
Multiplier les modèles d'habitation innovants pour une meilleure santé des aînés et des communautés

Christyne Lavoie, M.Sc. (c.), École de travail social, Université de Sherbrooke

christyne.lavoie@usherbrooke.ca

Mario Paris, Ph.D., Professionnel de recherche, Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS-Estrie-CHU

mario.paris@usherbrooke.ca

Suzanne Garon, Ph.D., Professeure, École de travail social, Université de Sherbrooke

suzanne.garon@usherbrooke.ca

Paul Morin, Ph.D., Professeur, École de travail social, Université de Sherbrooke et Directeur scientifique,

Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux CIUSSS-Estrie-CHUS

paul.morin@usherbrooke.ca

RÉSUMÉ :

Le logement représente un déterminant social majeur de la santé des populations, particulièrement pour les aînés en perte d'autonomie. Dans un contexte de transformation des résidences privées pour aînés et du vieillissement de la population québécoise, la question de l'habitation devient névralgique pour les aînés et les communautés. Cet article dresse un portrait de la situation québécoise dans le domaine de l'habitation pour aînés, et décrit cinq modèles d'habitation, inspirés d'ici et d'ailleurs, qui pourraient s'intégrer au paysage québécois et répondre aux défis qui se profilent à l'horizon. Ces cinq modèles ont en commun de permettre aux aînés de vieillir dans leur communauté.

MOTS-CLÉS :

Déterminants sociaux de la santé, habitation, aînés, innovation, ruralité, communauté

INTRODUCTION

Le logement est un déterminant social important de la santé et de la qualité de vie des aînés. Le milieu de vie et l'accessibilité aux soins préoccupent les aînés, qui, majoritairement, désirent vieillir dans leur domicile et leur communauté (Bigonnesse, 2012; Bigonnesse, Beaulieu, Garon, 2014; Bigonnesse, Garon, Beaulieu et al., 2011). Or, le modèle prédominant actuellement dans le domaine de l'habitation pour aînés au Québec, la résidence privée à but lucratif de grande taille, est difficilement conciliable avec le milieu rural où la densité de population est faible. Ce modèle draine les aînés d'un grand territoire pour les concentrer dans la ville-centre. Dans le contexte du vieillissement de la population québécoise, l'habitation pour aînés en perte d'autonomie représente un défi de taille pour les communautés rurales, qui devront réagir rapidement pour y faire face et innover. Les travailleurs sociaux, particulièrement les organisateurs communautaires, seront de plus en plus appelés à participer à la mise en place de telles ressources alternatives, notamment par leurs compétences en mobilisation des communautés (Bourque, 2012).

Cet article est inspiré par divers projets de recherche¹. Il constitue une réflexion sur l'habitation pour aînés au Québec et sur les nouvelles avenues qui s'offrent aux communautés. Notre

¹ L'Étude exploratoire sur le logement évolutif pour aînés, réalisée pour le compte du Comité hébergement du Témiscamingue grâce au financement octroyé par la Société de développement du Témiscamingue par l'entremise du Fonds d'adaptation et de diversification économique du Témiscamingue (FADET) et l'Étude sur l'habitation et le logement social de la MRC du Granit, financée par la Corporation de développement communautaire (CDC) du Granit.

analyse s'appuie sur des observations, des entretiens et une revue de littérature. Au total, nous avons effectué sept visites de résidences pour aînés certifiées et autant d'entretiens avec le personnel de direction de ces établissements. Une analyse de la littérature grise a été réalisée (Lavoie, Morin, 2013). Les données recueillies ont été enrichies par des entretiens téléphoniques avec dix propriétaires ou directeurs de résidences pour aînés certifiées situées en milieu rural (Larouche, Vachon et Lavoie, 2015). Une recension exploratoire des écrits visant à mettre en lumière et à décrire des pratiques innovantes en matière d'habitation pour aînés a été menée (Deslauriers, 1991). Les mots clés « évolutive housing », « elderly housing » et « aging in place » ont été utilisés dans les banques de données FRANCIS, MEDLINE (EBSCO) et SocINDEX, de même que sur le moteur de recherche Google Scholar. Cinq pratiques innovantes ont été choisies : la maison-centre de services (*Service House*), l'habitat partagé (*Homeshare*), la maison écologique (*Green House*), la coopérative de solidarité en habitation et le cohabitat (*Cohousing*).

Un constat important découle de notre analyse : l'inadéquation du modèle standard d'habitation pour aînés par rapport aux capacités et aux aspirations d'un grand nombre d'aînés, particulièrement en milieu rural. Cet article présente les mutations en cours dans le domaine de l'habitation pour aînés et les défis qu'elles posent pour l'avenir. Il y est aussi question des perspectives démographiques pour les régions rurales, plutôt mal servies par le modèle québécois actuel. Puis seront décrits cinq modèles innovants d'habitation pour aînés, inspirés d'ici et d'ailleurs, qui pourraient répondre aux défis du vieillissement en région, tant du point de vue des aînés que des communautés. Cet article ne prétend pas présenter tous les modèles innovants qui ont été ou pourraient être implantés au Québec. Il s'agit plutôt d'une étude exploratoire qui souhaite élargir le champ des possibles et inciter les intervenants communautaires à l'action.

1. L'état de la situation

1.1 Domicile, habitation, hébergement : de quoi parle-t-on?

Contrairement à la croyance populaire, la très grande majorité (86,6 %) des aînés québécois réside dans un domicile privé, que ce soit en domicile conventionnel ou en appartement pour aînés autonomes, selon l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS, 2013). L'habitation collective se définit quant à elle comme une organisation d'habitation pour aînés. Elle comprend les résidences privées pour aînés (RPA), les habitations à loyer modique (HLM) et le logement communautaire pour aînés. Les RPA sont certifiées² par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); plus de 90 % d'entre elles sont à but lucratif³ (Bravo, Dubois, Dubuc et al., 2014). Le logement communautaire se décline en deux formes principales : l'organisme sans but lucratif en habitation (OSBL-H) et la coopérative d'habitation (Coop-H). L'habitation collective pour aînés regroupe 9,6 % des Québécois de 65 ans et plus (AQESSS, 2013). Toutefois, une proportion importante des habitations à loyer modique et communautaires pour aînés ne sont pas des RPA certifiées. Il est difficile de recenser les résidents de ces organisations⁴. Environ 40 000 personnes résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) publics ou privés conventionnés, soit seulement 3,37 % des Québécois de 65 ans et plus (AQESSS, 2013). Au total, près de 45 600 places sont disponibles en hébergement (CHSLD, résidences intermédiaires (RI)⁵ ou

² Depuis 2011, la RPA « est une résidence privée pour aînés tout ou partie d'un immeuble d'habitation collective occupé ou destiné à être occupé principalement par des personnes âgées de 65 ans et plus et où sont offerts par l'exploitant de la résidence, outre la location de chambres ou de logements, différents services compris dans au moins deux des catégories de services suivantes, définies par règlement : services de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs » (art. 346.0.1 de la LSSSS).

³ Dans cet article, le terme RPA fera uniquement référence aux résidences à but lucratif.

⁴ Le MSSS tient un registre des RPA certifiées, disponible en ligne, mais il n'existe pas de banque de données centralisée pour les résidences non certifiées.

⁵ Principalement destinées, chez les aînés, à une clientèle souffrant de troubles cognitifs (démence).

résidences de type familial (RTF)⁶, ce qui correspond à 3,87 % de la population québécoise âgée de 65 ans et plus.

1.2 Le logement, déterminant social de la santé des aînés

Dès 1986, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), dans la Charte d'Ottawa, a défini la santé comme une ressource plutôt qu'un but et stipule que la santé dépasse l'action sanitaire pour englober le bien-être de la personne. Les conditions de base à ce bien-être sont la paix, un abri, de la nourriture et un revenu (OMS, 1986). En 2011, l'OMS a défini les déterminants sociaux de la santé comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent » ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie (OMS, 2011 : 7). Les déterminants sociaux de la santé influencent donc l'ensemble du parcours de vie des individus, y compris le grand âge. L'OMS intègre d'ailleurs les déterminants sociaux de la santé au concept de « vieillissement actif » (OMS, 2002), repris par le gouvernement du Québec dans le programme des Municipalités amies des aînés (MADA) et dans la politique « Vivre et vieillir ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec » (gouvernement du Québec, 2012; 2013). Le programme MADA se déploie en huit champs d'action étroitement liés aux déterminants sociaux de la santé : habitat, transport, respect et inclusion sociale, participation sociale, engagement social et citoyen, espaces extérieurs et bâtiments, soutien communautaire et services de santé, et enfin communication et information (gouvernement du Québec, 2013). La démarche MADA se base sur une approche ascendante de développement des communautés – pour et par les aînés – ainsi que sur l'action intersectorielle, en mettant en relation l'administration municipale, les organismes pour aînés, la société civile et les organismes et experts œuvrant dans chacun des huit champs d'action (gouvernement du Québec, 2013; Garon, Paris, Beaulieu et al., 2014). Les travailleurs sociaux, en particulier les organisateurs communautaires, ont un rôle de premier plan à jouer dans la mobilisation des leaders et des acteurs locaux des différents secteurs d'activité. À cet égard, les déterminants sociaux de la santé et la volonté de réduire les inégalités sociales sont étroitement liés à la profession du travail social. De façon plus marquée encore, ces aspects s'inscrivent dans les principes d'action communautaire qui guident les organisateurs communautaires dans l'exercice de leurs fonctions (Centre de santé et services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2009). Pour mener à bien cette mission complexe, ceux-ci doivent conjuguer des pratiques citoyennes, cliniques et communautaires, entre autres par des pratiques de développement des communautés (Centre de santé et services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2009). En effet, dans la poursuite des objectifs sociaux et institutionnels des CSSS, il est souvent plus utile de soutenir en premier lieu les processus d'action collective et de concertation et ainsi agir sur les causes des problèmes, car les actions collectives et concertées influent à leur tour sur les milieux de vie et les individus qui y gravitent (Bourque, 2012). Cette compétence de mobilisation est particulièrement pertinente pour l'accompagnement des communautés dans la lutte aux inégalités sociales et l'action sur les déterminants sociaux de la santé (Bourque, 2012; Laliberté, 2014).

À cet égard, le logement est un déterminant social de la santé incontournable, peu importe la typologie de référence⁷ (Mikkonen, Raphael, 2011; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007; OMS, 2011). Il représente en outre une préoccupation majeure pour les aînés, exprimée dans les

⁶ Principalement destinées, chez les aînés, à une clientèle présentant une déficience intellectuelle ou des problèmes de santé mentale.

⁷ Par exemple, le MSSS identifie huit principaux déterminants sociaux de la santé : 1) les habitudes de vie, 2) l'éducation, 3) le logement, 4) le transport, 5) l'aménagement urbain, 6) l'environnement physique, 7) l'environnement social et 8) la pauvreté. Mikkonen et Raphael, pour leur part, en retiennent quatorze : 1) le revenu et la répartition du revenu, 2) l'éducation, 3) le chômage et la sécurité d'emploi, 4) l'emploi et les conditions de travail, 5) le développement du jeune enfant, 6) l'insécurité alimentaire, 7) le logement, 8) l'exclusion sociale, 9) le filet de sécurité sociale, 10) les services de santé, 11) le statut d'autochtone, 12) le sexe, 13) la race et 14) le handicap.

groupes de discussion du projet de recherche VADA-Québec⁸ (Bigonnesse, 2012; Bigonnesse, Beaulieu et Garon, 2014). Le logement influe sur la santé des individus par des dimensions telles que la salubrité, la sécurité et l'accessibilité économique, ou abordabilité) (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007). La dimension « sécurité » est particulièrement importante pour la population âgée : 14 000 hospitalisations d'aînés survenues en 2005 sont imputables à des chutes; 30 % des aînés vivant à domicile subissent au moins une chute (Gagnon, Lafrance, 2011). Les chutes représentent la première cause de décès non liée à la maladie chez les 65 ans et plus (Gagnon, Lafrance, 2011). De plus, le taux d'effort⁹ a également d'importantes répercussions sur la qualité de vie. Un ménage sur quatre consacre plus de 30 % de son revenu brut au logement¹⁰ (Fédération canadienne des municipalités, 2014) et un sur cinq, plus de 50 % (Fédération canadienne des municipalités, 2015). Cette tendance est encore plus marquée chez les aînés. Ainsi, 45,5 % des ménages de 65 ans et plus, 48 % des ménages de 75 à 84 ans et 58,5 % des ménages de 85 ans et plus – davantage encore (64 %) si le principal soutien du ménage est une femme – consacrent plus de 30 % de leurs revenus bruts au logement (Société d'habitation du Québec, 2008). Ces deux dimensions, celles de la sécurité et de l'abordabilité, font particulièrement ressortir l'importance devant être accordée au logement dans la lutte contre les inégalités sociales et l'action sur les déterminants sociaux de la santé.

1.3 Des transformations en cours dans le domaine des résidences privées pour aînés

Dans le contexte du vieillissement de la population, la question du logement pour aînés devient une préoccupation prépondérante pour plusieurs communautés. Depuis la fin des années 1980, le contexte politique et économique a favorisé le développement rapide du secteur des RPA (Bravo, Dubois, Dubuc et al., 2014; Demers, Bravo, Dubois et al., 2015). Les RPA de petite taille (± 10 logements), les maisons de chambre et les RPA de taille moyenne (± 50 logements) se sont développées partout au Québec, ainsi que des RPA plus luxueuses et de plus grande taille (± 100 logements) dans les grands centres urbains (Demers, Bravo, Dubois et al., 2015).

Depuis les années 1990, de nombreux resserrements des règles ont pu être observés, notamment en 2005, en 2007, en 2011 et en 2013 (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Le principe de certification des résidences privées pour aînés est né en 2005. En 2007, les conditions d'obtention d'un certificat de conformité ont été émises, puis resserrées en 2011 avec l'apparition de l'appellation réservée « résidence privée pour aînés ». En 2013, de nouvelles obligations principalement relatives à des questions de sécurité ont été ajoutées (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). À la suite de ces resserrements successifs, le portrait des RPA a considérablement changé. Force est de constater que la mise aux normes nécessite souvent des investissements majeurs, en particulier pour les RPA de petite taille qui, avant 2013, étaient exemptées de certaines normes, notamment en matière de sécurité incendie (Demers, Bravo, Dubois et al., 2015). Plusieurs de ces résidences de petite taille ne peuvent assumer ces coûts et charges administratives de mise aux normes et abandonnent la partie. À titre d'exemple, on comptait 2 450 RPA au Québec en 1994. La moitié de ces résidences comptaient neuf résidents et moins, représentant 9 % du total des 82 000 places; les RPA de 100 résidents et plus ne représentaient alors que 8 % des RPA, même si elles logeaient déjà plus de la moitié des résidents (Demers, Bravo, Dubois et al., 2015). Le nombre de RPA de neuf résidents et moins a dégingolé de moitié entre 1994 et 2014, passant de 1 225 à 617 (Demers, Bravo, Dubois et al., 2015). Le nombre total de RPA a aussi diminué de 20,5 %, bien que le nombre de places ait grimpé de 26,2 % (Demers, Bravo, Dubois et al., 2015). Cette augmentation est attribuable au développement des RPA de plus de 100 résidents, qui a enregistré une hausse de près de 43 %, passant de 195 à 342 au cours de cette période (Demers, Bravo, Dubois et al., 2015).

⁸ www.madaquebec.com

⁹ Pourcentage du revenu avant impôts consacré aux dépenses liées au logement.

¹⁰ Seuil d'abordabilité acceptable selon Statistique Canada.

Toutefois, les RPA de grande taille ne conviennent pas aux territoires à faible densité démographique ni aux populations moins favorisées. En effet, le prix moyen des logements est plus élevé dans les RPA de grande taille : 1 568 \$/mois en moyenne pour un 3 ½ pièces dans une RPA de 90 logements et plus contre 1 273 \$/mois dans une RPA de 10 à 49 logements, selon la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL, 2014). De plus, plusieurs RPA réduisent l'intensité et la gamme des services offerts, les règles de certification étant moins strictes¹¹ pour accueillir des aînés en légère perte d'autonomie seulement¹² (Bravo, Buboïs, Dubuc et al., 2014); les options d'habitation se rétrécissent d'autant pour les aînés vivant une perte d'autonomie importante.

En outre, les investissements requis pour la mise aux normes peuvent causer des problèmes d'accessibilité aux soins et services pour les aînés moins nantis, les investissements des propriétaires se répercutant invariablement sur le coût des loyers (Bravo, Dubois, Dubuc et al., 2014; Demers, Bravo, Dubois et al., 2015). De plus, les coûts augmentent avec l'ajout de services au sein de la résidence, que l'aîné y ait recours ou non. En 2014, selon la SCHL, le loyer moyen des places standards¹³ au Québec était de 1 557 \$/mois (soit de 18 684 \$ par année). Le loyer moyen des places avec soins assidus¹⁴ était quant à lui de 2 656 \$/mois au Québec (31 872 \$ par année) (SCHL, 2014).

D'autre part, le revenu médian des Québécois de 75 ans et plus n'était que de 19 500 \$ par année en 2010 (Institut de la statistique du Québec, 2013). Or, ce sont majoritairement les aînés de 75 ans et plus qui utilisent les services de soutien à domicile et d'habitation pour aînés (Demers, Bravo, Dubois et al., 2015). L'aspect financier de l'habitation avec services est source d'inquiétude pour les aînés, surtout pour les aînés à revenus moyens ou faibles (Bigonnesse, 2012; Bigonnesse, Beaulieu, Garon, 2014). Il y a donc un décalage flagrant entre les revenus des aînés et les coûts des services d'habitation et de soins et services à domicile qui leur sont offerts. De toute évidence, à la lumière de ces données, le modèle actuel des RPA à but lucratif ne peut répondre aux besoins d'un grand nombre d'aînés.

1.4 La géographie du vieillissement au Québec

Le Québec vieillit, et ce phénomène s'accroît avec l'avancée en âge des baby-boomers et l'augmentation de l'espérance de vie (Létourneau, Girard, 2007). Cependant, le vieillissement de la population n'est pas uniforme sur l'ensemble du territoire (Payeur, Azeredo, 2014). Les jeunes adultes ayant tendance à s'installer dans les villes et en banlieue, les régions rurales ressentent plus fortement et plus rapidement les impacts du vieillissement de la population que les centres urbains (Létourneau, Girard, 2007).

En 2036, 83 des 104 municipalités régionales de comté (MRC)¹⁵ du Québec compteront plus du quart de leur population chez les 65 ans et plus. Pour 34 d'entre elles, plus du tiers de la population aura 65 ans ou plus (Payeur, Azeredo, 2014). Pour l'ensemble de la province, le taux de vieillissement sera de 26 % (Payeur, Azeredo, 2014). Les régions administratives les plus touchées seront le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay-Lac-Saint-Jean, la Mauricie, l'Estrie, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Centre-du-Québec (Payeur, Azeredo, 2014).

¹¹ À titre d'exemple, les aînés gèrent eux-mêmes leur médication dans les résidences pour aînés en légère perte d'autonomie alors que la résidence pour aînés semi-autonome prend en charge ce service. Cela implique, pour la résidence, de conserver l'ensemble des médicaments de tous les résidents dans une armoire verrouillée en tout temps, et de s'assurer que le personnel est formé pour administrer la médication sous toutes ses formes (comprimé, injection, crème, etc.).

¹² Certains assouplissements et nuances s'annoncent dans la certification des RPA selon une annonce gouvernementale du 6 octobre 2015. Ces changements pourraient alléger la pression qui s'exerce sur les résidences de petite taille, sur les RPA sans but lucratif et sur les RPA autonomes et en légère perte d'autonomie.

¹³ Place dont le locataire nécessite une heure et demie et moins de soins par jour.

¹⁴ Place dont le locataire nécessite une heure et demie et plus de soins par jour.

¹⁵ Nous comptons ici à la fois les MRC (89), les villes et agglomérations ayant les responsabilités d'une MRC (14) et les administrations régionales (3), telles que dénombrées au 1^{er} janvier 2014.

À partir de 2036, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus par rapport à la population totale se stabilisera. Cependant, le vieillissement général de la population se poursuivra avec l'entrée au grand âge des baby-boomers (Payeur, 2012). Le nombre des 80 ans et plus devrait doubler entre 2006 et 2031, puis doubler à nouveau entre 2031 et 2046, pour finalement atteindre plus d'un million en 2056 (Payeur, 2012). Cette hausse fulgurante du nombre de grands aînés influera considérablement sur la demande en soins et services à domicile et en ressources d'habitation, les risques de subir une perte d'autonomie augmentant avec l'âge.

À la lumière de ces données démographiques, il apparaît important de planifier dès aujourd'hui la façon dont nous allons, en tant que communautés, soutenir et loger ces gens qui, majoritairement, souhaitent vieillir chez eux et continuer à contribuer à la vie communautaire (AQESSS, 2013; Bigonnesse, 2012; Bigonnesse, Beaulieu, Garon, 2014; Bigonnesse, Garon, Beaulieu et al., 2011). La section suivante explore cinq formules innovantes d'habitation pour aînés adaptées à la ruralité québécoise (bien que peu présentes dans la province actuellement) et susceptibles de répondre aux préoccupations qui viennent d'être évoquées.

2. Des modèles internationaux adaptés à la démographie rurale québécoise

2.1 Des modèles évolutifs d'habitations pour aînés

Les pays scandinaves, notamment la Suède et le Danemark, ont adopté depuis plusieurs décennies le concept du « vieillir chez soi ». Ils misent sur des soins et services à domicile, et ce, même à une intensité élevée (Regnier, Scott, 2001; Scheidt, 2012). Cette philosophie teinte également leur conception de l'habitation pour aînés. Bien qu'ils demeurent à domicile plus longtemps qu'ici, certains aînés plus fragiles nécessitent des soins constants et de la surveillance. Ces pays misent sur des modèles d'habitation qui s'adaptent aux besoins de l'aîné et s'ajustent ainsi à sa perte d'autonomie; ce sont des modèles qu'on appelle « évolutifs ».

Au Québec, on déplace plutôt la personne de RPA en RPA. Il est pourtant démontré que l'expérience du relogement chez un aîné a des conséquences majeures sur sa santé physique, psychologique et cognitive, pouvant dans certains cas entraîner son décès (Laughlin, Parsons, Kosloski et al., 2007, cités dans Dubuc, Demers, Tousignant et al., 2009). La section qui suit présente une description d'un de ces modèles évolutifs scandinaves qui pourraient permettre aux aînés québécois de demeurer dans une même habitation malgré la survenue d'épisodes successifs de perte d'autonomie.

Le modèle intégré de la maison-centre de services suédoise (Service House)

En Suède, la maison-centre de service regroupe sous une seule organisation les services de soutien à domicile et d'habitation (Regnier, Scott, 2001). En effet, la résidence pour les personnes aînées en perte d'autonomie coordonne également les services à la communauté tels que la popote roulante, l'aide à l'entretien ménager et les soins d'hygiène à domicile (Regnier, Scott, 2001; Scheidt, 2012). Cette continuité organisationnelle est à la fois facilitante et sécurisante pour la clientèle puisque les aînés n'ont pas à se procurer leurs services auprès de plusieurs fournisseurs. Ceux-ci développent en outre une relation de confiance avec l'organisation et son personnel. Les employés sont mobiles, c'est-à-dire que ceux qui se déplacent à domicile travaillent également dans la résidence (Regnier, Scott, 2001). La transition du domicile à l'habitation collective se fait donc plus doucement.

Le respect de l'intimité, de l'autonomie et du pouvoir décisionnel des résidents sont des valeurs fondamentales de ce modèle d'habitation (Scheidt, 2012). On y retrouve des appartements complets, dotés d'une chambre, d'une cuisinette et d'une salle de bain complète privée. Ces logements comportent souvent un vestibule, espace tampon qui permet l'administration des soins dans un contexte privé, sans intrusion dans l'intimité de la chambre à coucher. Parfois, l'utilisation d'une porte coupée à mi-hauteur permet à l'aîné de s'imprégner de l'activité qui se déroule dans les espaces communs sans quitter la sécurité de son espace privé (Regnier, Scott, 2001).

Ce modèle intégré pourrait permettre aux aînés québécois de demeurer à proximité de leurs proches, peu importe la nature ou le degré de leur perte d'autonomie. Le modèle d'habitation pour aînés le plus répandu au Québec actuellement assigne une clientèle type à chaque établissement. Les aînés sont donc transférés d'un établissement à l'autre au fil de leur perte d'autonomie. En milieu rural, la distance est parfois très importante entre les RPA, et il peut devenir presque impossible pour des gens en perte d'autonomie de visiter des proches habitant d'autres RPA. Pensons aux couples dont l'un présente plus d'incapacités que l'autre, à des membres de fratrie ou à des amis qui, dans le modèle québécois actuel, se voient souvent séparés dans des habitations différentes, puisqu'adaptées à un seul degré d'autonomie ou à des soins particuliers. Dans les localités éloignées des villes-centres, il arrive aussi que certains services soient difficilement accessibles. La popote roulante, par exemple, ne peut livrer un repas chaud dans une municipalité éloignée. L'aspect communautaire de la maison-centre de services pourrait être transposé dans le contexte québécois, la RPA offrant des repas sur place ou en livraison à des aînés vivant à domicile. Toutefois, les services à domicile québécois sont davantage compartimentés entre différentes organisations. Contrairement à ce qui se passe en Suède, les services d'aide à domicile ne relèvent pas ici de la responsabilité des municipalités. Le regroupement de services au sein d'une organisation demanderait une approche partenariale. Malgré ces difficultés supplémentaires, l'Oasis Saint-Damien, un OSBL-H pour aînés situé à Saint-Damien-de-Buckland, dans la MRC de Bellechasse, s'apparente beaucoup à ce modèle. La Table de concertation des personnes âgées du Témiscamingue, qui offre des services à domicile et de l'habitation avec services, s'inscrit également dans cette philosophie.

2.2 Des modèles de petite taille pour répondre à de grands besoins

La section qui suit décrit deux modèles d'habitation pour aînés peu développés au Québec, qui pourraient à la fois respecter la réalité démographique des milieux ruraux et répondre aux exigences et aux coûts élevés de la certification dans les RPA de petite taille.

L'habitat partagé européen (Homeshare)

L'habitat partagé est présent un peu partout dans le monde, mais il est particulièrement répandu en Europe. Ce modèle permet à l'aîné de demeurer dans son domicile privé tout en bénéficiant d'une présence rassurante pouvant lui prêter assistance (1 toit 2 âges, n.d.; Sánchez, García, Díaz et al., 2011).

De façon imagée, l'habitat partagé est une forme de colocation supervisée. En effet, l'aîné propriétaire loue une chambre ou un logement d'appoint à un étudiant en échange soit d'un loyer (Sánchez, García, Díaz et al., 2011), soit de la combinaison d'un loyer modique et de services rendus (1 toit 2 âges, n.d.; Sánchez, García, Díaz et al., 2011) ou même gratuitement, en échange de services plus importants (1 toit 2 âges, n.d.). Les services rendus par le locataire (entretien ménager, courses ou accompagnement pour des rendez-vous, par exemple) permettent à l'aîné de demeurer plus longtemps dans son domicile. Les services peuvent aussi être de nature sociale : accompagnement dans des sorties ou engagement à partager un certain nombre de repas avec l'aîné chaque semaine (1 toit 2 âges, n.d.; Sánchez, García, Díaz et al., 2011). Le jumelage est facilité par un OSBL qui effectue une présélection des candidats. Ainsi, l'organisation vérifie les antécédents judiciaires de chaque candidat aîné ou étudiant et lui fait passer un questionnaire sur son type de personnalité et ses intérêts. Une fois le jumelage accompli, l'OSBL assure un suivi tous les deux ou trois mois. En cas de conflit, l'OSBL offre des services de médiation ou du support pour un relogement de l'étudiant (1 toit 2 âges, n.d.; Sánchez, García, Díaz et al., 2011).

Au Québec, le modèle de l'habitat partagé conviendrait à des communautés rurales où se trouve une école professionnelle ou un centre de formation spécialisé, ou encore dans les quartiers situés à proximité de cégeps ou d'universités. Des villages hébergeant une industrie en croissance rapide pourraient également bénéficier d'une organisation de ce genre pour loger les travailleurs affluant de l'extérieur. Ce modèle demande une importante coordination nécessitant un apport de

fonds externe. L'organisation belge 1 toit 2 âges, par exemple, bénéficie d'un partenariat financier avec les universités. Quelques initiatives de ce type commencent néanmoins à se développer au Québec, entre autres au Saguenay¹⁶, en Outaouais¹⁷ et à Laval, ainsi qu'à Montréal¹⁸ sous une forme plus interculturelle.

La maison écologique (Green House)

La maison écologique est innovante tant par sa philosophie que par son mode de gestion. D'un point de vue philosophique, elle s'inscrit dans l'*Eden Alternative* développée par Bill Thomas (2004). Il s'agit de créer un milieu de vie stimulant s'apparentant le plus possible à un mode de vie familiale, pour des aînés vivant une lourde perte d'autonomie ou une démence. Ainsi, ce modèle préconise les maisons de petite taille, hébergeant de six à douze résidents dans un bâtiment aux allures de résidence unifamiliale de sorte que, de l'extérieur, on ne soupçonne pas qu'il s'agit d'un établissement de soins (Cutler, Kane, 2009). À l'intérieur, les résidents sont encouragés à s'approprier leur milieu de vie en le décorant et en le meublant selon leurs goûts, y compris les pièces communes (Thomas, 2004). On y compte un nombre restreint d'employés qui remplissent à la fois les tâches de cuisine, de buanderie, d'entretien ménager, de loisirs, d'animation, de soins et d'encadrement (Cutler, Kane, 2009). Pour contrer ce que Thomas (2004) appelle « les trois fléaux du vieillissement » (solitude, ennui et impuissance), ce modèle mise sur un milieu de vie stimulant et des soins fournis en partenariat. Dans la philosophie Éden, les plantes et les animaux sont omniprésents (Thomas, 2004). Les résidents sont encouragés à participer aux soins des végétaux et des animaux ainsi qu'aux tâches et à l'organisation de la maison. Employés et résidents décident ensemble du menu de la semaine, des activités à venir et de l'horaire quotidien (Koren, 2010).

Sur le plan de la gestion, le modèle des maisons écologiques innove en regroupant plusieurs maisons sous un même organisme. Ainsi, chaque maison reste autonome dans son fonctionnement quotidien. Cependant, le mode organisationnel (qui peut prendre la forme d'une coopérative ou d'un OSBL, par exemple) permet de faire des économies d'échelles et d'accroître la stabilité en matière de ressources humaines (Cutler, Kane, 2009; Thomas, 2004).

Au Québec, ce modèle pourrait se déployer sur le territoire d'une MRC, chaque village ou secteur possédant sa maison, ce qui formerait une constellation de petites résidences autonomes chapeautées par un seul organisme. Ce modèle nécessite toutefois d'importants aménagements et équipements techniques puisqu'il s'adresse à une clientèle en lourde perte d'autonomie. En outre, le regroupement organisationnel est nécessaire pour assurer l'accessibilité financière d'un tel modèle pour les aînés. On retrouve une organisation du travail calquée sur le modèle de la maison écologique, à la maison de répit et de convalescence Courtséjour, au Témiscamingue. Le fonctionnement de la maison Carpe Diem¹⁹, centre de ressources Alzheimer situé en Mauricie, s'y apparente également.

2.3 Des modèles d'habitation autogérés pour aînés engagés

Les aînés possèdent un riche bagage d'expériences, de connaissances et de compétences. Les aînés d'aujourd'hui (et le phénomène risque de s'accroître avec ceux de demain, plus instruits (Gauthier, Jean, Langis et al., 2004), désirent vivre et vieillir dans un milieu qui leur ressemble et souhaitent avoir un mot à dire sur ce qui s'y passe. Les deux modèles d'habitation suivants laissent place à cette volonté.

¹⁶ <http://www.leshabitationspartagees.com>

¹⁷ <http://habitationspartagees.ca>

¹⁸ <http://www.lamaisonneeinc.org>

¹⁹ <http://alzheimercarpediem.com>

La coopérative de solidarité en habitation québécoise

La formule de la coopérative de solidarité en habitation (Coop-H de solidarité) a fait son apparition au Québec en 2005, selon la Confédération québécoise des coopératives d'habitation (CQCH, 2013). Contrairement à la formule traditionnelle de Coop-H qui ne comprend que des membres-utilisateurs, la Coop-H de solidarité permet aux membres-utilisateurs (résidents) d'être aidés, dans les tâches administratives comme dans l'entretien général, par des membres de soutien ne résidant pas à la coopérative. Les membres-utilisateurs conservent le pouvoir décisionnel sur leur milieu de vie puisque les deux tiers des sièges au sein du conseil d'administration leur sont réservés. Certaines Coop-H de solidarité, comme la Brunante²⁰, limitent également le nombre total de membres de soutien afin que les membres-utilisateurs demeurent majoritaires en assemblée générale.

La formule Coop-H de solidarité permet aux résidents de bénéficier des avantages de la vie en communauté tout en conservant une sphère privée. Chaque résident dispose d'un appartement privé doté d'une ou deux chambres, d'une salle de bain, d'une cuisine complète et d'un accès à des aires et des services communs (buanderie, salle de réunion, grande salle d'activités, cafétéria, cours, etc.). Les Coop-H de solidarité pour aînés offrent pour la plupart un service alimentaire et parfois un service d'entretien ménager (CQCH, 2013). Par contre, peu d'entre elles offrent des services de soins à la personne ou de soins infirmiers, la plupart n'étant pas certifiées par le MSSS (CQCH, 2013). Toutefois, les résidents peuvent recourir à des services externes offerts par des ressources locales telles que le centre intégré de santé et services sociaux ou une entreprise d'économie sociale en aide domestique (CQCH, 2013).

Les Coop-H et Coop-H de solidarité comme les OSBL-H sont des organisations à but non lucratif. Ces logements sont protégés de l'inflation du marché. De plus, les Coop-H ont généralement pour mission de fournir des logements de qualité en deçà du prix du marché (CQCH, 2015a). Plusieurs projets sont également développés afin d'intégrer des logements subventionnés offerts aux personnes à faibles revenus (CQCH, 2015a). La formule Coop-H de solidarité est donc un choix intéressant pour les aînés aux revenus modestes. À titre indicatif, le loyer moyen d'un 3½ en Coop-H de solidarité pour aînés fluctue entre 830 \$ et 980 \$ (CQCH, 2013), alors que l'équivalent dans le marché des RPA à but lucratif est de 1 544 \$ par mois en moyenne (SCHL, 2014).

Le logement coopératif présente aussi des avantages sur le plan social. Le fait de se côtoyer quotidiennement, notamment lors des repas ou encore de collaborer pour la gestion de la coopérative renforce les liens de voisinage (CQCH, 2015a). Les gens habitant en Coop-H ou en Coop-H de solidarité témoignent d'un plus grand souci de l'autre et d'une multiplication des comportements d'entraide, comparativement au logement locatif privé.

Au Québec, il se construit de plus en plus de Coop-H de solidarité pour aînés ou intergénérationnelles, en milieu rural comme en milieu urbain. Certaines sont de petite taille, comme la Brunante, située à Racine (20 logements), et d'autres sont très grandes, comme la Seigneurie de Vaudreuil, située à Vaudreuil-Dorion (156 logements). En 2011, on dénombrait 37 Coop-H de solidarité dans la province, dont 8 spécifiquement développées pour une clientèle aînée grâce au programme Accès Logis Québec volet II²¹ (CQCH, 2013). Plusieurs autres projets sont nés depuis. Ce modèle semble bien adapté à la clientèle aînée. Près de 80 % des membres-utilisateurs sont âgés de

²⁰ La Brunante est la première coopérative de solidarité en habitation au Québec. Située à Racine, en Estrie, elle comprend 20 logements pour des gens de 70 ans et plus, dont plusieurs sont subventionnés pour accueillir des gens à faible revenu. Le service alimentaire est l'unique service offert par la coopérative. Elle a accueilli ses premiers résidents en 2006.

²¹ Le programme Accès Logis vise à offrir un logement abordable à des clientèles vulnérables; le Volet II cible les personnes âgées autonomes ou en légère perte d'autonomie et leur permet de recevoir certains services de soutien à domicile, tels que le service alimentaire et l'entretien ménager http://www.habitation.gouv.qc.ca/programme/programme/acceslogis_quebec.html

75 ans ou plus et 30 % ont 85 ans ou plus (CQCH, 2013). Il s'adresse toutefois à une clientèle particulière, animée par des valeurs coopératives d'entraide et de démocratie qui ne conviennent pas à tous.

Le cohabitat scandinave

Le cohabitat combine les aspects positifs du domicile privé à ceux de l'habitation coopérative. Ce modèle, né dans les pays scandinaves à la fin des années 1940, se développe selon une formule adaptée aux aînés (Choi, 2004; Glass, 2009). Cette innovation a fait son entrée aux États-Unis il y a une dizaine d'années (Choi, 2004) et dans l'Ouest canadien depuis 2010 (Critchlow, 2015).

Le cohabitat conjugue la propriété privée sous forme de copropriété avec la propriété commune coopérative (Glass, 2009). Les espaces de rangement ou d'activité, les suites pour invités ainsi que diverses commodités (buanderie, atelier de menuiserie, salle de jeu, etc.) sont des espaces communs. Les espaces communs comprennent également une grande salle d'activités et une cuisine, essentielles à la vie communautaire. Les logements privés sont autonomes mais plutôt compacts, puisque plusieurs éléments sont déplacés vers les espaces communs (Glass, 2009). La superficie ainsi libérée est récupérée en espaces verts (Glass, 2009).

Plusieurs cohabitats pour aînés comportent un appartement dans la maison commune pour accommoder un proche aidant ou un employé dans l'éventualité d'une convalescence ou d'une fin de vie (Durrett, 2009). Certaines communautés embauchent collectivement un employé pour assurer des soins et de l'aide à domicile. D'autres utilisent plutôt les services de soutien à domicile offerts par l'État ou se tournent vers le privé (Durrett, 2009). L'expérience scandinave démontre que ce modèle permet aux résidents d'avancer en âge sans avoir à changer d'établissement. Au Danemark, les cohabitants recourent à des services d'aide à domicile en moyenne de six à huit ans plus tard que les aînés vivant en domicile privé régulier (Critchlow, 2015).

Au Québec, on ne recense actuellement qu'une communauté de cohabitat (multigénérationnel), située dans la ville de Québec²². La formule de cohabitat pour aînés²³ pourrait convenir à de jeunes retraités animés par un esprit coopératif qui prévoient leur éventuelle vulnérabilité. Elle pourrait également plaire à des gens engagés qui souhaitent réduire la taille de leur maison, à la suite du départ des enfants, et qui disposent d'un capital à investir dans une nouvelle propriété. Ce modèle nécessite une certaine aisance financière puisqu'il implique la possession d'une propriété (condo). Il se base également sur des valeurs coopératives et communautaires que tous ne partagent pas.

3. Quelques pistes pour orienter l'innovation en habitation pour aînés au Québec

Ces différents modèles d'habitation ont en commun de permettre aux aînés de vieillir dans un milieu de vie adapté à leurs valeurs et à leurs besoins, au sein de leur communauté. Comme le montre le tableau suivant, chacun possède ses caractéristiques spécifiques, ce qui permet aux aînés et aux communautés rurales de choisir le modèle répondant le mieux à leurs besoins.

²² Ce projet se nomme Cohabitat Québec : <http://temp.cohabitat.ca>

²³ Quelques initiatives de cohabitat pour aînés en sol canadien sont répertoriées ici : <http://canadianseniorcohousing.com>

L'implantation courante de ces formules, surtout dans de petites communautés, suscite d'importants défis touchant le financement et la pérennité de tels projets. Par ailleurs, la survie des ressources d'habitation de petite taille pour aînés est souvent mise en péril en raison des exigences toujours plus élevées en matière d'infrastructures, de formation, et de ressources humaines. De plus, pour plusieurs de ces formules d'habitation, des partenariats sont nécessaires pour assurer leur développement ainsi que la dispensation de services.

L'économie sociale est une voie incontournable si l'on souhaite répondre aux défis du vieillissement de la population, tant dans le domaine de l'habitation communautaire qu'en matière de prestation de soins et de services à domicile. Par la flexibilité qu'elle offre en matière d'architecture et de gestion, de même que par le souci de l'abordabilité des prix des logements et des services offerts, l'habitation communautaire, sous ses diverses formes, représente un important levier pour l'avenir. Les entreprises d'économie sociale en aide domestique sont devenues un acteur majeur des soins à domicile depuis 1996 (gouvernement du Québec, 2015a). Elles assurent la prestation de services à domicile (et parfois de soins) de qualité et à des prix abordables. Elles peuvent également prendre en charge les services internes comme l'entretien ménager et le service alimentaire, à titre de sous-traitant. D'ailleurs, le gouvernement du Québec reconnaît le rôle important incombant à l'économie sociale dans le contexte du vieillissement de la population (gouvernement du Québec, 2015b).

Cependant, dans le domaine de l'habitation, plusieurs municipalités rurales sont victimes des mesures gouvernementales actuelles. Par exemple, avec le budget provincial 2015-2016, le gouvernement a coupé de moitié le nombre de logements communautaires financés par le programme Accès Logis Québec, principal programme permettant le développement d'OSBL-H et de Coop-H (CQCH, 2015b). Par contre, sur le plan du développement régional, l'adoption du projet de loi 28 (Québec, 2015a) en avril 2015 a introduit beaucoup d'incertitude, mais aussi de nouvelles avenues. Avec cette loi, les MRC se sont vues confier la gestion du Fonds de développement du territoire, regroupant les fonds de différents programmes gouvernementaux autrefois gérés séparément. Ces fonds de développement du territoire semblent beaucoup plus souples que les anciens programmes, ce qui pourrait permettre la mise en place de projets innovants. Cependant, encore faut-il que les gestionnaires soient sensibles aux besoins des aînés et aux défis liés au vieillissement de la population. Le développement régional est actuellement en pleine mouvance, tout comme le développement des résidences pour aînés. Toutefois, on ne connaît que les grandes lignes des changements annoncés en octobre 2015 concernant les catégories de RPA et les exigences qui leur sont associées. Il pourrait s'agir là d'un aspect favorable au développement d'habitations communautaires de petite taille pour aînés, mais cela reste à suivre.

Dans ce contexte politique plutôt morose, les professionnels du développement local et communautaire auront un rôle important à jouer pour mettre en action les municipalités rurales. Pour faire face aux nouveaux défis du vieillissement de la population, de nouvelles avenues doivent être empruntées. Le travail intersectoriel et la gouvernance partagée, qui ont fait leurs preuves par le passé, sont des pistes de solutions qu'il est pertinent d'envisager pour relever les défis à venir. À cet égard, certains programmes toujours existants tels que le programme MADA peuvent servir de leviers à la mobilisation intersectorielle.

CONCLUSION

La question du logement est un aspect clé du maintien de la santé. Pour les personnes vulnérables, dont les aînés en perte d'autonomie, l'abordabilité et la sécurité deviennent encore plus importantes. Or, le domaine de l'habitation pour aînés au Québec est en pleine mutation, entre autres au niveau de la réglementation. Il devient de plus en plus difficile pour les RPA de petite taille de répondre aux nouvelles exigences ministérielles. Depuis une dizaine d'années, les petites RPA ancrées dans les milieux de vie disparaissent, tandis que se multiplient les complexes d'habitation de très grande taille, souvent plus luxueux et plus onéreux. Or, une telle évolution pénalise à la fois les

régions rurales moins densément peuplées et les aînés moins fortunés. De plus, les études et projections démographiques démontrent que les régions éloignées et les zones rurales connaissent déjà pour la plupart un accroissement de la population âgée qui devrait augmenter encore dans les décennies à venir. Face à cette situation qui aura des conséquences néfastes sur la santé et le bien-être des aînés et des communautés rurales, il est donc primordial de diversifier les modèles d'habitation.

Quatre modèles internationaux et un modèle québécois innovants ont été présentés. Certains innoveront en regroupant une panoplie de services au sein d'une seule organisation et assurent ainsi la continuité des services aux aînés. D'autres présentent des formes alternatives d'habitation de petite taille dotées de formules de gestion permettant des économies d'échelle. Enfin, certains modèles permettent aux aînés de conserver un pouvoir décisionnel sur leur milieu de vie tout en bénéficiant de la force de leur communauté.

Au Québec, des initiatives s'apparentant aux modèles présentés émergent aux quatre coins de la province. Dans le contexte actuel, il est important de suivre l'apparition et l'évolution des différentes innovations en matière d'habitation pour aînés au Québec. Celles-ci répondent-elles aux attentes des aînés ? Comment ? Le fait de documenter et de partager les expériences innovantes dans ce domaine permettra de multiplier les nouveaux projets sur l'ensemble du territoire. Le vieillissement de la population n'est plus une projection théorique mais un fait concret, et il faut commencer dès aujourd'hui à promouvoir l'amélioration de la santé et du bien-être des aînés en favorisant de nouveaux modèles d'habitation enracinés dans leurs milieux de vie.

ABSTRACT:

Housing is a major social determinant of the health of populations, especially for seniors in loss of autonomy. In a context of changes regarding private residences for seniors and the aging of the Quebec population, the issue of senior housing is becoming sensitive to seniors and communities. This article outlines the prevailing senior housing situation in Quebec. Five models of housing inspired from Quebec and abroad are described. These models, which all allow seniors to age in their community, could be integrated into Quebec's housing landscape and meet the challenges that lie ahead.

KEY WORDS:

Social determinants of health; housing; seniors; innovation; rural life; community

RÉFÉRENCES

- 1 toit 2 âges (n.d.). « Logement intergénérationnel, un merveilleux *win-win* ». Extrait du site de l'ASBL 1 toit 2 âges <http://www.1toit2ages.be/>. Consulté le 6 juillet 2015.
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2013). *Le nouveau visage de l'hébergement public au Québec : portrait des centres d'hébergement publics et de leurs résidents*, Montréal.
- Bigonnesse, C. (2012). *Les enjeux de l'habitation destinée aux aînés au Québec : la notion du chez-soi au cœur d'un processus de développement des communautés*, Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke.
- Bigonnesse, C., Beaulieu, M. et G. Garon (2014). « Meaning of home in later life as a concept to understand older adults' housing needs : Results from the 7 Age-Friendly Cities pilot project in Québec », *Journal of Housing for the Elderly*, vol. 28, n° 4, 357-382.
- Bigonnesse, C., Garon, S., Beaulieu, M. et A. Veil (2011). « L'émergence de nouvelles formules d'habitation : mise en perspective des enjeux associés aux besoins des aînés », *Économie et Solidarités*, vol. 41, n° 1-2, 88-103.
- Bourque, D. (2012). « Intervention communautaire et développement des communautés », *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 18, n° 1, 40-60.
- Bravo, G., Dubois, M.-F., Dubuc, N., Demers, L., Blanchette, D., Painter, K., Lestage, C. et C. Corbin (2014). « Comparing the resident populations of private and public long-term care facilities over 15-year period : a study from Quebec, Canada », *Ageing and Society*.

- Centre de santé et services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (2009). *Cadre de référence : Service d'action communautaire*, Direction du projet clinique, de la santé publique et du développement des communautés, 28 pages.
- Choi, J. S. (2004). « Evaluation of Community Planning and Life of Senior Cohousing Projects in Northern European Countries », *European Planning Studies*, vol. 12, n° 8, 1189-1216.
- Confédération québécoise des coopératives d'habitation (2013). « Les coopératives de solidarité en habitation pour aînés au Québec », *Cahiers de l'ARUC-DTC*, Série « Recherches », n° 12, Rimouski.
- Confédération québécoise des coopératives d'habitation (2015a). « La formule coopérative en habitation ». Extrait du site <http://www.cooperativehabitation.coop/>. Consulté le 7 juillet 2015.
- Confédération québécoise des coopératives d'habitation (2015b). « Diminution importante des logements communautaires dans le programme Accès Logis : déception et incompréhension ». Communiqué de presse, Québec, (27 mars).
- Critchlow, M. (2015). « Cohousing : Creating affordable communities to meet Canadian's changing needs », CMHC's Web Forum on affordable housing – Cohousing, (25 mars).
- Cutler, L. J. et R. A. Kane (2009). « Post-occupancy evaluation of a transformed nursing home : The first four Green House® settings », *Journal of Housing For the Elderly*, vol. 23, n° 4, 304-334.
- Demers, L., Bravo, G., Dubois, M.-F., Dubuc, N. et C. Corbin (2015). « La certification des résidences privées pour aînés et la réponse aux besoins des retraités », *Vie et Vieillesse*, vol. 12, n° 2, 51-58.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative : Guide pratique*. Montréal : Chenelière/McGraw-Hill.
- Dubuc, N., Demers, L., Tousignant, M., Tourigny, A., Dubois, M.-F., Caron, C., Desrosiers, M., Marceau, R. et S. Bernier (2009). « Évaluation de formules novatrices d'alternatives à l'hébergement plus traditionnel ». Rapport de recherche, FQRSC.
- Durrett, C. (2009). *The senior cohousing handbook : A community approach to independant living*, Second Edition, Gabriola Island : New Society Publishers.
- Fédération canadienne des municipalités (2014). « Principes communs », Forum national de la Fédération canadienne des municipalités sur le logement et l'économie.
- Fédération canadienne des municipalités (2015). « Conçu pour durer : Renforcer les assises du système canadien du logement », Steve Pomeroy (dir.), Ottawa.
- Gagnon C. et M. Lafrance (2011) « Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile. Analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique », *Institut national de santé publique du Québec*, juin 2011.
- Garon, S., Paris, M., Beaulieu, M., Veil, A. et A. Laliberté (2014). Collaborative Partnerships in Age-Friendly Cities : Two Case Studies From Quebec, Canada, *Journal of Aging and Social Policy*, 26 (1-2), 73-87.
- Gauthier, H., Jean, S., Langis, G., Norbert, Y. et M. Rochon (2004). *Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain*, Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Gilmour, H. (2012). « Participation sociale et santé et bien-être des personnes âgées au Canada », *Statistique Canada*, vol. 23, n° 4, 13 p.
- Glass, A. P. (2009). « Aging in a community of mutual support : The emergence of an elder intentional cohousing community in the United States », *Journal of Housing For the Elderly*, vol. 23, n° 4, 283-303.
- Gouvernement du Québec (2012). *Vivre et vieillir ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec*.
- Gouvernement du Québec (2013). « Guide d'accompagnement pour la réalisation de la démarche Municipalités amie des aînés », Édition 2013-2014.
- Gouvernement du Québec (2015a). « Programme d'aide : aide domestique ». Extrait du site web <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/aide-domestique/Pages/aide-domestique.aspx>. Consulté le 4 novembre 2015.
- Gouvernement du Québec (2015b). « L'économie sociale : des valeurs qui nous enrichissent », *Plan d'action gouvernemental en économie sociale 2015-2020*.
- Institut de la statistique du Québec (2013). « Revenu, faible revenu et inégalité de revenu : Portrait des Québécois et des Québécoises de 55 ans et plus vivant en logement privé », *Conditions de vie et bien-être*, Québec.
- Koren, M. J. (2010). « Person-Centered Care For Nursing Home Residents : The Culture-Change Movement », *Health Affairs*, vol. 29, n° 2, 1-6.

- Laliberté, A. (2014). *La concertation au sein des projets Municipalités amies des aînés : au-delà des silos*, Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke.
- Larouche, C., Vachon, J.-F. et C. Lavoie (2015). *Étude sur l'habitation et le logement social de la MRC du Granit*, Observatoire estrien du développement des communautés.
- Lavoie, C. et P. Morin (2013). *Rapport de l'étude exploratoire sur le logement évolutif pour aînés*, Comité Hébergement du Témiscamingue. Disponible en ligne : <http://www.lasdt.com/logement/>
- Létourneau, E. et C. Girard (2007). « Les contrastes régionaux du vieillissement démographique à l'horizon 2026 » : 47-82, H. Gauthier (sous la dir.), *Institut de la statistique du Québec, Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain*, vol. 2, Québec.
- Mikkonen, J. et D. Raphael (2011). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*, Toronto : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007). « La santé, autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé ».
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). « Certification des résidences privées pour aînés ». Extrait du site du ministère http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/groupe/certification_residences_privées.php. Consulté le 2 juin 2015.
- Organisation mondiale de la Santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* : Ottawa.
- Organisation mondiale de la Santé (2002). *Viellir en restant actif : cadre d'orientation*, Contribution de l'Organisation mondiale de la Santé à la Deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le vieillissement, Madrid, Espagne.
- Organisation mondiale de la Santé (2011). « Comblent le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé », Document de travail, *Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé*, Rio de Janeiro, Brésil (19-21 octobre).
- Payeur, F. F. (2012). « Espérance de vie et vieillissement démographique au Québec : quels scénarios possibles? », *Données sociodémographiques en bref*, vol. 17, n° 1, 1-4.
- Payeur, F. F. et A. C. Azeredo (2014). « Perspectives démographiques des MRC du Québec, 2011-2036 », *Démographie*.
- Québec (2015a). *Loi concernant principalement la mise en œuvre de certaines dispositions du discours sur le budget du 4 juin 2014 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2015-2016 : Chapitre c-8 sanctionnée le 21 avril 2015*, Éditeur officiel du Québec.
- Québec (2015b). *Loi sur les services de santé et les services sociaux : Chapitre S-4.2 à jour au 1^{er} novembre 2015*, Éditeur officiel du Québec.
- Regnier, V. A. et A. C. Scott (2001). « Creating a Therapeutic Environment : Lessons from Northern European Models », dans S. Zimmerman, P. D. Sloane et K. Eckert (sous la dir.), *Assisted Living : Needs, Practices, and Policies in Residential Care for the Elderly*, Baltimore : The Johns Hopkins University Press.
- Sánchez, M., García, J. M., Díaz, P. et M. Duaigües (2011). « Much more than accommodation in exchange for company: Dimensions of solidarity in an intergenerational homeshare program in Spain », *Journal of Intergenerational Relationships*, vol. 9, n° 4, 374-388.
- Scheidt, R. J. (2012). « European Long-Term Care Models : An Interview with Victor Regnier », *Journal of Housing For the Elderly*, vol. 26, n° 1-3, 205-220.
- Société canadienne d'hypothèques et de logement (2014). « Rapport sur les résidences pour personnes âgées – Québec », *Marché de l'habitation : notre savoir à votre service*.
- Société d'habitation du Québec (2008). « Les ménages âgés de 65 ans et plus et le logement au Québec : un portrait statistique ». *Le bulletin d'information de la Société d'habitation du Québec*, vol. 3, n° 1, 1-8.
- Thomas, W. H. (2004). *What Are Old People For? How Elders Will Save the World*, Acton : VanderWyk & Burnham.