couper avec cet objet? Se brûler avec cet autre? Où doit-on remiser les substances dangereuses?

Les personnes atteintes de démence tendent à s'agiter quand elles sont conscientes que leurs capacités diminuent et qu'elles sont de plus en plus limitées. Un environnement bien éclairé, tranquille et sécurisant les aidera à s'adapter. S'il est bon de les encourager à se déplacer et à socialiser, on doit toutefois veiller à leur sécurité. Pour les empêcher d'errer et d'accéder aux objets potentiellement dangereux, il faut porter un soin extrême aux serrures, aux grilles, aux portails, aux portillons et aux dispositifs d'alarme silencieux.<sup>5</sup>

On s'intéresse de plus en plus à la conception et à la construction de petites installations qui amélioreraient la qualité de vie et le milieu de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Face au problème d'errance, les praticiens du **Regional Niagara Senior Citizens Department** ont mis au point le concept des parcs thérapeutiques adjacents à la résidence. Au Canada plusieurs résidences de soins de longue durée ont adopté ce concept. Ces parcs permettent aux aîné-e-s mentalement frêles d'être à l'extérieur tout en bénéficiant d'un endroit sécuritaire et paysagé où ils ne se sentent pas prisonniers.

# Expression

## Un environnement sans obstacles

Le CCNTA a déjà recommandé que les architectes et les concepteurs visent un environnement libre d'obstacles, qui permette aux personnes ayant un handicap quelconque de continuer à vaquer à leurs occupations quotidiennes.

Dans un environnement sans obstacles, les portes, par exemple, sont assez larges pour laisser passer les fauteuils roulants; les interrupteurs et les prises de courant sont placés à hauteur de la taille pour être accessibles à tous; les placards sont faciles à atteindre et on préfère les rampes d'accès aux escaliers.

Il faut peut-être de trois à quatre ans pour concevoir et construire un bâtiment libre d'obstacles. Un remaniement ne prend que quelques mois, mais une rénovation ou une construction à partir d'un nouveau concept demande beaucoup plus de temps. L'aménagement d'un environnement sans obstacles est peu coûteux s'il se fait à l'étape de la conception. En fait, il permet d'éviter les problèmes.<sup>6</sup>

Voici quelques éléments à considérer pour assurer aux aîné-e-s un mode d'habitation sain et agréable.

## Besoins physiologiques

### Régulation de la température

Étant donné que les aîné-e-s sont souvent frileux, la régulation de la température ambiante est importante. En général, les aîné-e-s sont

confortables entre 24°C et 27°C. Il ne doit jamais faire moins de 22°C ou plus de 30°C dans une pièce. L'air doit être pur, filtré, conditionné et humidifié toute l'année et renouvelé à au moins 10 % pour entretenir l'élasticité et l'humidité de la peau et réduire au minimum les problèmes de santé.

Toutes les pièces communes et les unités individuelles doivent être alimentées en eau potable pure et fraîche. La présence d'eau fraîche incite à boire, permettant ainsi de combattre la déshydratation, surtout l'été et au plus sec de l'hiver.

### Sécurité

Afin de prévenir les brûlures, le thermostat du chauffe-eau doit être ajusté à un maximum de 48°C et être muni d'une valve de sécurité.

Lorsque les appareils ménagers sont en train de fonctionner, un voyant doit s'allumer. Tout ce qui s'actionne mécaniquement — appareil, accessoire ou dispositif de contrôle — doit être accessible aux personnes en fauteuil roulant; par contre, tout appareil ou dispositif dangereux, dont l'usage est réservé au personnel, sera hors de portée des résidents. Les locaux dangereux doivent être clairement identifiés au moyen de larges écriteaux, où apparaît un seul mot ne comportant pas plus de sept lettres.

L'éclairage doit être d'excellente qualité dans toutes les pièces destinées à la toilette, aux repas, aux activités collectives et à la préparation des aliments, et

de très haute qualité dans les locaux réservés aux soins thérapeutiques ou autres.

Dans les couloirs, les passages, les escaliers, les ascenseurs et les rampes d'accès, la surface du sol ne doit être ni trop sombre ni trop lumineuse; mais le contraste ne doit pas être fort entre les couloirs et les chambres à coucher. Toutes les pièces accessibles aux résident-e-s doivent être équipées de veilleuses.

Il faut bannir les rallonges électriques dans toutes les aires accessibles et installer partout des détecteurs de fumée. De plus, tous les locaux ouverts aux résident-e-s doivent avoir un dispositif d'appel d'urgence ou de liaison avec le réseau de communication central.

### Mobilier et accessoires

Tous les meubles et accessoires — matelas, sièges, accessoires de salle de bain, placards et étagères — doivent être conçus en fonction des personnes les plus faibles physiquement, et accessibles aux personnes en fauteuil roulant. Les matériaux doivent être à l'épreuve du feu.

Les planchers, les escaliers et les rampes doivent être non éblouissants et non glissants. Les matériaux de finition du sol et des murs doivent être choisis de manière à éviter les chutes et les abrasions, et tous les tapis doivent être solidement attachés.

Le matériel de sécurité, extincteurs d'incendie y compris, doit être facile à atteindre pour les résident-e-s et utilisable en toute sécurité; les avertisseurs doivent être à la fois visuels

# Expression

et sonores; enfin, les systèmes de ventilation doivent s'arrêter automatiquement en cas d'incendie.

## Besoins psychologiques

### **Autonomie**

Un plan de résidence prévoyant un salon en contrebas, une minuscule salle de bain ou des entrées étroites est inexcusable. L'autonomie des aîné-e-s et leur amour-propre dépendent grandement de la possibilité qu'ils ont de se déplacer sans aide.

Dans un cadre semi-autonome, les résidents doivent pouvoir se préparer une collation, faire bouillir de l'eau pour du thé ou du café et utiliser les machines distributrices à toute heure du jour et de la nuit.

### **Confort**

Chaque appartement doit être équipé d'un thermostat, et chaque résident doit pouvoir utiliser son propre humidificateur ou tout autre appareil certifié par l'Association canadienne de normalisation. Dans tout l'établissement, les bruits émis par les appareils doivent être réduits au minimum et tous les locaux doivent être insonorisés.

L'éclairage doit être chaleureux (incandescent) plutôt que froid (fluorescent). De nombreux éléments — utilisation de l'espace, conception des pièces, choix des couleurs, des textures et des tissus — contribuent à créer une atmosphère intime. Un environnement coloré, bien éclairé et stimulant peut aider à compenser une perte

sensorielle. Les résident-e-s doivent pouvoir meubler et décorer leur unité comme ils le désirent, dans les limites de la sécurité.

Autant que possible, les aîné-e-s doivent avoir le choix entre un logement privé ou la cohabitation avec leur partenaire ou un ami; quelle que soit la formule choisie, chaque personne doit avoir son espace privé. Les résident-e-s doivent pouvoir fermer leur logement à clé et disposer d'au moins un casier d'entreposage fermé à clé.

Enfin, il doit y avoir une pièce ou un espace tranquille désigné pour les gens qui veulent se recueillir.

## Besoins sociaux

Comme tout le monde, les aîné-e-s prennent plaisir à se distraire ou à avoir des activités intellectuelles en compagnie de leur famille ou de leurs amis. Une résidence pour aîné-e-s doit évoquer l'activité, non le cloître.

Les familles et les amis doivent pouvoir visiter les résidents en tout temps. Autant que possible, il faut prévoir une chambre ou un appartement privé pour les visiteurs de l'extérieur de la ville.

Le choix de l'emplacement des activités influence considérablement la participation. Les résidents tendent à se réunir là où il se passe quelque chose par exemple, dans le hall d'entrée à la salle à manger, en face d'un ascenseur ou dans les salles de loisirs. Des murs se prêtant aux expositions d'art et à l'affichage, et la présence d'une bibliothèque et d'une salle de musique

agrémentent aussi l'existence en résidence.

## La vie au dehors

Le transport est un service essentiel; il permet aux aîné-e-s de rester en contact avec la collectivité et d'avoir accès à un large éventail de services et d'établissements. Une aire de stationnement et de chargement est souhaitable pour les véhicules de la résidence. De plus, on doit pouvoir trouver un arrêt d'autobus ou de métro à proximité et les aires d'attente doivent être à l'abri des intempéries.

Chaque appartement doit donner sur l'extérieur ou avoir au moins un balcon où il est possible de lire, de recevoir ou de cultiver des fleurs. Tous les résident-e-s doivent avoir accès à un jardin, à des arbres, à un bassin et à un endroit où ils puissent manger à l'ombre. Les fleurs et plantes odorantes sont particulièrement attrayantes pour les personnes ayant un handicap visuel; et les espaces à jardinage sont très populaires. Il faut également aménager des terrains pour les activités extérieures — mini-golf, jeu de palet ou tai chi — et pour les pique-niques et barbecues. En ville, les grillages, les clôtures et les haies cultivées préservent l'intimité et la sécurité. Tous les chemins doivent avoir une surface plane et non glissante, être bien éclairés et être assez larges pour permettre à une personne en fauteuil roulant de faire demi-tour.

## Clientèles particulières

Les établissements où on retrouve plusieurs résident-e-s d'origine culturelle et de religions diverses doivent être en mesure de servir des aliments appropriés, voire de réserver une pièce pour les besoins du culte.

## Le quartier idéal

Tout le monde a sa propre idée du quartier 'idéal'. Pour une famille avec de jeunes enfants, par exemple, ce sera l'accès aux autoroutes, aux écoles, au travail et peut-être aux restaurants. Pour une personne âgée, ce sera plutôt la présence d'arrêts d'autobus ou la possibilité de se rendre à pied à la banque, au supermarché, à la pharmacie, à l'église, chez le médecin, au centre communautaire et chez le coiffeur. Pour tout le monde, la salubrité, l'aménagement paysagé, l'absence de pollution, le calme et la sécurité sont des éléments importants.

## Les défis

Le financement, les mesures de rezonage, les arrêtés municipaux, sans oublier la résistance des collectivités, ne représentent que quelques-uns des nombreux défis à relever. Pour élargir avec succès la gamme des options de logement offertes aux aîné-e-s, il faut que toutes les administrations s'entendent sur les concepts à mettre en oeuvre et appuient plus vigoureusement leur application. Les règlements qui imposent des restrictions en matière de

fonctionnement, de concept et de sélection de la clientèle doivent être revus. Une collaboration étroite entre les divers organismes actifs dans les domaines de l'habitation, de la santé et des services sociaux, de même qu'entre ces organismes et les aîné-e-s eux-mêmes, est essentielle pour atteindre le but fixé, soit d'avoir des logements

satisfaisants sur les plans de la sécurité, du coût, de l'accessibilité et de l'adaptabilité pour tous les aîné-e-s du pays. On ne répétera jamais assez qu'il faut s'assurer que des types d'habitation de tous genres pour les aîné-e-s fassent partie de la vie communautaire.

## Des faits et des chiffres

- Au Canada, environ 10 % des aîné-e-s sont institutionnalisés. Aux États-Unis, où seulement 5% des aîné-e-s vivent en foyers de soins infirmiers, on estime que 40 % n'ont pas besoin de soins de cette importance.  
Murray, C.C., MRAIC, The Small Congregate Home, in *Housing the Very Old*, Gutman, G. et K.N.Blackie (éd.), Gerontology Research Centre, Simon Fraser University, Burnaby (C.-B.), 1988.
- Étant donné le vieillissement de la génération du baby-boom, il faudra quelque 276 000 lits de plus en 2021, soit des dépenses additionnelles de 12 \$ milliards.  
Santé et Bien-être Canada, Division de la planification des établissements de santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé. *Logements pour personnes âgées, Vol. 2, Modes habitation en semi-autonomie et Vol. 3, Modes d'habitation en soins suivis*. Approvisionnement et services Canada, Ottawa, 1989.
- Bien que la peur du crime soit de plus en plus répandue, près des trois quarts des aînées vivant seules à qui on demande de décrire leur quartier idéal ne situent pas de poste de police à moins d'un coin de rues de chez elles. Près de la moitié situent un poste à une distance qu'elles peuvent parcourir à pied, mais pour la plupart, le bruit, la circulation excessive et la rencontre de gens 'qui ont l'air' dangereux ou 'qui ne sont pas du quartier' sont des éléments plus importants à considérer que celui, pourtant crucial, de la sécurité.  
CARP. Fraces, M. Neighbourhood quality perception and measurement. In *Newcomer*, R.J. Lawton and O.B. Thomas (éds.). *Housing and Aging Society: Issues, Alternatives & Policy*. New York: Van Nostrand Reinhold Co., 1987.
- Plus le niveau de scolarité s'élève, plus il y a d'attentes sur le plan de la qualité de vie et plus longtemps on désire rester autonome.  
Santé et bien-être social Canada. *Problèmes nationaux en matière de soins prolongés*. Ottawa, 1991.

## Pour en connaître plus long...

American Institution of Architecture. *Design for Aging: An Architect's Guide*. The AIA Press. Washington, 1985.

Société canadienne d'hypothèques et de logement. *Choix de logements pour les Canadiens de plus de 75 ans*. Ottawa:

Approvisionnement et Services Canada, 1991.

Conseil consultatif national sur le troisième âge. *Loger une population vieillissante: Guide et notes de conception*, (2e éd.). Ottawa, 1992.

Santé et Bien-être social Canada, Unité de design pour la santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé.

*L'aménagement des établissements pour les personnes atteintes de démence*. Ottawa, 1991.

Municipalité régionale d'Ottawa Carleton. Conseil sur le vieillissement d'Ottawa-Carleton. *Guide pour la sélection d'un établissement de soins de longue durée*. Ottawa, 1992.

Regnier, V., et al. *Best Practice in Assisted Living - Innovations in Design, Management and Financing*. National Eldercare Institute on Housing and Support Services, Andrus Gerontology Centre, University of Southern California. Los Angeles, CA.: Mai 1991.

Gutman, G. et K.N. Blackie (éd.). *Housing the Very Old*. Gerontology Research Centre, Simon Fraser University. Burnaby (C. - B.), 1988.

Forsyth, A. *Changing Places:*

*Case Studies of Innovations in Housing for Older People* (Évaluation intérimaire de la stratégie de réforme des soins aux personnes âgées), le Commonwealth d'Australie, Canberra, 1992.

Olsen, R.V., E. Ehrenkrantz et B. Hutchings. *Alzheimer's and Related Dementias: Homes that Help, Advice from Caregivers for Creating a Supportive Home*. School of Architecture, New Jersey Institute of Technology. Newark, N.J.: 1993.

Pifer, A. *Preparing for the Fourth Age: The Abbeyfield Lecture*. The Abbeyfield Society. Londres (Royaume-Uni), 1993.

Regnier, V. et J. Pynoos (éd.). *Housing the Aged: Design Directives and Policy Considerations*. Elsevier Science Publishing Co. Inc. New York, N.Y.: 1987.

### Notes:

- <sup>1</sup> Entretien personnel avec un agent des communications de la SCHL.
- <sup>2</sup> Phillips, D.E. The Community Concept in Long Term Care, *Canadian Nursing Home*, 5, 3, (1994): 14.
- <sup>3</sup> Welch, P., V. Parker et J. Zeisel. *Independence Through Interdependence: Congregate Living for Older People*. Boston, MA., 1984.
- <sup>4</sup> Murray, C.C. MRAIC. The Small Congregate Home. In *Housing the Very Old*. Gutman, G. and K.N. Blakie (eds.). Gerontology Research Centre, Université Simon Fraser. Burnaby (C.-B.), 1988.
- <sup>5</sup> Shimizu, K. The Abbeyfield Model. In *Housing the Very Old*, Gutman, G. et N. Blackie (éd.). Gerontology Research Centre, Simon Fraser University, Burnaby (C.-B.), 1988.
- <sup>6</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge. *Loger une population vieillissante - Guide et notes de conception*. Ottawa, 1992.

*Expression* est publié quatre fois l'an par le Conseil consultatif national sur le troisième âge, Ottawa (Ontario) K1A 0K9, tél.: (613) 957-1968, téléc.: (613) 957-9938.

Le bulletin est également disponible sur Internet: [seniors@hpb.hwc.ca](mailto:seniors@hpb.hwc.ca)

URL:  
[http://hpb1.hwc.ca/datahpsb/seniors/sen\\_page.html](http://hpb1.hwc.ca/datahpsb/seniors/sen_page.html)

Les opinions exprimées ne sont pas nécessairement celles du CCNTA.

ISSN: 0822-8213.